

Головокружение в практике амбулаторного врача

Н.В. Вахнина, О.В. Милованова

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии ФГАОУ ВО “Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова” Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

В статье обсуждаются основные причины, методы диагностики и лечения головокружения, как одной из наиболее частых жалоб пациентов, предъявляемых врачам на амбулаторном приеме. Приводятся данные проведенных исследований, в которых выделяются основные заболевания, лежащие в основе вестибулопатий. Оценена эффективность препарата Кавинтон® Комфорте в лечении данного симптома, а также сочетанных состояний.

Ключевые слова. Головокружение, вестибулопатии.
Клин. фармакол. тер., 2017, 26 (4), 21-25.

Головокружение — одна из самых частых проблем, с которыми приходится сталкиваться врачам общей практики и неврологам. Причиной головокружения как симптома может быть множество заболеваний, как неврологического, так и кардиологического, отоларингологического, терапевтического, психиатрического ряда. Варьируется и возраст больных, жалующихся на головокружение, однако чаще всего вертиго встречается у людей старшего возраста. У 20-30% населения земли возникали эпизоды головокружения, а среди людей старше 40 лет этот показатель достигает 40% [1,2]. Следует также отметить, что головокружение зачастую служит поводом для экстренной госпитализации.

Рассматривая головокружение, необходимо обратить особое внимание на то, что врачи имеют дело с набором субъективных представлений и ощущений пациента. Поэтому в основе диагностики лежат, прежде всего, тщательный сбор анамнеза и анализ клинических особенностей головокружения. Больным, перенесшим головокружение, часто бывает трудно описать свой приступ. Возможные жалобы включают в себя неустойчивость при ходьбе, ощущение “тяжести в голове”, иллюзию движения, вращения окружающей обстановки, ощущение дурноты, общей слабости, “туман перед глазами”. Необходимо также учитывать сопутствующую симптоматику в виде ощущения шума, звона в ушах, снижения слуха, вегетативных проявлений, в том числе тошноты, рвоты, повышения или снижения артериального давления, потливости. В подавляющем большинстве случаев именно правильно собранный и интерпретированный анамнез позволяет выявить основную причину головокружения [3].

Классификация головокружения

В связи с различием патоморфологической и клинической картины принято различать системное (истинное, вестибулярное) и несистемное (невестибулярное) головокружение. К первой группе относятся приступы вращательного вертиго, сопровождающиеся ощущением вращения предметов или собственного тела в пространстве и связанные с поражением вестибулярного аппарата. Вестибулярная система представлена периферическим аппаратом, включающим лабиринт и вестибулярный нерв, а также центральным отделом. Соответственно, первый нейрон находится в вестибулярном ганглии (внутренний слуховой проход), а его аксон входит в состав преддверной части преддверно-улиткового нерва. По вестибулярному нерву информация передается соответствующим ядрам ствола мозга (где располагается второй нейрон), которые связаны с другими структурами мозга (глазодвигательными ядрами, мозжечком, спинальными центрами, корой головного мозга). Кровоснабжение осуществляется из вертебро-базиллярных артерий. Нарушение передачи информации на любом уровне, влекущее за собой несогласование работы периферического и центрального анализаторов, ведет к развитию головокружения [4].

Таким образом, в зависимости от пораженного участка можно выделить центральное вестибулярное и периферическое вестибулярное головокружение, общим проявлением которых будет мнимое ощущение вращения, а также дополнительные симптомы — тошнота, рвота, изменение АД. Решающим в дифференциальной диагностике является наличие “слуховых” нарушений, очаговой неврологической симптоматики, продолжительность головокружения, анамнез приступов вертиго, наличие провоцирующих факторов, данные объективного осмотра. При приступе периферического головокружения наиболее отчетливо выделяется вращательный компонент, иногда отмечается снижение слуха, головокружение усиливается при перемене положения тела или головы, часто носит рецидивирующий характер. Центральная вестибулопатия может протекать с менее выраженными вегетативными проявлениями, но в подавляющем большинстве случаев сопровождается другими неврологическими симптомами, такими как гемипарез, гемигипестезия, наруше-

Адрес: Москва, 119435, ул. Россолимо, 11

ние глотания, фонации, двоение в глазах, мозжечковая атаксия и т.д. [5,6].

Наиболее часто в клинической практике приходится сталкиваться с периферической вестибулопатией, представленной такими заболеваниями, как доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), болезнь Меньера, вестибулярный нейронит.

