



ЛЕКЦИЯ

Диагностика и лечение головокружения

Л.М. Антоненко

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

В статье описываются современные подходы к диагностике и лечению наиболее часто встречающихся вариантов головокружения — доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (ДППГ), психогенного головокружения, центрального вестибулярного головокружения при сосудистой патологии головного мозга.

Ключевые слова. *Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, центральное вестибулярное головокружение, лечение, винпоцетин.*

Клин. фармакол. тер., 2016, 25 (5), 18-22.

В медицинской практике под термином головокружение понимают состояние, при котором у больного возникают ощущение вращения окружающих предметов или иллюзия собственного вращения или движения [1-3]. Причины головокружения могут быть самыми разнообразными: заболевания кохлео-вестибулярного аппарата, психогенные расстройства, острые и хронические цереброваскулярные заболевания, дегенеративные заболевания центральной нервной системы (ЦНС).

Пациенты зачастую используют термин головокружение для обозначения различных симптомов, многие из которых совершенно не подходят под это определение: ощущение легкости в голове, слабости, пелены перед глазами и т.д. Для уточнения характера головокружения следует предложить пациенту описать возникающие ощущения, не используя слово головокружение. Например, описываемое пациентом ощущение потемнения в глазах при резком переходе в вертикальное положение указывает на дисфункцию

вегетативной нервной системы; чувство слабости, пелены перед глазами при отсутствии объективных признаков поражения нервной системы может быть симптомом анемии. Если пациент описывает приступ с ощущением вращения окружающих предметов или собственного тела, то это чаще всего указывает на заинтересованность вестибулярного анализатора.

Для диагностики причины головокружения наиболее важными являются следующие параметры: характер и длительность головокружения, провоцирующие факторы, сопутствующие симптомы. Приступы головокружения могут быть кратковременными (от нескольких секунд до нескольких минут), что характерно, например, для вестибулярной пароксизмии. Головокружение с ощущением вращения предметов или самого пациента, длящееся в течение нескольких дней, может быть признаком вестибулярного нейронита или инфаркта в вертебрально-базиллярной системе головного мозга [1-3].

Большое значение имеет выяснение факторов, вызывающих головокружение. Так, головокружение, провоцирующееся определенным положением головы, например, поворотом или запрокидыванием, наиболее характерно для доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (ДППГ). Если приступ головокружения провоцируется кашлем, громкими звуками, то это позволяет заподозрить у пациента перилимфатическую фистулу [2-4].

Установить правильный диагноз помогают симптомы, которые сопутствуют приступу головокружения. Например, если пациент указывает на то, что перед приступом головокружения у него возникают нарастающий шум в ухе, чувство заложенности, снижение слуха на это ухо, это может быть признаком болезни Меньера

