

Головокружение: стратегия преодоления

С.П. Маркин, В.А. Маркина

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Резюме. В статье даны определение головокружения, его классификация на типы, а также приведены признаки последних. В большинстве случаев головокружение бывает обусловлено заболеваниями периферического или центрального отдела вестибулярной системы. Среди наиболее распространенных заболеваний вестибулярной системы — доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, болезнь Меньера, вестибулярный нейронит и цереброваскулярные заболевания. Одним из основных методов лечения заболеваний, сопровождающихся головокружением, является вестибулярная реабилитация. Некоторые лекарственные средства способны повысить эффективность вестибулярной реабилитации.

Ключевые слова: головокружение, лечение головокружения, вестибулярная реабилитация.

Головокружение можно определить как ощущение нарушенной ориентации тела в пространстве (имеется в виду иллюзия вращения больного или окружающих предметов). Головокружение беспокоит около 5,2% населения ежегодно. При этом в 80% случаев это состояние заставляет людей обращаться за медицинской помощью. Головокружение всегда представляет собой симптом и никогда не является болезнью. В настоящее время описано около 80 заболеваний, имеющих в качестве симптома головокружение. Однако примерно в 40% случаев определенный диагноз не выставляется.

Головокружение наблюдается при стимуляции любой из трех анатомических систем, ответственных за равновесие тела в пространстве: зрительной, вестибулярной и глубокой чувствительности. Стимуляция их возможна как в норме (например, при вращении на карусели, подъеме на высоту и т.п. (физиологическое головокружение)), так и при патологии (головокружение может быть симптомом самых различных заболеваний) (патологическое головокружение). Головокружение в значительной степени затрудняет социальную адаптацию людей. Непредсказуемость приступов головокружения признана одним из главных факторов снижения качества жизни.

Головокружение подразделяется на вестибулярное (системное) и невестибулярное (несистемное). Вестибулярное головокружение

(истинное головокружение) обусловлено поражением вестибулярного анализатора от лабиринта до корковых отделов головного мозга. Вестибулярное головокружение проявляется иллюзией движения собственного тела (ощущение собственного движения) или окружающих предметов (ощущение наружного движения), которое обычно сопровождается вегетативными симптомами (тошнотой, рвотой, повышенным потоотделением), нарушением равновесия и нистагмом.

Невестибулярное головокружение (несистемное головокружение) включает в себя ощущение «дурноты», «пелены перед глазами», «расплывчатости объектов», приближающейся потери сознания. Причиной развития данного вида головокружения могут быть различные синкопальные состояния, побочные действия лекарственных средств, а также некоторые психические заболевания.

Вестибулярное головокружение, в свою очередь, подразделяется на периферическое (поражение лабиринта, вестибулярного нерва) и центральное (поражение вестибулярных ядер ствола головного мозга, вестибулярных связей и вестибулярных центров головного мозга).

Наиболее частой причиной периферического вестибулярного головокружения является доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, болезнь Меньера и вестибулярный нейронит.

Признаки периферического головокружения:

- внезапное начало;

© С.П. Маркин, В.А. Маркина

- интенсивное (часто преходящее, имеет четко вращательный характер);
- внешние факторы приводят к усилению головокружения (свет, звук, громкая речь, движения и мелькания предметов, движение глаз и др.);
- вегетативные нарушения (тошнота, рвота, побледнение, потливость);
- слуховые симптомы (снижение слуха, шум в ушах);
- отсутствует очаговая неврологическая симптоматика;
- односторонний спонтанный нистагм;
- нистагм направлен в сторону, противоположную поражению, и усиливается при взгляде в эту сторону;
- фиксация взора часто несколько уменьшает нистагм и головокружение;
- в положении стоя больные отклоняются и падают преимущественно в сторону пораженного уха;
- другие неврологические нарушения не характерны.

