

Головокружение: от симптома к болезни

Филатова Е.Г.

Кафедра нервных болезней ФППО 1 МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Головокружение – один из наиболее часто встречающихся симптомов: в общей практике 5% пациентов предъявляют жалобы на головокружение, а на приёме у невролога и отоларинголога их до 40%. Необходимо прежде всего помнить, что головокружение всего лишь симптом, а не самостоятельное заболевание. Оно может быть проявлением различных страданий – сердечно-сосудистых, эндокринных, психических, заболеваний позвоночника, головного мозга и т.д., всего около 80 различных нозологических форм. Определение причин возникновения головокружения и его лечение требует мультидисциплинарного подхода. В связи с этими объективными трудностями правильный диагноз и адекватное лечение получают не более 20% пациентов (12). У многих пациентов истинные причины не удаётся определить. Большинство диагностических ошибок связаны с избыточной диагностикой недостаточности кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне или остеохондроза позвоночника в качестве причины головокружения и наоборот, недостаточной диагностикой поражения периферического вестибулярного аппарата: доброкачественного позиционного головокружения, болезни Меньера (6,7). Одним из частых видов головокружения является психогенное головокружение, возникающее у пациентов с невротическими расстройствами (10). Правильное определение причин головокружения позволяет назначить верное патогенетическое лечение и является залогом его успеха.

Патофизиология вестибулярной системы.

Вестибулярный аппарат получил своё развитие на самом раннем этапе развития живых систем наряду с хеморецепцией, давшей начало биохимическим процессам развивающихся организмов, и явился «пусковым механизмом» развития всех остальных органов чувств. Функции вестибулярного аппарата в принципиально неизменном виде дошли до наших дней. Статоцисты-родоначальники современного вестибулярного аппарата функционировали уже тогда, когда другие органы чувств не были сформированы даже в зачатке. Чувство равновесия одно из наиболее древних приобретений человека в процессе его онтогенеза. Оно возникло раньше зрения, слуха, и возможно, раньше вкуса и обоняния. Трудно назвать такие виды профессиональной деятельности, в которых

нормальная функция вестибулярного аппарата не играла бы существенной роли. При нарушенной функции конечностей, например, в результате травмы или даже после перенесенного нарушения мозгового кровообращения, но с нормально функционирующим вестибулярным аппаратом можно управлять автомобилем и даже самолетом, но без нормально функционирующего вестибулярного аппарата невозможно поднести ложку ко рту или вдеть нить в угольное ушко. Если глаза и уши можно закрыть и тем самым остановить поток информации, то вестибулярный аппарат недоступен этим приемам депривации. Информацию о нормальной или повышенной гравитации или невесомости, о наличии положительного или отрицательного ускорения вестибулярный аппарат получает постоянно во сне или наяву. Вестибулярный анализатор является сенсорной системой, чутко реагирующей на малейшие изменения внешней и внутренней среды организма. Его предназначение объединять весь комплекс систем пространственного контроля, чутко улавливать изменения положения тела в пространстве, величины наклона тела, изменения направления силы тяжести, ускорения движения. В.Р.Гофман и В. Е.Корюкин (1994 г.) сравнивают вестибулярный анализатор с камертоном, по которому центральная нервная система настраивает уровень метаболических процессов адекватно условиям движения. В условиях эволюции вестибулярный аппарат приобрел огромное количество связей практически со всеми функциональными системами организма. Рассогласование этих связей и лежит в основе появляющихся у больного жалоб на головокружение и нарушение равновесия.

Внутреннее ухо – это первый сенсорный орган, который формируется у человека в процессе эмбриогенеза. Вестибулярный аппарат начиная с 24 дня к 6-14 неделе развития и влияет на развитие и правильное положение плода в утробе матери, а в дальнейшем способствует правильному физическому и интеллектуальному развитию ребенка.

Поддержание равновесия представляет собой сложную интегративную систему. (см рисунок1)

Адекватность ориентации в пространстве обеспечивается взаимодействием сенсорных систем, прежде всего вестибулярной, зрительной, проприоцептивной. Главную роль играют ве-

стибулярные рецепторы, которые, воспринимая линейное, угловое ускорения и изменения силы тяжести, контролируют положение головы и тела в пространстве, а также позу. Вся информация от сенсорных систем интегрируется в центральной нервной системе (ЦНС) и модулируется активностью ретикулярной формации, экстрапирамидной системой мозга, мозжечка и лобно-височными долями больших полушарий головного мозга. Нарушения любого из сенсорных составляющих может приводить к ощущению головокружения и нарушению равновесия. Головокружение – результат нарушения анализа входящей информации вследствие дисфункции сенсорных стабилизирующих систем: вестибулярного аппарата, зрения, проприоцепции и центральных мозговых систем.

Типы головокружения.