Адрес: Москва, 119435, ул.Россолимо, д. 11, стр.1

ЛЕКЦИЯ

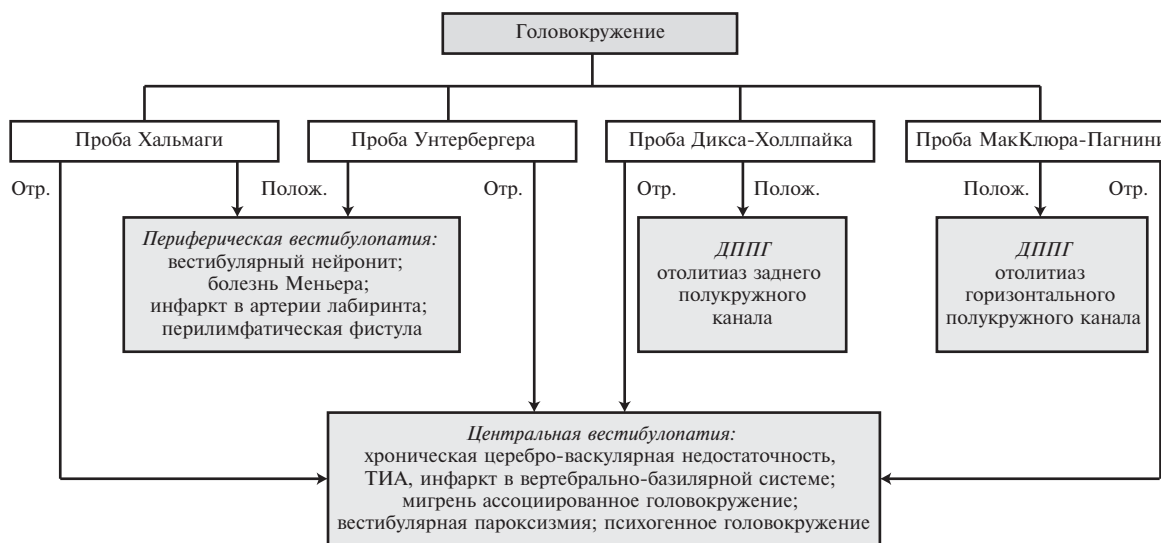


Рис. 1. Алгоритм клинического обследования пациента с головокружением

[3]. Остро возникшее головокружение и снижение слуха на одно ухо позволяют заподозрить инфаркт лабиринта (синдром передней нижней мозжечковой артерии) [5,6].

Таким образом, точно определив характер жалоб пациента, длительность, провоцирующие факторы и сопутствующие симптомы приступа головокружения, врач может значительно сузить круг диагностического поиска и выбрать план дальнейшего обследования, в который помимо неврологического осмотра целесообразно включить пробы, позволяющие выявить дисфункцию вестибулярной системы: пробы Хальмаги, Унтербергера, Дикса-Холлпайка, МакКлора-Пагинни.

Проба Хальмаги: выполняется быстрый поворот головы пациента на 15-20° сначала в одну, а затем в другую сторону при фиксации взгляда на переносице находящегося перед пациентом врача. Проба считается положительной, если пациент не может сохранять фиксацию взгляда во время отведения головы в сторону, при этом глаза пациента отводятся в сторону поворота головы, а затем возвращаются в исходное положение. Положительная проба Хальмаги указывает на поражение периферического вестибулярного аппарата (периферическую вестибулопатию) на одноименной стороне.

Проба Унтербергера: пациенту предлагают сделать 20-40 шагов на месте с закрытыми глазами и вытянутыми вперед руками. Проба считается положительной, если пациент при этом поворачивается более чем на 45° в сторону. Положительная проба Унтербергера указывает на поражение периферического отдела вестибулярного аппарата с одноименной стороны.

Проба Дикса-Холлпайка: быстрое изменение положения пациента с повернутой на 45° в сторону головой из положения сидя в положение лежа с запрокидыванием головы несколько назад за край кушетки. Проба считается положительной при возникновении вращательного

головокружения, сопровождающегося периферическим позиционным вертикально-ротаторным геотропным нистагмом. Положительная проба Дикса-Холлпайка является диагностическим критерием ДППГ и указывает на поражение (отолитиаз) заднего полукружного канала с той стороны, в которую была повернута голова пациента при проведении пробы.

Проба МакКлора-Пагинни: лежащий на спине пациент выполняет поворот головы на 90° в сторону от средней линии. Если в этом положении возникает вращательное головокружение, сопровождающееся периферическим позиционным горизонтально-ротаторным нистагмом, пробу следует считать положительной. Положительная проба МакКлора-Пагинни является диагностическим критерием ДППГ и указывает на поражение (отолитиаз) горизонтального полукружного канала.

Оценив результаты проведенного нейровестибулярного обследования, можно уже на клиническом этапе выявить наиболее часто встречающиеся причины головокружения: ДППГ, периферическую вестибулопатию, центральную вестибулопатию и психогенное головокружение. Алгоритм обследования пациента с головокружением представлен на рис. 1.

В различных исследованиях было показано, что наиболее частой причиной обращения пациентов с жалобой на головокружение было ДППГ (18,3% больных). Вторым по частоте оказалась психогенное головокружение (15,9%), третьим — центральное вестибулярное головокружение, обусловленное сосудистыми и воспалительными заболеваниями ствола мозга или мозжечка (13%) [3].

Основным клиническим признаком ДППГ являются приступы вращательного головокружения длительностью до нескольких минут, в большинстве случаев

ЛЕКЦИЯ

сопровождающиеся тошнотой, нередко рвотой, возникающие при изменении положения головы [5]. ДППГ наиболее часто встречается у людей в возрасте 50–70 лет, хотя может развиваться в любом возрасте. Механизмы развития ДППГ связаны с раздражением рецепторов вестибулярного аппарата отолитами (кристаллами карбоната кальция), которые попадают в полукружный канал и при движении активируют рецепторные клетки. Приступ головокружения при ДППГ почти всегда сопровождается вегетативными реакциями: тошнотой, рвотой, подъемом АД. Пациенты, страдающие артериальной гипертонией, часто расценивают приступ головокружения с повышением АД как проявление гипертонического криза и обращаются к терапевту с целью коррекции гипотензивной терапии [1–3,7,8].