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение составляет 34,3% всех случаев головокружения. В основе развития заболевания предположительно лежит отложение кристаллов карбоната кальция в полукружных канальцах лабиринта, что приводит к повышению чувствительности вестибулярных рецепторов на изменение положения головы. В 60-90% случаев патологический процесс локализован в заднем полукружном канале. Наиболее часто доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение возникает в возрасте 50-55 лет. В большинстве случаев этиология заболевания не известна (в 10-15% случаев причиной может быть черепно-мозговая травма).

Типичная клиническая картина представлена в виде приступов головокружения (несколько секунд или минут), возникающих только при изменении положения головы. При этом часто больные знают, при каком именно положении головы возникает головокружение («комната поехала»). Приступ часто можно спровоцировать осмотром больного (проба Дикса-Холлпайка) (рис. 1). Испытатель поворачивает голову пациента в одну сторону примерно на 45 градусов. Затем помогает быстро принять положение лежа на спине. При этом голова испытуемого запрокидывается под углом примерно 120 градусов к туловищу. После этого в течение 30 секунд наблюдают за глазами пациента



Рисунок 1 Проба Дикса-Холлпайка

на предмет обнаружения нистагма. Процедуру повторяют с поворотом головы в противоположную сторону. Если появился вращательный нистагм, то проба считается положительной.

Головокружение при болезни Меньера встречается в 5,9% случаев всех головокружений. К развитию заболевания приводят местные вазомоторные расстройства в сосудах лабиринта, в результате чего повышается продукция эндолимфы (эндолимфатический гидродропс), что оказывает раздражающее действие на вестибулярные рецепторы. Болезнь Меньера начинается в молодом и среднем возрасте (35-45 лет). Клиническая картина складывается из периодических приступов сильного головокружения (от 1-3 до 5-6 часов), которые сочетаются со слуховыми нарушениями (чувство полноты, шум, звон в ухе, снижение слуха). По мере прогрессирования заболевания шум и тугоухость нарастают, вплоть до полной глухоты. Болезнь Меньера обычно начинается с поражения одного уха, однако у половины больных в дальнейшем поражается и другое ухо.

Вестибулярный нейронит составляет 4,3% случаев всех головокружений. Развитие заболевания связывают с избирательным воспалением вестибулярного нерва. В качестве причин вестибулярного нейронита предполагается вирусная инфекция (ветряная оспа, опоясывающий герпес, эпидемический паротит), проявления которой отмечают у половины больных до развития заболевания. Заболевание возникает преимущественно в возрасте 30-35 лет (однако может развиваться и у взрослых любого возраста). В клинической картине преобладает продолжительный (в течение нескольких часов или дней) приступ головокружения, часто сопровождающийся тошнотой, рвотой, нарушением равновесия. Больные переносят это состояние крайне тяжело и часто не поднимаются с постели (любое движение голо-

вы или тела может усилить головокружение). Головокружение обычно проходит самопроизвольно через несколько часов, однако может повторяться в ближайшие дни или недели.

Наиболее частой причиной центрального вестибулярного головокружения является инсульт в вертебрально-базилярной системе, мигрень и рассеянный склероз.

Признаки центрального головокружения:

- постепенное начало (за исключением инсульта);
- головокружение менее интенсивное, но постоянное;
- вегетативные нарушения (тошнота, рвота) нередко отсутствуют;
- очень редко снижение слуха, шум в ушах;
- выявляются другие неврологические нарушения (двоение, расстройство глотания, мозжечковая атаксия, слабость в конечностях или нарушения чувствительности);
- направление падения вариабельно (чаще в сторону очага в головном мозге);
- двусторонний спонтанный нистагм;
- нистагм продолжительный, резкий, более выражен в сторону очага и усиливается при взгляде в эту сторону, фиксация взора обычно не уменьшает ни нистагм, ни головокружение.