Выделяют два основных типа головокружения. Первый тип – вестибулярное, системное, истинное головокружение или вертиго. При этом типе головокружения пациент испытывает иллюзорное ощущение движение неподвижной окружающей среды в любой плоскости, а также ощущение движения или вращения собственного тела. Причиной системного головокружения является поражение вестибулярного анализатора на периферическом или центральном уровне (2,9).

При периферическом поражении вестибулярного анализатора страдают сенсорные элементы ампулярного аппарата и преддверия, вестибулярного ганглия и нервных проводников ствола мозга или сами вестибулярные ядра. Таким образом, под периферическим уровнем понимают поражение первого нейрона вестибулярного тракта (3). Причинами периферического поражения вестибулярного анализатора могут быть: доброкачественное позиционное головокружение, синдром и болезнь Меньера, вестибулярный нейронит, посттравматическое головокружение и другие более редкие формы (9).

Поражение вестибулярного анализатора центрального уровня возникает при повреждении самих вестибулярных ядер в стволе мозга и их связей с мозжечком, ядрами глазодвигательных нервов, а также вестибулоспинальных и вестибулоретикулярных связей и связей с корой головного мозга. Причинами поражения центрального отдела вестибулярного анализатора могут быть самые различные заболевания головного мозга: сосудистые, воспалительные, дегенеративные и другие. При поражении центрального отдела вестибулярного анализатора может возникать как системное (вестибулярное головокружение, так и несистемное (невестибулярное)

Второй тип головокружения – несистемное, невестибулярное головокружение. Под этим типом головокружения понимают все другие ощущения кроме иллюзии движения

или вращения. Несистемное головокружение наблюдается в клинической практике, несомненно, чаще, чем системное и причины несистемного головокружения ещё более разнообразны. Среди них можно выделить три основные группы (4):

- обморок или предобморочное состояние;
- неустойчивость и нарушение походки при различных неврологических – мозжечковых, экстрапирамидных и проприоцептивных расстройствах;
- эмоциональные нарушения: тревожные, тревожно-депрессивные, истерические (конверсионные) расстройства.

Диагностика головокружения:

1. Что вы называете головокружением?

При обследовании больного с головокружением на первом этапе важным является определение типа головокружения. Для этого важно тщательно собрать анамнез – подробно расспросить пациента, что он подразумевает под словами «головокружение». Нередко термин головокружение пациенты используют для описания самых различных ощущений: потемнение в глазах, двоение в глазах, мерцание предметов, появление «сетки» или «тумана» перед глазами, состояние «дурноты», предобморочное состояние (липотимия), чувство «пустоты» или «тумана» в голове, субъективное ощущение неустойчивости и др. Таким образом, если пациент испытывает ощущение вращения, то этот тип головокружения можно квалифицировать как системное (вертиго); все остальные ощущения свидетельствуют о наличии несистемного головокружения.

2. Как течёт головокружение: остро в виде приступа или перманентно?

Возникновение приступов головокружения, прежде всего, характерно для поражения периферического вестибулярного аппарата. При ДПГ приступ системного головокружения длится коротко от нескольких секунд до минуты. При болезни

Меньера приступ продолжается несколько часов до суток. При вестибулярной мигрени системное головокружение длится не более часа. Несистемное головокружение чаще имеет перманентный характер, периодически усиливаясь.

3. Чем сопровождается головокружение?

• Нистагм- ритмичные произвольные движение глазных яблок. Медленная фаза

направлена в сторону поражённого уха, быстрая в противоположную. Наличие нистагма характерно для поражения вестибулярного аппарата на любом (периферическом или центральном) уровне.

- Тошнота, рвота, избыточное потоотделение – признаки активации парасимпатической вегетативной нервной системы, являются типичными симптомами, сопровождающими системное (вестибулярное) головокружение. Вегетативные симптомы обусловлены связями вестибулярного анализатора с вагусом.

- Снижение слуха, шум и звон в ушах являются симптомами характерными для болезни Меньера и обусловлены (водянкой) гидропсом лабиринта.

- Предобморочное состояние – липотимия, характерно для целого ряда соматических заболеваний, которое может описываться как головокружение.

- Страх, сердцебиение, нарушение дыхания, ком в горле, боли в голове, сердце или животе, озноб, полиурия и другие психо-вегетативные симптомы сопровождают психогенное головокружение и могут иметь как перманентный, так пароксизмальный характер в рамках панической атаки.

- Неврологическая симптоматика: двоение, слабость и онемение в конечностях, атаксия являются признаками поражения ствола головного мозга и свидетельствуют о нарушении кровообращения в вертебрально-базилярной системе

4. Провоцирующие факторы

- Поворот головы является типичным провокатором ДПП. Головокружение возникает как правило при перемещении из горизонтального положения в вертикальное, например, при подъёме с постели или при поворотах головы в кровати в стороны.

- Травма головы может провоцировать системное головокружение в результате повреждения/перелома пирамидки височной кости и повреждения периферического вестибулярного анализатора.