Подтверждением диагноза ДППГ является положительная проба Дикса-Холлпайка для диагностики отолитиаза заднего или переднего полукружного канала или проба МакКлора-Пагини для выявления поражения горизонтального полукружного канала [2,7,8].

Лечение ДППГ проводится при помощи специальных упражнений и лечебных маневров, направленных на выведение отолитов из полукружных каналов лабиринта. Эффективной методикой для самостоятельного выполнения пациентом является упражнение Брандта-Даррофа [2,3,9,10]. Медикаментозная терапия ДППГ используется для ускорения процесса восстановления вестибулярной функции после проведения лечебного маневра или параллельно с проведением упражнения Брандта-Даррофа. Препаратом выбора считают бетагистина дигидрохлорид, который уменьшает ощущение головокружения, улучшает кровоток во внутреннем ухе, а также позитивно влияет на процессы вестибулярной компенсации и нейропластичности.

После ДППГ второй по частоте причиной обращения пациентов с жалобами на головокружение является психогенное головокружение [3,4]. Нередко причиной его оказывается перенесенный эпизод истинного вестибулярного головокружения с нарушением ориентации в пространстве, выраженной вегетативной реакцией, чувством тревоги, страха, например, вследствие вестибулярного нейронита или ДППГ [2,11]. Диагностика психогенного головокружения основывается на характерном сочетании жалоб на головокружение и неустойчивость, которые возникают приступами в положении стоя или при ходьбе, могут провоцироваться определенной обстановкой, часто сопровождаются тревогой при отсутствии объективных признаков вестибулярных нарушений. Однако при постановке данного диагноза необходимо исключить органическое происхождение головокружения, провести тщательное клиническое обследование системы поддержания равновесия, вестибулометрию и стабилотографию. Длительно сохраняющиеся недиагностированные вестибулярные расстройства могут приводить к развитию тревожного расстройства и/или депрессии [11].

Лечение психогенного головокружения должно быть

комплексным и включать курсовой прием ингибиторов обратного захвата серотонина, трициклических антидепрессантов в сочетании с регулярными упражнениями для тренировки равновесия и психотерапией [2].

Головокружение, обусловленное сосудистыми заболеваниями головного мозга – церебральным атеросклерозом и гипертонической церебральной ангиопатией, часто проявляется ощущением неустойчивости, пошатыванием при ходьбе, усиливающимся при поворотах, наклонах. У пожилых больных неустойчивость может сопровождаться падениями. Эти нарушения в большинстве случаев обусловлены повреждением лобно-подкорково-стволово-мозжечковых связей вследствие немых лакунарных инсультов или лейкоареоза. Проведенные исследования показали, что нарушения устойчивости, связанные с сосудистой лейкоэнцефалопатией, возникают у 40% таких больных [12].

Эпизоды системного головокружения могут быть обусловлены инфарктом головного мозга и транзиторной ишемической атакой (ТИА). Проведенное исследование показало, что около 0,7% случаев изолированного вестибулярного головокружения были обусловлены инсультом в зоне кровоснабжения медиальной ветви задней нижней мозжечковой артерии [5,6]. Другие варианты инфаркта головного мозга в вертебрально-базилярном бассейне, сопровождающиеся головокружением, сочетаются с симптомами очагового поражения головного мозга. Предположить сосудистую причину изолированного головокружения позволяет наличие у пациента стойкой артериальной гипертонии, фибрилляции предсердий, стенозирующего атеросклероза церебральных артерий, ранее перенесенного инсульта или повторных ТИА в анамнезе. Для диагностики данных нарушений важное значение имеет магнитно-резонансная томография головного мозга.