Среди инфарктов в вертебрально-базилярной системе относительно часто наблюдается инфаркт дорсолатерального отдела продолговатого мозга, который проявляется синдромом Валленберга-Захарченко: головокружение, дисфония, дисфагия, синдром Горнера, мозжечковая атаксия, гипестезия половины лица, альтернирующая гемигипестезия. Кроме того, изолированное поражение полушария мозжечка также может сопровождаться внезапным головокружением и расстройством равновесия. При поражении узелка мозжечка возникает лишь изолированное головокружение без других мозжечковых симптомов. Рецидивирующее в течение более чем 3 недель изолированное вестибулярное головокружение исключает диагноз инсульта.

Головокружение при мигрени составляет 3% всех головокружений. Приступ головной боли — основной клинический признак заболевания. До 50% пациентов с мигренью отмечают периодические приступы головокружения. При этом в 40% случаев головокружение появляется в межприступный период, а в остальных 60% — непосредственно до или во время приступа головной боли. По данным ряда исследователей, у большинства больных с мигренью вначале де-

бютирует классическая мигрень, а затем через несколько лет к ней присоединяется головокружение (вестибулярная мигрень).

Головокружение при рассеянном склерозе составляет 1% среди всех причин головокружений. Рассеянный склероз часто начинается с вестибулярных нарушений, которые могут развиваться при поражении вестибулярных ядер и вестибулярных путей варолиевого моста, продолговатого и среднего мозга, мозжечка и полушарий головного мозга. Больные отмечают «беспричинные» головокружения, шаткость при ходьбе. Так, частота головокружения как самостоятельного симптома при рассеянном склерозе достигает 50% (его развитие связано с образованием очагов в соответствующих отделах ствола головного мозга). Наиболее часто при рассеянном склерозе отмечается головокружение с постепенным началом и персистирующим течением. Головокружение достаточно часто (в 40-70% случаев) сопровождается нистагмом (чаще горизонтальный), который в ряде случаев ухудшает зрение больных (расплывчатость зрения, двоение).

Несистемное головокружение входит в «десятку» наиболее частых жалоб, предъявляемых больными с психогенными расстройствами (депрессия, тревога). Оно проявляется в виде ощущения «тумана в голове», легкого опьянения, тяжести в голове, чувства дурноты. Психогенное головокружение не похоже ни на одно из известных состояний и не воспроизводится с помощью провокационных проб. Психогенное головокружение практически облигатно сопровождается выраженными аффективными (страх и тревога) и вегетативными (сердечные и дыхательные) феноменами.

Наиболее часто головокружение выступает в виде «соматической маски» соматизированной депрессии. В структуре тревожных расстройств, сопровождающихся головокружением, ведущее место занимают панические расстройства. У большинства больных с типичными паническими атаками часто развивается агорафобический синдром. Так, при удалении от дома, в транспорте и т.п. без видимых причин возникают головокружение, боли в области сердца, тахикардия, тошнота и др.

Однако психогенное головокружение может возникнуть и после приступа реального головокружения (наиболее часто после доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения), так называемый фобический

постуральный синдром. Головокружение при фобическом постуральном синдроме составляет 5,7% среди всех причин головокружения. Фобическое постуральное головокружение возникает у лиц с психастенической психопатией, а также при неполноценности вестибулярного аппарата, которая проявляется с детства плохой переносимостью вестибулярных нагрузок.

В настоящее время достаточно много ведется споров относительно существования так называемого «шейного» головокружения. Впервые термин «шейное головокружение» был введен Reap и Core в 1955 г. Существует гипотеза, согласно которой данный вид головокружения является результатом дисбаланса между вестибулярной, зрительной и цервикальной мышечной афферентацией.

Наиболее частыми причинами цервикального головокружения являются шейная дорсопатия и цервикальная травма. Головокружение при шейной дорсопатии возникает вследствие нарушения цервикальной мышечной афферентации при ирритации проприорецепторов в спазмированных мышцах шеи. Головокружение встречается при спазме нижней косой мышцы, лестничных мышц, реже — грудино-ключично-сосцевидной и верхней порции трапециевидной мышцы.