- Операция на ухе может нарушать целостность внутреннего уха и вызывать системное головокружение.

- Повышение или понижение АД являются наиболее частыми причинами нарушения кровообращения в вертебрально-базилярной системе. В этих случаях наряду с головокружением у пациента возникают другие признаки поражения ствола головного мозга: двоение, дизартрия, онемение и слабость в конечностях и др.

- При отсутствии признаков поражения ствола головного мозга у больного с значительно повышенным АД

головокружение несистемного характера наряду с головной болью может относиться к общемозговой симптоматике в картине гипертонического криза.

- При понижении АД головокружение пациент может испытывать при возникновении липотимического состояния.

- Приступ мигрени может провоцировать системное головокружение. В этих случаях головная боль носит мигренозный характер, сопровождается фото-фонофобией, могут наблюдаться зрительные симптомы мигренозной ауры. У пациента отмечаются как приступы мигрени с головокружением, так и без него.

- Эмоциональный стресс, особенно чувство страха в толпе, метро, переходе по мосту провоцирует психогенное головокружение. При хроническом эмоциональном стрессе это состояние становится перманентным периодически усиливается в агорафобических ситуациях

- Недавно перенесенное вирусное заболевание может быть причиной вестибулярного нейронита, проявляющегося системным головокружением.

- Лекарственная терапия. При наличии у пациента жалоб на головокружение врачу следует обязательно поинтересоваться о той лекарственной терапии, которую пациент получал или получает в настоящее время, так как многие лекарственные препараты обладают ототоксическим действием и способны вызывать головокружение: неомицин, салицилаты, некоторые диуретики, химиотерапевтические препараты и др.

Обследование больного с головокружением.

Причиной ошибок в диагнозе больного с головокружением нередко является переоценка роли изменений в шейном отделе позвоночника, выявляемая при рентгенологических и нейровизуализационных исследованиях у лиц среднего и пожилого возраста и результатов ультразвуковых сосудистых методик, показывающих наличие изгибов, умеренных стенозов, асимметрии кровотока, которые как правило не являются причинами головокружения (5,6).

1. Представлена оптимальная последовательность проб и приёмов для оценки у постели больного.

2. Спонтанный нистагм

3. Нистагм фиксированного взора

4. Тест плавного слежения

5. Выявление саккад (быстрых согласованных движений глаз)

6. Качание головой

7. Пробы с толчкообразным движением головой*

8.Проба Дикса-Холпайка**

9.Статическая поза

10. Согласованность движений конечностей (пробы на координацию)

11. Устойчивость в позе Ромберга

12. Оценка походки

Специализированные тесты

Проба с толчкообразным движением головой

Проба используется для исследования функции горизонтального полукружного канала. Исследователь толчкообразно, резко поворачивает голову пациента в сторону, при этом он должен фиксировать взгляд на кончике носа исследователя. Глаза пациента остаются фиксированными на кончике носа исследователя за счёт быстрого вестибуло-окулярного рефлекса. Если функция лабиринта частично или полностью нарушена, то глаза следуют за головой, а при прекращении её движения наблюдается установочная саккада, возвращающая глаза к точке фиксации. Сохранность вестибуло-окулярного рефлекса свидетельствует также о интактности связей вестибулярных ядер в стволе головного мозга с глазодвигательными ядрами.

Проба Дикса-Холпайка

Проводят при подозрении на доброкачественное позиционное головокружение. Пациента из положения сидя перемещают в положение лёжа на спине с головой повернутой на 45 градусов и разогнутой примерно на 20 градусов. Положительный результат теста состоит в возникновении нистагма. Чувствительность пробы можно повысить, если проводить её с надеванием очков Френцеля или видеоочков для уменьшения фиксации взора и усиления нистагма.

Заболевания, являющиеся наиболее частыми причинами головокружения.

Доброкачественное позиционное головокружение.

Является наиболее частой причиной системного головокружения (вертиго). Основным проявлением заболевания служат приступы интенсивного системного головокружения, длящиеся не более минуты, провоцируемые переменной положения головы. Поражаются лица любого возраста, женщины страдают несколько чаще, чем мужчины. Головокружение и нистагм обусловлены смещением отолитов в полукружных каналах под действием силы тяжести при изменении положения головы. «Отолиты» - миниатюрные минеральные образования, имеющиеся в органах равновесия многих беспозвоночных и всех позвоночных. Их размер составляет от 5 до 50 микрон и равен размеру эритроцита. Эти камешки, образовавшиеся в полукружных каналах, слегка переваливаясь под действием силы тяжести при

изменениях положения человека, дают на чувствительные реснички и тем самым посылают сигнал о его положении в пространстве.

Наиболее часто страдает задний полукружный канал. При этом головокружение возникает при перемещении в вертикальной плоскости, например при подъёме с постели. Более редко встречается купулолитиаз горизонтального полукружного канала. Ведущим его проявлением служит позиционное головокружение когда, лежащий на спине человек поворачивается на бок..