ДППГ представляет собой приступы системного головокружения, возникающие при перемене положения головы в пространстве. Продолжительность головокружения в среднем составляет около 30 с. В основе патоморфологии данного состояния лежит образование мелких частиц отолитовой мембраны, которые циркулируют в полукружных каналах (каналолитиаз) или прилежат к куполе полукружного канала (купулолитиаз) [7]. Головокружение обычно возникает при утреннем подъеме с кровати, поворотах головы, разгибании, сгибании шеи. Приступы могут повторяться в течение дня с различной интенсивностью и не сопровождаются нарушением слуха. Отмечается тошнота, возможна рвота. При фиксации головы в определенном положении симптомы проходят. Диагностически значимыми являются пробы Дикса-Холпайка и Мак-Клюра-Пагинни, которые считаются положительными при выявлении нистагма в определенных положениях головы. Проведение позиционного маневра (Эпли) позволяет естественным путем удалить отолиты из полости полукружных каналов.

Болезнь Меньера начинается обычно в возрасте от 30 до 50 лет, с равной частотой встречается у мужчин и женщин и связана с нарушением резорбции эндолимфы, заполняющей лабиринт внутреннего уха. Увеличение объема жидкости приводит к перерастяжению рейснеровой мембраны и ее разрыву, в результате чего возникают интенсивные приступы головокружения продолжительностью до нескольких часов с выраженными вегетативными проявлениями. Характерно возникновение шума в ушах, а также прогрессирующее снижение слуха. Диагностика основывается на клинической картине заболевания, а также проведении дегидратационных проб и электрокохлеографии [8].

Вестибулярный нейронит является третьей по частоте причиной периферической вестибулопатии. Этиология этого заболевания до сих пор остается неясной. В настоящее время основной причиной считают воспаление вестибулярного нерва вирусной этиологии. Клиническая картина характеризуется интенсивным продолжительным приступом вертиго с вегетативным сопровождением, которое усиливается при перемене положения головы. Иногда развитию головокружения предшествует перенесенное простудное заболевание, непродолжительные кратковременные приступы головокружения. Отмечается наличие спонтанного нистагма. Продолжительность головокружения может достигать нескольких суток. Диагностика основывается на клинической картине, а также отсутствии других очаговых симптомов [9].

К центральным вестибулопатиям относят вестибулярную мигрень, острое нарушение мозгового кровообращения (ишемический инсульт, транзиторная ишемическая атака) в стволе головного мозга, мозжечке, кровоизлияние той же локализации.

В настоящее время патогенез вестибулярной мигрени до конца не изучен. Проявляется она приступами умеренного или выраженного системного головокружения, сопровождающегося мигренозной головной болью. Мигрень-ассоциированное головокружение по современным критериям диагностируют при наличии не менее 5 приступов вестибулярного вертиго длительностью от 5 минут до 72 ч, наличии мигрени в соответствии с критериями международного общества головной боли (один или несколько симптомов, возникающих не менее чем в половине случаев приступов головокружения: мигренозная головная боль; фото- или фонофобия; зрительная аура), а также при отсутствии других заболеваний, объясняющих головокружение [10].

При остром нарушении мозгового кровообращения продолжительность системного вертиго может достигать нескольких суток. Крайне редко инсульт проявляется только головокружением (лишь в 0,7% случаев) [11,12]. Стратегические области в данном случае могут располагаться на уровне узелка мозжечка, в области выхода корешка вестибулярного нерва из ствола мозга. При анализе причин остро развившегося головокружения следует обращать внимание на наличие факторов риска развития инсульта и сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе. Дифференциальная диагностика помимо клинической картины основывается на результатах магнитно-резонансной томографии, позволяющей визуализировать очаг ишемии [13].