Цервикальная хлыстовая травма возникает при непрямом цервикальном повреждении вследствие внезапного чрезмерного сгибания с последующим резким переразгибанием шеи. Причиной головокружения при такой травме является патологическая проприоцептивная импульсация вследствие травмы мягких тканей шеи и суставов позвоночника. Механизм посттравматической вестибулярной дисфункции обусловлен раздражением шейного симпатического нервного сплетения с повышением активности проприорецепторов глубоких мышц шеи, которая по афферентным путям достигает ствола мозга и мозжечка и приводит к нарушению пространственной ориентации и головокружению.

В 2008 г. шведский ученый Манс Магнуссон выдвинул теорию «порочного круга» при цервикальном головокружении. Согласно этой теории, головокружение само по себе вызывает длительное состояние тревоги, которое приводит к избеганию движений и повышению мышечного тонуса, что, в свою очередь, обуславливает активацию симпатoadренальной системы и возникновение тревожных реакций. Таким образом, получается своего рода замкнутый круг.

Степень выраженности головокружения оценивается по 6-балльной шкале:

- 1 балл — приступы головокружения не беспокоят;
- 2 балла — минимальные симптомы головокружения;
- 3 балла — легкие симптомы головокружения при повороте головы или вставании, которые не нарушают нормальной жизнедеятельности и не сопровождаются вегетативными нарушениями;
- 4 балла — умеренно выраженные симптомы головокружения: приступы головокружения продолжительностью до 10 секунд, минимальные ограничения двигательной активности, возможны вегетативные нарушения;
- 5 баллов — выраженные симптомы головокружения: приступы головокружения продолжительностью до 30 секунд, умеренные ограничения двигательной активности, вегетативные нарушения в большинстве случаев головокружений, тревога по поводу возможной потери равновесия и падения;
- 6 баллов — значительно выраженные симптомы головокружения: приступы продолжительностью более 30 секунд, всегда сопровождаемые вегетативными нарушениями; резкое ограничение двигательной активности, страх по поводу возможной потери равновесия и падения.

Основным направлением терапевтических мероприятий при головокружении является устранение его возможных причин. При доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении рекомендована репозиция оторвавшихся частиц (прием Эпли):

- пациент сидит прямо, затем его голову поворачивают на 45 градусов вправо (в случае поражения заднего правого полукружного канала);
- врач резко укладывает пациента на спину в положение со слегка свисающей головой на 20-30 секунд;
- голову пациента поворачивают влево на 90 градусов, в таком положении пациент находится еще 20 секунд;
- пациент поворачивается всем корпусом еще на 90 градусов влево так, что его тело находится на боку, а лицо смотрит вниз (20 секунд);
- пациент возвращается в исходное положение.

В межприступный период назначают препарат адаттол по 500 мг 2-3 раза в день в течение 3-4 недель.

При болезни Меньера рекомендованы препараты, модулирующие гистаминергическую передачу. В последние годы широко используется препарат бетагистина гидрохлорид, который является агонистом H_1 - (сосудорасширяющий эффект) и антагонистом H_3 -рецепторов (увеличение уровня гистамина). Препарат назначают по 16 мг 2-3 раза в день в течение 2 недель. Ноофен в период обострения применяют по 750 мг 3 раза в день в течение 5-7 дней, при снижении выраженности вестибулярных расстройств — по 250-500 мг 3 раза в день в течение 5-7 дней, затем — по 250 мг в день на протяжении 5 дней. При относительно легком течении заболевания — по 250 мг 2 раза в день в течение 5-7 дней, затем — по 250 мг в день в течение 7-10 дней. Кроме того, возможно применение антигистаминных препаратов (H_1 -блокаторы), которые подавляют активность лабиринта. Наиболее часто используют дименгидринат, который назначают по 50-100 мг 2-3 раза в день. В межприступный период рекомендовано ограничение приема соли (до 1-2 г в день), прием мочегонных препаратов. При неэффективности консервативной терапии применяют дренирование внутреннего уха (приводит к прекращению приступов более чем у 94% больных).