В большинстве случаев причины возникновения ДПГ не известны (50% и более), в отдельных случаях называют ЧМТ, вирусную инфекцию, стресс, интоксикацию алкоголем или барбитуратами.

Диагноз основан на анамнезе и клинических симптомах. Подтверждается применением пробы Холпайка и толчкообразного движения головы. Если врач не знаком с клинической картиной заболевания, то пациенту назначают ненужные УЗИ, МРТ, КТ, что приводит нередко к неверному диагнозу.

Болезнь Меньера.

Болезнь Меньера или эндолимфатический гидропс- заболевание слуховой и/или вестибулярной части внутреннего уха, вызванное увеличением объема эндолимфы и изменением соотношения содержащихся в ней электролитов. При болезни Меньера происходит увеличение объема эндолимфы, которое вызывает растяжение и разрыв мембран, например, мембраны Рейснера.

Характерны приступы сильного головокружения, сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Длятся приступы не более 24 часов. У пациента возникает ощущение давления и заложенности в ухе, снижение слуха, шум в ухе. Обычно бывает несколько приступов. Диагноз основан на описанной триаде симптомов: вертиго, шум в ушах и снижение слуха. Описаны также атипичные формы болезни: с преимущественным поражением кохлеарного отдела лабиринта (проявляется снижением слуха и шумом в ушах) и с преимущественным поражением вестибулярного отдела (приступы системного головокружения без чувства заложенности в ухе и снижения слуха).

Этиология болезни Меньера не известна. Главным патогенетическим фактором «эндолимфатического гидропса» служит дисфункция вегетативной иннервации сосудов. Предрасполагающими факторами считают заболевания, приводящие к изменению тонуса сосудов и нарушению их проницаемости: эндокринные заболевания, аллергию, инфекции, остеохондроз позвоночника.

Несмотря на то, что специальных тестов, позволяющих поставить диагноз не существует,

оториноларингологи используют комплексное обследование, включающее: 1) акуметрию; 2) + дегидратационный тест (1 мл глицерина на 1 кг массы тела или лазикс 1% - 2 мл в/м); 3) аудиометрию; 4) КТ пирамиды височной кости (обнаруживают расширение или сужение водопроводов преддверья).

Вестибулярная мигрень

Вестибулярная мигрень впервые описана относительно недавно R. Slater в 1979 г. В качестве синонимов вестибулярной мигрени иногда используются «доброкачественное рецидивирующее головокружение у взрослых», «мигрень-ассоциированное головокружение», «мигренозная вестибулопатия» и «мигренозное вертиго». В течение жизни приступы вестибулярной мигрени переносит 1% популяции.

Заболевание протекает в виде приступов, которые характеризуются внезапным возникновением умеренного или выраженного головокружения, неустойчивости и часто (но далеко не всегда) сопровождаются мигренозной головной болью. Приступ продолжается от нескольких минут до нескольких часов, реже — более суток. В период приступа головокружения могут возникать рвота, спонтанный нистагм, фото- и фонофобия. Головокружение может носить спонтанный характер, но оно может усиливаться и при изменении положения головы, приобретая позиционный характер. При приступе не возникает шума или звона в ушах, снижения слуха.

Достоверный диагноз вестибулярной мигрени ставят пациентам, имеющим типичные приступы мигрени с аурой или без ауры, у которых возникают приступы головокружения, сопровождающиеся характерной мигренозной головной болью, фото- и фонофобией. Наиболее ярко кохлеовестибулярные симптомы выражены при базилярной форме мигрени. Это редкая форма мигрени с аурой, встречающаяся преимущественно у девочек в подростковом возрасте. Приступу головной боли у таких пациенток предшествует головокружение системного характера, атаксия, нистагм, шум в ухе, которые могут длиться от нескольких минут до часа (длительность ауры мигрени). При тяжёлых приступах может развиваться двусторонняя слепота, гемипарез, глазодвигательные нарушения, диплопия, рвота. Эти симптомы сопровождаются сильной пульсирующей головной болью в затылке, а у 30% возникает кратковременная потеря сознания (синкопальная мигрень). Считается, что причиной очаговых неврологических симптомов при базилярной мигрени является ухудшение кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне.

Диагноз вестибулярной мигрени вероятен и тогда, когда у больного с мигренью возникают приступы системного головокружения, которые нельзя объяснить развитием другого заболевания.

Вертебрально-базилярная недостаточность.

Головокружения при вертебрально-базилярной недостаточности могут носить как системный, так и несистемный характер и иметь различную продолжительность. Решающим в диагностике является сочетание жалоб на головокружение с другими признаками поражения ствола мозга: двоением, дизартрией, атаксией, двигательными и чувствительными нарушениями.