К несистемному головокружению относят другие виды субъективных ощущений, которые не связаны с непосредственным поражением вестибулярной системы (возможно за исключением двусторонней вестибулопатии, а также феномена отолитовой дисфункции, возникающей после перенесенного ДППГ) [6]. Условно их можно разделить на три группы. К первой относятся описываемые пациентами предобморочные состояния, связанные с наличием ортостатической гипотензии или гипогликемией. Во вторую группу входят нарушения равновесия, неустойчивость при ходьбе, вызванные неврологическими заболеваниями, при которых происходит нарушение глубокой чувствительности (например, фуникулярный миелоз), нарушения постуральной устойчивости вследствие лейкоареоза и разобщения фронтостриарных и фронтоцереbellарных нейрональных “кругов” (например, при развитии дисциркуляторной энцефалопатии). К отдельной группе расстройств относят так называемое психогенное головокружение, которое является второй по частоте причиной вертиго у пациентов, обратившихся к неврологу. [14]. Данный вид головокружения может быть непосредственным проявлением психического заболевания или возникнуть вследствие острого эпизода системной вестибулопатии [15]. Несмотря на отсутствие непосредственно органи-

ческого субстрата возникающей проблемы, выраженность субъективной симптоматики может быть настолько выраженной, что приводит к развитию социально-бытовой дезадаптации. Такое головокружение может продолжаться несколько месяцев и даже год без светлых промежутков, провоцироваться или усиливаться при эмоциональном перенапряжении, депривации сна. Часто отмечаются эмоциональные нарушения, астенические симптомы – чувство тревоги, страха, сниженное настроение, апатия, нарушение ночного сна, изменение аппетита и другие. Особо в этой группе следует выделить постуральную фобическую неустойчивость, которая представляет собой частный случай психогенного головокружения и проявляется изолированным расстройством равновесия (жалоба на головокружение является единственной) [16]. Чаще всего встречается в молодом и среднем возрасте (20-50 лет). У таких пациентов уже с раннего детства наблюдается непереносимость транспорта, аттракционов, качелей. По данным различных исследований вестибулярного анализатора отклонения от нормы отсутствуют. Патогенез данного состояния в настоящее время до конца не изучен. Предполагается несоответствие между афферентными импульсами, получаемыми из окружающей среды, и ожиданиями системы равновесия. Также пациент начинает осознанно брать под контроль программы обеспечения равновесия, которые поддерживаются на рефлекторном уровне, что приводит к возникновению ощущения неустойчивости. Диагностически значимым в данном случае является резкое различие описываемой картины головокружения с данными объективного и инструментального исследования, а также выявление возможных психоэмоциональных нарушений, эпизоды вестибулярного головокружения в анамнезе, наличие типичных ситуаций, провоцирующих или усиливающих приступ, который нередко может сопровождаться чувством страха, нехватки воздуха, сердцебиением.

Также следует отметить, что головокружение могут вызывать различные соматические заболевания (эндокринопатии, нарушения ритма сердца и др.). Головокружение может сопровождать отравления различными веществами, а также нередко является одним из побочных эффектов лекарственных препаратов (противосудорожных, гипотензивных средств, нитратов, диуретиков и др.).

В настоящее время в нашей стране преувеличенное значение как причины вестибулопатии придают таким состояниям, как хроническая ишемия головного мозга, дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника, и недооценивается влияние психоэмоциональных расстройств и состояния периферического вестибулярного анализатора [17].

Диагностика головокружения

Помимо тщательного сбора анамнеза и анализа клинической картины при объективном осмотре используются различные диагностические приемы, помогающие в

дифференциальной диагностике головокружения. К таким относятся вестибулярные пробы – Дикса-Холлпайка, Мак-Клюра–Пагинни, Хальмаги, Унтербергера, проба с встряхиванием головы, проба Вальсальвы. К инструментальным методам помимо магнитно-резонансной и компьютерной томографии относят видеонистагмографию, стабилографию, электрокохлеографию, а также калорическую пробу. Используются различные тесты и шкалы – шкала оценки головокружения (ШОГ), которая позволяет количественно оценить степень влияния головокружения на повседневную активность пациента и динамику его состояния, шкала субъективной оценки выраженности головокружения, шкала Тинетти, предназначенная для оценки устойчивости и ходьбы. Шкала депрессии Бека, госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии, шкала тревоги Спилбергера-Ханина, шкала степени апатии, астении позволяют изучить выраженность эмоциональных нарушений при психогенном головокружении.

Лечение головокружения

Лечение проводится в соответствии с основным заболеванием, вызвавшим головокружение. Принято выделять немедикаментозные и медикаментозные методы. К первым относятся выполнение позиционного маневра (при наличии ДППГ) и вестибулярная гимнастика, которые способствуют реализации системы адаптации и восстановления пораженной функции.

Для уменьшения выраженности остро развившегося вестибулярного головокружения используют препараты различных групп: блокаторы H_1 -рецепторов, антихолинэргические средства, фенотиазины, бензодиазепины и другие транквилизаторы [18].