При вестибулярном нейроните показан короткий курс кортикостероидов (преднизолон 60-80 мг внутрь в течение 5-7 дней с последующим быстрым снижением дозы в течение последующей недели). В восстановительном периоде, с целью стимулирования нейропластичности, эффективно применение нейромидина по схеме: 5-15 мг внутримышечно в течение 10-15 дней с последующим переходом на прием в таблетках по 20 мг 3 раза в день на протяжении 1-2 месяцев.

При головокружении вследствие инсульта в вертебрально-базиллярном бассейне назначают препараты, нормализующие кровоснабжение и энергетические процессы вестибулярных нейронов. Предпочтение отдается препарату гинкго билоба по 40 мг 3 раза в день, вазонат по 250 мг 2 раза в день в течение 4-6 недель.

При мигрени для купирования приступа применяют триптаны, в межприступный период — комплексный препарат вазобрал по 1 таблетке 2 раза в день на протяжении 6-8 недель.

При психогенном головокружении (на фоне тревоги) рекомендуется адаптол по 500 мг 2-3 раза в день длительностью до 2-3 месяцев.

Большое значение при лечении головокружения отводится **вестибулярной реабилита-**

ции, основу которой составляет **вестибулярная гимнастика**. Вестибулярная гимнастика — это комплекс специально разработанных упражнений, которые направлены на уменьшение различных симптомов вестибулярных расстройств. Этот вид гимнастики особенно полезен, поскольку не только помогает снимать отрицательные факторы, но и учит людей жить в состоянии головокружения.

При доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении наиболее адаптированной для самостоятельного выполнения пациентом является гимнастика Эпли-Симона (рис. 2):

1. Сесть на кровать, выпрямив спину (*позиция 1*).
2. Повернув голову в сторону пораженного лабиринта, задержаться в таком положении на 30 секунд (*позиция 2*).
3. Лечь на кровать с запрокинутой на 45° назад головой, задержаться в таком положении на 30 секунд (*позиция 3*).
4. Повернуть голову в противоположную сторону, задержаться в таком положении на 30 секунд (*позиция 4*).
5. Повернуться на бок с повернутой головой здоровым ухом вниз, задержаться в таком положении на 30 секунд (*позиция 5*).
6. Вернуться в положение сидя на кровати со спущенными ногами.

Кроме того, при периферическом вестибулярном головокружении полезны упражнения на стабилизацию зрения. Больному предлагают зафиксировать взор на объекте, расположенном на расстоянии вытянутой руки, и поворачи-

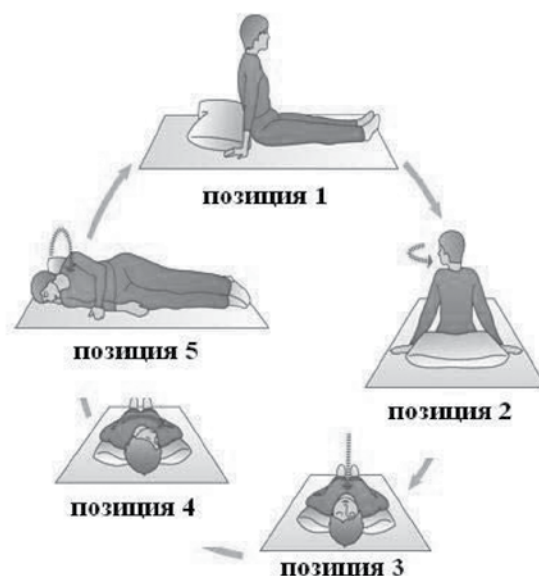


Рисунок 2 Гимнастика Эпли-Симона



Рисунки 3, 4 Методики профилактики головокружения

Рисунок 5 Компьютерная стабиллография

чивать голову из стороны в сторону в горизонтальной и вертикальной плоскостях в течение 2 минут. По мере развития компенсации скорость движений увеличивается.