Цереброваскулярные заболевания — важная причина головокружения, однако роль их в развитии вестибулярных нарушений значительно переоценивается. По данным различных исследований, лишь в 2-20% случаев острое вестибулярное головокружение бывает обусловлено цереброваскулярным заболеванием. По данным недавно проведенного самого крупного популяционного исследования, включавшего 1666 больных, поступивших в стационар с жалобами на головокружение, изолированное вестибулярное головокружение было обусловлено инсультом лишь в 0,7% случаев.

Причиной вестибулярного головокружения может быть как инсульт, так и транзиторная ишемическая атака в артериях вертебрально-базилярной системы. Примером инсульта в вертебрально-базилярной системе может быть инфаркт дорсолатерального отдела продолговатого мозга и нижней поверхности полушария мозжечка, возникающий вследствие закупорки позвоночной или задней нижней мозжечковой артерии. Он проявляется синдромом Валленберга-Захарченко, который в классическом варианте включает головокружение, тошноту, рвоту, на стороне очага — болевую и температурную гипестезию лица, мозжечковую атаксию, синдром Горнера, паралич глотки, гортани и неба, приводящие к дисфагии, дисфонии, дизартрии, на противоположной стороне — болевую и температурную гемигипестезию. Часто наблюдаются варианты этого синдрома, которые проявляются преимущественно головокружением, нистагмом и мозжечковой атаксией.

Изолированное вестибулярное головокружение может возникать при поражении узелка мозжечка (эта зона кровоснабжается медиальной ветвью задней нижней мозжечковой артерии). Кроме того, описано изолированное вестибулярное головокружение при лакунарном инсульте в области выхода из ствола мозга корешка вестибулярного нерва. Изолированное вестибулярное головокружение имеющее рецидивирующее течение на протяжении более чем 3-х недель исключает диагноз

инсульта. Однако при впервые возникшем приступе вестибулярного головокружения отличить периферическую вестибулопатию от инсульта бывает сложно. Такие больные нуждаются в тщательном обследовании, в том числе с использованием магнитно-резонансной томографии, и динамическом наблюдении невролога.

Цервикогенное головокружение.

Среди систем, принимающих участие в поддержании равновесия, особое место занимает система проприоцептивной чувствительности. Наибольший поток импульсов к вестибулярным ядрам поступает от структур шеи – костно-связочных, суставных и мышечных рецепторов, который еще более увеличивается при патологических изменениях в шее и шейном отделе позвоночника (при остеохондрозе, спондилезе и др.). Проприорецепторы, связанные с вестибулярным анализатором, в основном заложены в глубоких коротких межпозвоночных мышцах шеи, в меньшей степени эти функции связаны с проприорецепторами поверхностных мышц шеи. Постоянные сбои в работе какого-то мышечного пучка, могут вызвать ощущение покачивания, подбрасывания из стороны в сторону. Цервикогенное головокружение носит несистемный характер.

Таим образом, основной причиной цервикогенного головокружения является мышечно-тонический синдром в мышцах верхнего плечевого пояса и шее. Патологическая избыточная афферентация от напряжённых мышц в значительной степени может влиять на ориентировку в пространстве. Дегенеративные изменения в шейном отделе позвоночника – остеохондроз не являются причиной головокружения.

К предрасполагающим факторам в развитии шейного головокружения относят длительное однообразное положение головы и шеи, например, при длительной работе за компьютером, психоэмоциональные перегрузки, отсутствие адекватной физической нагрузки, травмы шейного отдела позвоночника (в частности, хлыстовая травма, возникающая при автомобильной аварии) и длинная мобильная шея, особенно у женщин молодого возраста. Решающую роль в лечении играет мануальная терапия.

Психогенное головокружение.

Под психогенным головокружением понимают неопределенные ощущения, описываемые как головокружения, которые возникают при эмоциональных нарушениях (чаще невротических расстройствах, связанных со стрессом). Диагностика психогенно головокружения имеет два обязательных этапа.

Первый этап – негативная диагностика, направленная на исключение всех других возможных причин головокружения: поражение вестибулярной системы на любом уровне; соматических и неврологических заболеваний, сопровождающихся липотимией; неврологических заболеваний, сопровождающихся нарушением ходьбы и равновесия. Для этого необходимо тщательное обследование больного в ряде случаев с привлечением специалистов отоневрологов, кардиологов, гематологов и др., а также проведением тщательного параклинического исследования.

Второй этап – позитивная диагностика неврологических расстройств, связанных со стрессом.

Среди эмоциональных нарушений наиболее частой причиной головокружения являются тревожные или тревожно-депрессивные расстройства. Именно частота тревоги, которая является самым частым эмоциональным нарушением и наблюдается в популяции в 30%, определяет высокую представленность психогенного головокружения.