В зависимости от основного заболевания могут использоваться специфические препараты, действующие на основные звенья патогенеза вестибулопатий. Так, при болезни Меньера большое значение имеет диета с ограничением потребления соли (до 1-2 г в сутки), прием диуретиков, при вестибулярном нейроните – прием глюкокортикостероидов, при мигрень-ассоциированном головокружении – назначение препаратов, позволяющих предупредить приступы мигрени, в том числе β -адреноблокаторов, трициклических антидепрессантов, противосудорожных средств. Для купирования приступа применяют триптаны.

При различных видах головокружения эффективны препараты, стимулирующие вестибулярную компенсацию. Одним из них является винпоцетин (Кавинтон®), который широко используется в неврологической практике и прекрасно зарекомендовал себя у пациентов с нарушениями равновесия и головокружением. Винпоцетин представляет собой полусинтетический этиловый эфир аповинкаминовой кислоты, производное лекарственного растения барвинка малого. Экспериментальные данные свидетельствуют, что препарат обладает комплексным механизмом действия: он ингибирует фосфодиэстеразу и вызывает расширение сосудов микроциркуляторного русла без эффекта обкрадывания, а

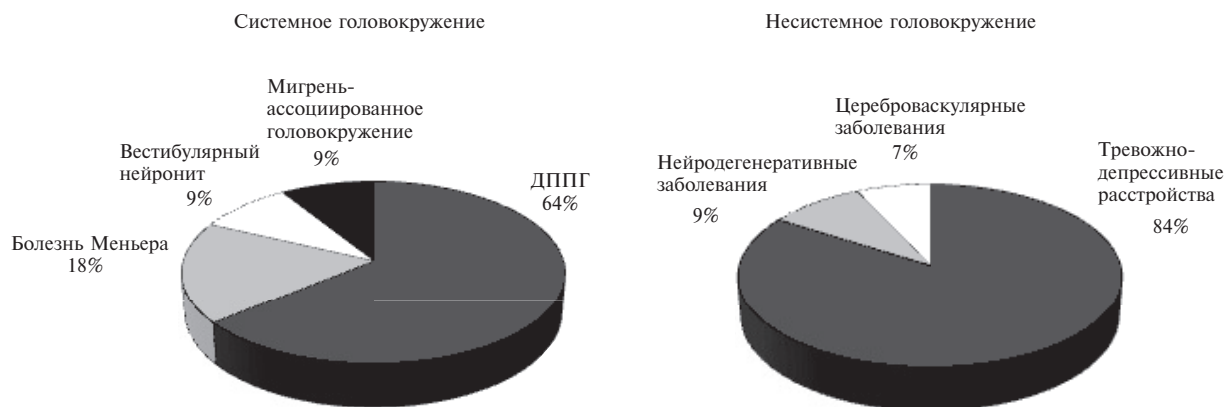


Рис. 1. Причины системного и несистемного головокружения у обследованных пациентов

также увеличивает деформируемость эритроцитов. Кроме того, винпоцетин модифицирует активность ионных каналов, как в нейронах, так и в миоцитах микрососудистой стенки. В результате уменьшается содержание внутриклеточного кальция и, напротив, увеличивается концентрация калия в цитоплазме клеток. Развивается гиперполяризация клеточных мембран, что делает их менее возбудимыми. Нейроны становятся менее чувствительными к повреждающему действию возбуждающих аминокислот, а миоциты — к тканевым медиаторам, вызывающим вазоконстрикцию.

Исследование эффективности Кавинтона® проводилось более чем в 100 клинических исследованиях, в которых участвовали не менее 30000 пациентов в различных странах мира. Винпоцетин используется при различных заболеваниях нервной системы, в том числе в восстановительном периоде ишемического инсульта, при нарушениях памяти и других когнитивных функций, сосудистых заболеваниях глаза, в отоларингологической практике [20]. В настоящее время винпоцетин выпускается в форме диспергируемых таблеток (Кавинтон® Комфорте), применение которых обеспечивает более прогнозируемый терапевтический эффект и способствует повышению приверженности и безопасности терапии у пациентов с различными неврологическими заболеваниями. Прием Кавинтона® Комфорте наиболее предпочтителен у пациентов среднего и старшего возраста, жалующихся на тошноту, при нежелании глотать твердые формы препарата вследствие страха удушья или иных причин, при дисфагии, когнитивных расстройствах, психоэмоциональных нарушениях, психических заболеваниях.