При центральных вестибулярных расстройствах и психогенном головокружении наиболее эффективны упражнения на габитуацию. **Габитуация** — физиологический механизм, заключающийся в относительно устойчивом уменьшении реакции на повторяющийся стимул. Так, пациент совершает повторные движения, сопровождающиеся головокружением, с целью развития привыкания и постепенного снижения реакции на эти движения. Эффективность лечения значительно повышается при использовании игровых методов вестибулярной реабилитации. Например, пациент с головокружением должен перемещаться по зигзагообразной линии, огибая различные предметы (стулья, мячи, кегли и т.п.). Для усложнения задания пациенту предлагают ходить по неровной поверхности (шипованные резиновые коврики), с расставленными в стороны руками, или держать перед собой различные на подносе предметы (мячи, пластмассовые стаканы с водой и т.п.) — см. рис. 3, 4. Кроме того, положительный эффект оказывают групповые игры с мячом.

В последнее время для тренировки вестибулярного аппарата широко применяется **компьютерная стабиллография**. Лечебный эффект тренинга базируется на подкреплении двигательной активности пациента зрительной обратной связью, которая осуществляется за счет визуализации проекции его центра тяжести на экране монитора персонального компьютера. Методика тренинга реализует-

ся в виде компьютерных игр разной степени сложности (рис. 5).

Таким образом, стратегия лечения головокружения предусматривает комплексный подход на основе сочетания медикаментозных методов с вестибулярной реабилитацией.

Список использованной литературы

1. Алаев Б.А., Уманский К.Г. Рассеянный склероз. — Ташкент, 1990. — 128 с.
2. Алексеева Н.С. и соавт. Головокружение и значение нейровизуализационных методов в его этиологии и диагностике // Журнал неврологии и психиатрии. — 2005. — № 11. — С. 39-44.
3. Бойко Н.В. Головокружение в практике врача // Журнал неврологии и психиатрии. — 2005. — № 1. — С. 74-77.
4. Горбачева Ф.Е., Матвеева Л.А., Чучин М.Ю. О шейном головокружении // Русский медицинский журнал. — 2004. — № 10. — С. 578-580.
5. Гехт А.Б. Головокружение при сосудистых заболеваниях ЦНС. Доклад на 8-м Российском съезде неврологов. — Казань, 2001.
6. Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз. Руководство для врачей. — М., 2004. — 540 с.
7. Гусев Е.И., Гречко В.Е., Бурд Г.С. Нервные болезни. — М., 1988. — 640 с.
8. Голубев В.Л. Головокружение // Лечение нервных болезней. — 2003. — № 2. — С. 3-9.
9. Живолупов С.А., Самарцев И.Н. Головокружение в неврологии. Библиотечка специалиста. — М., 2014. — 208 с.
10. Исайкин А.И., Яхно Н.Н. Вертебрально-базиллярная недостаточность // Русский медицинский журнал. — 2004. — № 25. — С. 1166-1169.
11. Маркин С.П. Современный подход к профилактике мозговых инсультов. Методические рекомендации. — Воронеж, 2005. — 45 с.
12. Маркин С.П. Диагностика и лечение головокружений. Методическое пособие. — Воронеж, 2006. — 68 с.
13. Маркин С.П. Восстановительное лечение больных с заболеваниями нервной системы. — М., 2010. — 118 с.
14. Парфенов В.А., Абдулина О.В., Замерград М.В. Периферическая вестибулопатия под маской инсульта // Неврологический журнал. — 2005. — № 6. — С. 28-31.

Надійшла до редакції 24.03.2016 р.