Клиническая картина тревожных расстройств складывается из психических симптомов, наиболее частыми из которых является тревога, беспокойство по мелочам, ощущение напряжённости и скованности, а также соматических симптомов, обусловленных преимущественно усилением активности симпатического отдела вегетативной нервной системы. Одним из часто наблюдаемых соматических симптомов тревоги является головокружение и предобморочное состояние. Чисто тревожные нарушения в клинической практике встречаются относительно редко. В большинстве случаев – у 70% пациентов тревожные расстройства сочетаются с депрессивными.

Согласно МКБ-10 выделяют четыре типа тревожных расстройств: тревожные расстройства (генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожно-депрессивное расстройство, паническое расстройство); фобические тревожные состояния (простые фобии, социальная фобия, агорафобия); обсессивно-компульсивное расстройство; реакции на стрессовый раздражитель (простое реактивное расстройство, постстрессорное реактивное тревожное расстройство).

Наиболее часто ощущение головокружение возникает у пациентов с генерализованным тревожным расстройством. В этом случае больной страдает от постоянных неоправданных или преувеличенных опасений за свою семью, здоровье, работу или материальное благополучие. При этом тревожное расстройство формируется вне зависимости от некоего конкретного жизненного события, и, таким образом, не является реактивным. У такого больного каждый или почти каждый день в

течение более, чем 6 месяцев можно наблюдать, по крайней мере, 6 из общих симптомов тревоги, перечисленных выше – «правило шести».

Пациент с генерализованной тревогой, обращаясь к врачу неврологу, редко сообщает о психических симптомах, а, как правило, предъявляет массу соматических (вегетативных) жалоб, где головокружение может быть ведущим симптомом или активно предъявляет единственную жалобу на головокружение. Это происходит по тому, что больного более всего настораживает ощущение головокружения, возникают мысли об инсульте или другом тяжёлом заболевании головного мозга, психические расстройства – страх, нарушение концентрации внимания, раздражительность, нервозность и т.д., расцениваются как реакция на тяжёлый, в настоящее время не выявленный недуг. В других случаях психические расстройства выражены слабо, а в клинической картине действительно преобладает головокружение. Особенно часто последний вариант бывает, в тех случаях, когда тревожные расстройства возникают у пациентов с вестибулопатией врождённого характера. Такие люди имеют несовершенный вестибулярный аппарат с самого детства. Это проявляется в плохой их переносимости транспорта (укачивании), плохой переносимости высоты, качелей и каруселей. У взрослого эти симптомы менее актуальны, происходит тренировка и компенсация вестибулярных нарушений, однако при возникновении тревоги могут возникать различные ощущения – неустойчивость, туман в голове и др., которые трактуются ими как головокружения.

Одной из важнейших особенностей психогенного головокружения является сочетание с расстройствами в других системах, так как соматические проявления тревоги всегда полисистемны. Умение врача увидеть помимо жалоб на головокружение закономерно сопровождающие его расстройства в других системах, позволяет понять их клиническую сущность и определить психовегетативный характер. Так например, головокружение при генерализованном тревожном расстройстве нередко связано с усилением дыхания (гипервентиляционный синдром) при котором, в следствии избыточного насыщения крови кислородом и гипоксии, может развиваться предобморочное состояние, парестезии, мышечные спазмы и крампии, кардиалгии, связанные с повышением тонуса грудных мышц в результате повышения нервно-мышечной возбудимости, тахикардия и т.д.. Для выявления полисистемности необходимо активно расспросить пациента о наличии других жалоб и расстройств помимо головокружения.

Психогенное головокружение может являться

также одним из основных симптомов панического расстройства. Головокружение в картине панической атаки может возникать как спонтанно, без каких-либо видимых причин, со слов больных «среди ясного неба». Однако более чем в половине случаев удаётся выяснить, что головокружение возникло после эмоционального стресса или пережитого пациентом страха, особенно это касается самого первого и, как правило, наиболее тяжёлого приступа. Нередко психогенное головокружение возникает после пережитого пациентом приступа доброкачественного пароксизмального головокружения: страх, испытанный во время приступа вертиго, ожидание очередного приступа является причиной возникновения психогенного головокружения, которое может длиться многие годы и инвалидизировать пациента.

Особым видом фобии является фобическое постуральное головокружение. Оно описывается больными как неустойчивость в форме приступов (секунды или минуты), или ощущения иллюзорного нарушения устойчивости тела длительностью в доли секунды и может возникать спонтанно, но чаще связано с особыми перцептивными стимулами (преодоление мостика, лестницы, пустого пространства).

Наиболее демонстративным является психогенное головокружение у пациентов, страдающих агорафобией. В домашней обстановке в окружении родственников или медицинском учреждении пациент может не испытывать головокружение или оно выражено слабо (обслуживает себя, выполняет без труда домашнюю работу). Неврологическое обследование не выявляет у такого пациента никаких нарушений ходьбы и равновесия при проведении специальных проб. При удалении от дома, особенно в транспорте, в метро, возникает головокружение, нарушение походки, неустойчивость, удушье, боли в сердце, тахикардия, тошнота и др.