Лечение цереброваскулярных заболеваний головного мозга – сложная многоуровневая задача. Необходимо лечение артериальной гипертонии, атеросклероза, кардиальной патологии, нарушения свертывающей системы крови, которые являются причиной развития церебральных инсультов и сосудистой деменции. Для улучшения церебрального кровотока и метаболизма головного мозга целесообразно назначать сосудистые и ноотропные препараты. Наиболее перспективным препаратом является винпоцетин (Кавинтон) – синтетическое производное винкамина (алкалоида барвинка малого). Винпоцетин ингибирует Са/кальмодулинзависимую фосфодиэстеразу I-го типа и потенциалзависимые Na⁺-каналы и оказывает непосредственное действие на глутаматные рецепторы, ингибирует перекисное окисление липидов, вызывает вазодилатацию, повышает внутриклеточный уровень цГМФ в гладкой мускулатуре сосудистой стенки, причем по степени выраженности данного эффекта значительно превосходит все вазодилататоры. Препарат способствует к ауторегуляции мозгового кровообращения; предотвращает развитие вазоконстрикторных изменений, обуславливающих феномен “no-reflow” в раннем

ЛЕКЦИЯ

постишемическом периоде; обладает выраженным мембраностабилизирующим эффектом; стимулирует норадренергическую систему восходящей ретикулярной формации; участвует в модуляции нейропластичности (увеличивает рост дендритных шипиков) [13]. Терапевтический эффект при применении винпоцетина наблюдается с первого дня лечения, а его выраженность увеличивается при продолжении приема препарата. В исследовании “ГЛОБУС”, в котором приняли участие 6065 пациентов в возрасте от 48 до 67 лет, лечение Кавинтоном форте в дозе 30 мг/сут в течение 2 месяцев привело к значительному уменьшению жалоб на системное (в 3,5 раза) и несистемное (в 3,9 раза) головокружение, а также к уменьшению неустойчивости при ходьбе (в 2,5 раза) [13]. В другом исследовании изучали эффективность винпоцетина (Кавинтона Комфорте в дозе 30 мг/сут в течение 3 мес) в лечении головокружения у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией и оценивали его влияние на содержание нейротрофического фактора мозга (BDNF) в плазме крови. Было выявлено достоверное увеличение концентрации BDNF более чем в два раза, а также достоверное уменьшение выраженности головокружения и улучшение двигательной активности больных [14].

Эффективность Кавинтона в лечении пациентов с головокружением можно проиллюстрировать следующими клиническими примерами.

Пациент Л., 65 лет, обратился с жалобами на остро возникшее вращательное головокружение с тошнотой и рвотой. В анамнезе ИБС, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия. При обследовании в неврологическом статусе патологии не выявлено, координаторные пробы выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга пошатывание, при ходьбе несколько расширена база шага. Нейровестибулярное обследование с видеонистагнографией: спонтанный нистагм в положении сидя с открытыми глазами и без фиксации взора отсутствует, пробы “head-shaking”, Дикса-Холлпайка, МакКлюра-Пагини, Хальмаги, Унтербергера отрицательные. Учитывая отсутствие признаков периферической вестибулопатии по данным нейровестибулярного обследования, а также признаков статической атаксии, пациенту была проведена магнитно-резонансная томография головного мозга, показавшая наличие очага ишемии в области клочка мозжечка. Диагностирован инфаркт мозжечка.

В стационаре пациенту проводилось внутривенное капельное введение раствора Кавинтона 100 мг (n=5). После первой капельницы головокружение уменьшилось, рвота прекратилась. В связи с сохранявшейся неустойчивостью при ходьбе после капельного введения Кавинтона пациенту было рекомендовано продолжить прием винпоцетина в виде диспергируемой формы Кавинтон комфорте по 10 мг 3 раза в день в течение 3 месяцев. Одновременно проводилась терапия гипотензивными средствами, статинами и антиагрегантами. Для пациента был разработан курс вестибулярной гимнастики, которую он выполнял дома в течение трех

месяцев. После окончания курса лечения неустойчивость полностью регрессировала, пациент вернулся к обычному образу жизни.

Пациентка К., 57 лет, обратилась с жалобами на эпизоды головокружения в виде неустойчивости при ходьбе, которые сочетались с онемением и нарушением чувствительности в левой половине туловища и конечностях. Эти эпизоды повторялись два раза в течение полугода, длились около двух часов и затем полностью проходили. В анамнезе артериальная гипертензия, пароксизмальная фибрилляция предсердий. При обследовании в неврологическом статусе патологии не выявлено, координаторные пробы выполняла удовлетворительно, в позе Ромберга устойчива, ходьба не нарушена. Нейровестибулярное обследование с видеонистагнографией: спонтанный нистагм в положении сидя с открытыми глазами и без фиксации взора отсутствовал, пробы “head-shaking”, Дикса-Холлпайка, МакКлюра-Пагини, Хальмаги и Унтербергера были отрицательными.