По результатам скрининг-программы определения распространенности головокружений на амбулаторном приеме и схем терапии (“Глобус”) было выявлено, что ежедневно доля пациентов с жалобами на головокружение составляет в среднем 25%. Многим пациентам необоснованно назначают дополнительные исследования, такие как электроэнцефалографию или реоэнцефалографию. Чаще всего пациентам диагностировали дисциркуляторную энцефалопатию. Отмечено, что

жалобы на головокружение требуют проведения тщательной дифференциальной диагностики. Назначение Кавинтона® в дозе 30 мг/сут привело к значительному уменьшению выраженности как системного, так и несистемного головокружения, а также шума в ушах, головной боли и астении [20].

Мы оценивали эффективность Кавинтона® Комфорте у 80 пациентов с артериальной гипертензией и хронической ишемией головного мозга/дисциркуляторной энцефалопатией, которые жаловались на головную боль, головокружение, неустойчивость при ходьбе, шум в ушах, снижение памяти, эмоциональные расстройства. Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию, а больным основной группы назначали также Кавинтон® Комфорте в дозе 10 мг три раза в день на 3 мес. Пациентам проводили неврологический и невроортопедический осмотр и нейровестибулярное обследование, а также суточное мониторирование АД, дуплексное сканирование магистральных артерий шеи и головы. Эмоциональное состояние и когнитивный статус, степень социальной дезадаптации, выраженность головокружения и нарушений сна оценивали при помощи стандартных шкал и тестов. На головокружение жаловались 56 (70%) пациентов. В 11 (14%) случаев вертиго носило системный характер, в остальных 45 (86%) оно было несистемным, что соответствует эпидемиологическим данным [21,21]. В структуре системного головокружения преобладали ДППГ, болезнь Меньера, мигрень-ассоциированное головокружение, вестибулярный нейронит (рис. 1), а в структуре несистемного головокружения — психогенное головокружение, а также когнитивные расстройства и цереброваскулярные заболевания (дисциркуляторная энцефалопатия) (рис. 1). Применение Кавинтона® Комфорте привело к статистически значимому уменьшению частоты головокружения по сравнению с контрольной группой (рис. 2). Кроме того, в основной группе улучшились когнитивные показатели, уменьшились эмоциональные и двигательные нарушения, значительно снизилась степень выраженности расстройств астенического круга, интенсивность и частота

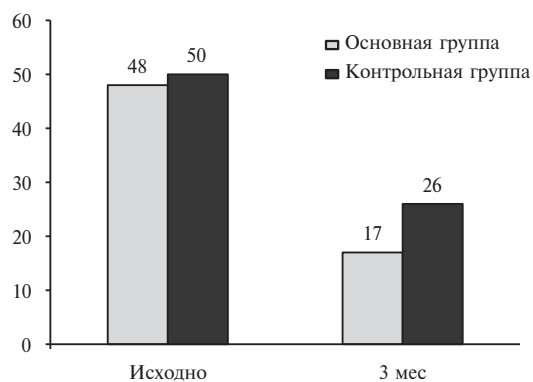


Рис. 2. Динамика головокружения по шкале головокружения (ШОГ-5) ($p < 0,05$ для разницы между группами)

цефалгии. Все пациенты, получавшие Кавинтон®, отметили улучшение качества жизни в среднем на 2,5 балла по субъективной шкале от 1 до 10, а также по данным опросников и шкал MIDAS и ШОГ-5. Нежелательные явления в виде дискомфорта в эпигастральной области, легкой тошноты, усиления головной боли в начале терапии отмечались лишь у 3 (7,5%) пациентов. Все нежелательные явления были легкими, прошли самостоятельно и не потребовали отмены препарата [23].

Современная схема применения винпоцетина предусматривает начало терапии с внутривенных капельных инфузий (4 дня по 5 мл и 3 дня по 10 мл) с дальнейшим пероральным применением по 10 мг 3 раза в день в течение не менее 3 мес или непосредственно с назначения пероральной формы винпоцетина (Кавинтон® Форте, Кавинтон® Комфорте) по 10 мг 3 раза в день в течение не менее 3-х месяцев.