Во всех перечисленных случаях головокружение является симптомом, проявлением того или иного вида тревожного расстройства.

Таким образом, можно выделить следующие клинические особенности психогенного головокружения:

- Головокружение носит несистемный характер и описывается как «туман в голове», чувство легкого опьянения или страх падения. Возможна флюктуирующая неустойчивость в форме приступов (секунды или минуты), или ощущение иллюзорного нарушения устойчивости тела длительностью в доли секунды.

- Головокружение появляется спонтанно, но часто связано с особыми перцептивными

стимулами (мост, лестница, пустое пространство) или ситуациями, которые воспринимаются больным, как провоцирующие факторы (метро, универмаг, собрание и т.д.).

- Головокружения и жалобы имеют место в положении стоя и во время ходьбы, несмотря на нормальное выполнение таких тестов на устойчивость как проба Ромберга, тандемная ходьба, стояние на одной ноге и т.д.

- Кардинальным клиническим признаком психогенного головокружения является сочетание с расстройствами в других системах (полисистемность), что указывает на его вторичный психосоматический (вегетативный) характер.

- Начало заболевания следует за периодом пережитого страха или эмоционального стресса, нередко возникает у лиц с вестибулопатией (врожденной неполноценностью вестибулярного аппарата).

- Тревога и тревожно-депрессивные расстройства сопровождают головокружение, хотя головокружение может быть и без тревоги.

- Отсутствуют объективные клинические и параклинические признаки органической патологии.

Лечение головокружения.

При лечении головокружения используют патогенетическую терапию, направленную на заболевание, его вызвавшее, симптоматическую лекарственную терапию для снижения возбудимости вестибулярной системы и вестибулярную реабилитацию.

При поражении периферического отдела вестибулярного анализатора лечение, как правило, осуществляет специалист, врач-отоневролог. Так с помощью специальных позиционных приёмов (приёмов Семона и Эпли) можно удалить детрит из полукружных каналов, после чего сразу прекращается головокружение.

Приступ болезни Меньера чаще проходит самостоятельно. В период острой вестибулярной дисфункции с целью уменьшения проявлений заболевания используют: 1. Меатотимпанальную блокаду 3 мл 2% раствора новокаина; 2. в/в 20 мл 40% глюкозы; 3. в/м 2 мл 2,5% пипольфена; 4. Возможно применение 1 мл 2,5% аминазина в/м или 1 мл 0,1% атропина п/к; 5. В плацебо-контролируемых исследованиях доказана эффективность бетасерка – 2 табл. (48 мг). Больным также назначают бессолевую диету и диуретики с целью уменьшить водянку (гидропс).

Профилактическое лечение, применяемое для лечения мигрени бывает эффективным у больных с приступами головокружения, являющихся эквивалентами мигрени. Оно также показано всем

пациентам с повторяющимися приступами головокружения неясной этиологии. Профилактическая терапия показана при возникновении частых (2 и более в месяц) и сильных приступов вестибулярной мигрени. В качестве препаратов выбора используют β -адреноблокаторы (пропранолол или метопролол), трициклические антидепрессанты (нортриптилин или amitриптилин) и антагонисты кальция (верапамил). Кроме того, применяют вальпроаты и ламотриджин.

Стратегия лечения шейного головокружения включает немедикаментозное лечение, медикаментозную терапию и вестибулярную гимнастику. К немедикаментозным методам терапии относят биомеханическую коррекцию позвоночника, мягкие техники мануальной терапии, акупрессуру, вакуумрефлексотерапию, классическую акупунктуру, лазеропунктуру, физиотерапию, психотерапию и лечебную гимнастику. Перечисленные методы должны применяться в строго определенной последовательности. Так, например, лечебная гимнастика является еще более эффективной после восстановления биомеханической симметрии. Медикаментозная терапия при миофасциальном синдроме включает нестероидные противовоспалительные препараты и миорелаксанты, что согласуется с европейскими рекомендациями.

Психогенный характер головокружения предполагает лечение невротических, связанных со стрессом нарушений. В этом случае используют преимущественно антидепрессанты, анксиолитики и малые нейрелептики; важнейшее значение имеет психотерапия.

Препаратом первого ряда, способным повлиять на вестибулярную возбудимость является бетагистин. Он обладает слабой агонистической активностью в отношении H1-рецепторов и более мощной антагонистической активностью в отношении H3-рецепторов. Бетагистин влияет на сосуды внутреннего уха, расширяя их и снижает возбудимость периферических вестибулярных сенсорных клеток, модулирует активность нейрональных кортикальных и субкортикальных структур и может способствовать восстановлению баланса нейрональной активности между поражённой и непораженной сторонами, что имеет важнейшее значение для восстановления вестибулярных функций. Отмечен дозозависимый эффект препарата. Рекомендуемая доза составляет 48 мг в сутки и длительность терапии не менее месяца. Учитывая универсальное действие бетагистина на вестибулярную систему препарат можно назначать в качестве симптоматической терапии при любом виде головокружения.