Учитывая отсутствие признаков периферической вестибулопатии по данным нейровестибулярного обследования, а также сочетание эпизодов головокружения с симптомами очагового поражения головного мозга (преходящая гемипарестезия слева), пациентке была проведена магнитно-резонансная томография головного мозга, при которой были выявлены признаки гипертонической микроангиопатии головного мозга. При дуплексном сканировании магистральных артерий головы патологии не отмечено. Холтеровское мониторирование ЭКГ подтвердило наличие пароксизмов фибрилляции предсердий. Установлен диагноз: транзиторные ишемические атаки в вертебрально-базиллярном бассейне.

Пациентке был рекомендован прием Кавинтона комфорте по 10 мг 3 раза в день в течение 3 месяцев. Кроме того, она продолжила прием гипотензивных средств и антикоагулянта. После окончания курса лечения Кавинтоном комфорте, а также при дальнейшем наблюдении в течение полугода эпизоды головокружения не повторялись.

Таким образом, головокружение – это многоликий синдром, требующий тщательного сбора анамнеза, уточнения характера ощущений пациента, длительности, частоты, провоцирующих факторов приступов головокружения и сопутствующих симптомов. Грамотно собранный анамнез и оценка функции вестибулярного анализатора в большинстве случаев позволяют избежать диагностических ошибок. Наиболее эффективным лечением головокружения является сочетание медикаментозной терапии с проведением вестибулярной реабилитации.

1. Парфенов В.А., Замерград М.В. Головокружение в неврологической практике. Неврологический журнал 2005;1:4-11.
2. Парфенов В.А., Замерград М.В., Мельников О.А. Головокружение: диагностика, лечение, распространенные диагностические ошибки. Учебное пособие. М.: Издательство “Медицинское информационное агентство”; 2011, 190 с.
3. Brandt T, Dieterich M. Vertigo and dizziness: common complains. London: Springer, 2004, 208 p.
4. Bronstein AM, Gresty MA, et al. Phobic postural vertigo. Neurology 1997;

ЛЕКЦИЯ

- 46:1480-1.
5. Замерград М.В., Головокружение: роль сосудистых факторов. Эффективная фармакотерапия. Неврология и Психиатрия 2013;4:4-5
 6. Парфенов В.А., Абдулина О.В., Замерград М.В. Периферическая вестибулопатия под маской инсульта. Неврологический журнал 2005;6:28-32.
 7. Brandt T, Huppert I, Hecht J, et al. Benign paroxysmal positioning vertigo: a long-term follow-up (6-17 years) of 125 patients. Acta Otolaryngol 2006;126: 160-3.
 8. Brandt T, Daroff RB. Physical therapy for benign paroxysmal positional vertigo. Arch Otolaryngol 1980;106:484-5.
 9. Brandt T, Huppert T, Нифтер К, et al. Long-term course and relapses of vestibular and balance disorders. Restor Neurol Neurosci 2010;28:69-82.
 10. Парфенов В.А. Дифференциальная диагностика и лечение головокружения у больных артериальной гипертонией. Терапевтический архив 2005;1:56-8.
 11. Парфенов В.А., Абдулина О.В., Замерград М.В. Периферическая вестибулопатия под маской инсульта. Неврологический журнал 2005;6:28-32.
 12. Яхно Н.Н., Левин О.С., Дамулин И.В. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии. Сообщение 1. Двигательные нарушения. Неврологический журнал 2001;6(2):10-5.
 13. Путилина М.В., Баранова О.А. Результаты многоцентровой клинико-эпидемиологической наблюдательной программы "ГЛОБУС" (определение распространенности головокружения и оценка схем терапии на амбулаторном уровне). Журнал неврологии и психиатрии 2014;5:33-8.
 14. Живолупов С.А., Самарцев И.Н., Яковлев Е.В. и др. Оценка эффективно-

сти винпоцетина (Кавинтона Комфорте) в лечении головокружения у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией по уровню нейротрофического фактора мозга (BDNF) в плазме крови. Клин фармакол тер 2016;25(1): 49-54.

Current diagnosis and treatment of dizziness

L.M. Antonenko

An article summarizes current diagnosis and treatment for the most common types of dizziness, including benign paroxysmal positional vertigo, psychogenic dizziness, central vestibular dizziness in patients with cerebrovascular diseases.

Key words. *Benign paroxysmal positional vertigo, central vestibular dizziness, treatment, vinpocetin.*

Clin. Pharmacol. Ther., 2016, 25 (5), 18-22.