Заключение

Таким образом, головокружение является серьезной социально-значимой проблемой и может быть обусловлено различными состояниями и заболеваниями. Несмотря на высокую распространенность данного симптома, диагностика головокружения представляется одной из самых «нелюбимых» во врачебной практике. Имеет место и недостаточная осведомленность врачей о самых распространенных причинах головокружения и методах диагностики. В практическом плане важное значение имеет диагностика системного головокружения, в основе которого лежат такие состояния, как доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, болезнь Меньера, мигрень-ассоциированное головокружение, вестибулярный нейронит. В случаях несистемного головокружения необходимо учитывать роль психогенных факторов, а также других соматических и неврологических заболеваний. Наиболее важным в дифференциальной диагностике различных причин головокружения является сбор

анамнеза. В лечении, помимо методов вестибулярной реабилитации, используется медикаментозная терапия. Одним из эффективных препаратов для лечения различных видов головокружения зарекомендовал себя винпоцетин (Кавинтон®), эффективность которого была не раз доказана в клинических исследованиях у пациентов с головокружением.

1. Neuhauser H, von Brevern M, Radtke A, et al. Epidemiology of vestibular vertigo: a neurootologic survey of the general population. *Neurology* 2005;65:898–904.
2. Rubin DI, Cheshire WP. Evaluation of “dizziness” in the neurology office. *Semin Neurol* 2011;31:29–41.
3. Hoffman RM, Einstadter D, Kroenke K. Evaluating dizziness. *Am J Med* 1999;107:468–78.
4. Baloh RW, Kerber K. *Clinical Neurophysiology of the Vestibular System*. Oxford University Press, 2011;353–66.
5. Парфенов В.А., Абдулина О.В. Дифференциальная диагностика острого вестибулярного головокружения. *Врач* 2006;5:60–2.
6. О.В. Косицова, М.В. Замерград Головокружение в неврологической практике (общие вопросы диагностики и лечения). *Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика* 2012;4(1):48–51.
7. Байбакова В.А. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение: диагностика и лечение. *РМЖ* 2012;27:1370
8. Замерград М.В., Мельников О.А. Болезнь Меньера. *Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика* 2011;3(1):5–8
9. Замерград М.В. Вестибулярный нейронит. *РМЖ* 2008;12:1630
10. Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine: diagnostic criteria. *J Vestib Res* 2012;22:167–72.
11. Caplan LR. Posterior circulation ischemia: then, now, and tomorrow. The Thomas Willis Lecture. *Stroke* 2000;31:2011–23.
12. Caplan LR, Wityk RJ, Glass TA, et al. New England Medical Center Posterior Circulation Registry. *Ann Neurol* 2004;56:389–98.
13. Замерград М.В. “Сосудистое” головокружение. *РМЖ* 2007;9:769
14. Brandt T, Dieterich M. *Vertigo and dizziness: common complains*. London: Springer; 2004, 208.
15. Парфенов В.А., Замерград М.В., Мельников О.А. Головокружение: диагностика, лечение, распространенные диагностические ошибки. Москва: МИА; 2011: 190.
16. Антоненко Л.М. Психогенное головокружение. *Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика* 2016;8(2):50–4.
17. Замерград М.В. Основные проблемы диагностики и лечения вестибулярного головокружения. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика* 2010; 2(3):17–21.
18. Замерград М.В. Основные принципы диагностики и лечения головокружения. *РМЖ* 2007;6:515
19. Толмачева В.А., Парфенов В.А. Причины головокружения у пациентов с артериальной гипертензией и его лечение. *Врач* 2007;4:49–53.
20. Замерград М.В. Возрастные аспекты головокружений. *Неврологический журнал* 2014;19(3):21–8.
21. Живолупов С.А., Самарцев И.Н., Яковлев Е.В. и др. Оценка эффективности 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.
22. Путилина М.В., Баранова О.А. Результаты многоцентровой клинко-эпидемиологической наблюдательной программы “ГЛОБУС” (определение распространенности головокружения и оценка схем терапии на амбулаторном уровне. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2014; 5:33–8.
23. Вахнина Н.В., Милованова О.В. Неврологические расстройства у пациентов с артериальной гипертензией и их коррекция. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика* 2016;8(4):32–7.

Dizziness in the outpatient practice

N.V. Vakhnina, O.V. Milovanova

Dizziness is one of the main complaints in the outpatient practice. The authors review the main causes, diagnosis and treatment of dizziness and present the data on efficacy and safety of vinpocetine in these patients.

Keywords. *Dizziness, vestibulopathies.*

Clin. Pharmacol. Ther., 2017, 26 (4), 21–25.