Вестибулярная реабилитация играет важнейшую роль в достижении вестибулярной компенсации. Даже в случаях поражения вестибулярного анализатора, обуславливающих выраженное системное головокружение, довольно быстро, благодаря нейропластическим изменениям в вестибулярной системе, вертиго исчезает. Однако перцептивные, постуролокомоторные и другие нарушения, приводящие к дезориентации в пространстве, остаются длительное время.

В настоящее время очевидна необходимость использования в комплексном лечении головокружения нефармакологических методов. Фармакологические препараты имеют ряд противопоказаний, побочных эффектов, а также могут оказать неблагоприятное влияние на некоторые виды профессиональной деятельности. Эффект от их действия длится ограниченный промежуток времени и прекращается после выведения препарата из организма. Нефармакологический метод коррекции не имеет вышеперечисленных недостатков. Кроме того, важным преимуществом нефармакологического метода является его универсальность применительно к заболеваниям различной этиологии. Он позволяет сразу же начать симптоматическое лечение с целью коррекции и купирования головокружения и нарушения равновесия еще до установления точной этиологии заболевания, что дает возможность значительно повысить качество жизни пациента.

Профессором Корниловой Л.Н. в институте медикобиологических проблем РАН был разработан компьютерный метод коррекции и купирования неблагоприятных иллюзорных (головокружение), вестибулооптоокуломоторных (нистагм) и вестибуло-позных (равновесие) реакций, позволяющий обучать субъекта блокированию генерализации афферентного сигнала с сенсорного (прежде всего вестибулярного) входа на эффекторные механизмы ЦНС с помощью выработки фиксационного рефлекса, используя при этом биологическую обратную связь (БОС). Хорошо известно, что артисты балета, спортсмены, в частности, гимнасты, хоккеисты и фигуристы, с помощью выработки фиксационного рефлекса развивают способность подавлять головокружение и нистагменную реакцию при действии на них высоких ускорений. В основе обучения коррекции и купированию неблагоприятных иллюзорных и сенсомоторных реакций лежит формирование и закрепление стереотипа сенсомоторных навыков (в данном случае фиксационного рефлекса) в условиях искаженной зрительной или вестибулярной афферентации.

При клинических испытаниях были использованы три варианта данного метода направленных на индуцирование иллюзорных и окуломоторных реакций определенной сенсорной модальности (зрительной, вестибулярной и сочетанной). В исследовании приняли участие пациенты с различными видами головокружения. Сравнительный анализ эффективности вариантов тренировок показал, что для больных с периферическим поражением вестибулярного анализатора наиболее эффективен был зрительный способ тренировок, для больных с вестибулопатиями центрального генеза – вестибулярный способ, для лиц с психогенным характером нарушений высокоэффективным оказался сочетанный способ тренировок.

Ранее начало реабилитационных мероприятий, активные тренировки, использование реабилитационных программ, включающих наряду с вестибулярной гимнастикой, методы биологической обратной связи способствуют оптимальной реабилитации.

Список литературы:

1. Голубев В.Л., Вейн А.М. Неврологические синдромы. Москва 2002. стр.695-704
2. Мельников О.А. «Некоторые аспекты диагностики и лечения головокружения.» Лечащий врач.2000, №9, стр. 1-4.
3. Морозова С.В. «Головокружение в практике врача интерниста» Кардиоваскулярная терапия и профилактика» 2003, №1, стр. 105 -110.
4. Неврология для врачей общей практики. Под ред. Вейна А.М. Москва 2001, гл. 27., стр. 456-470.
5. Парфёнов В.А., Замерград М.В., Мельников О.А. «Головокружение: диагностика и лечение; распространённые диагностические ошибки». М.:МИА, 2009.
6. Парфёнов В.А. «Диагноз и лечение при головокружении». Журнал Лечение заболеваний нервной системы. 2009 №1, стр. 3-8
7. Соловьёва А.Д., Акарачкова Е.С. «Бетасерк в лечении головокружения» Лечение нервных болезней. 2004, №1 стр. 17-21.
8. Филатова Е.Г. «Тревога в неврологической практике» Лечение нервных болезней 2005, №1, стр. 7 – 14.
9. Шеремет А.С. «Головокружение как признак поражения вестибулярного анализатора» (диагностические стереотипы).» Consilium Medicum.2001. Приложение стр. 3-8.
10. Brandt T. Vertigo. Its Multisensory Syndromes. – 2nd. Ed.- Landon, 2000
11. Brandt T. Aameleon among the episodic vertigo syndromes “migrainous vertigo” or “vestibular migraine” . Cephalalgia. – 2004 vol. 24, p. 81-82
12. Oosterveld W.J. Current diagnostic techniques in vestibular disorders. Acta Otolaringol (Stockh). – 1991.- vol.479 (suppl.)-P.29-34.