стоянием больного) в условиях реабилитационного стационара (при его отсутствии — в условиях неврологического

стационара), санатория (желательно реабилитационного) и/или амбулаторно.

ЛИТЕРАТУРА

- Максудов Г.А. Дисциркуляторная энцефалопатия. Сосудистые заболевания нервной системы. Под ред. Е.В. Шмидта. М.: Медицина, 1975; с. 501—12.
- Шмидт Е.В., Максудов Г.А. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга. Журн невропат и психиатр 1985;8:1281—8.
- Гусев Е.И. Ишемическая болезнь мозга. Актовая речь РГМУ. М., 1992;35 с.
- Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. М.: Медицина, 1997;283 с.
- Кадыков А.С., Манвелов Л.С., Шахпаронова Н.В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006;224 с.
- Гулевская Т.С., Людковская И.Г. Артериальная гипертензия и патология белого вещества мозга. Арх пат 1992;2:33—59.
- Caplan L.R. Binswangers disease — revisited. Neurology 1995;45(4):626—33.
- Terayama Y., Meyer J., Kawamura J. et al. Patterns of cerebral hypoperfusion compared among demented and nondemented patients with stroke. Stroke 1992;23(5):686—92.
- Hachinski V.C., Patter P., Merskey N. Leuko-araiosis. Arch neurol 1987;44(1):21—3.
- Aranz A., Murillo C., Canti C. Prospective study of single and multiple infarcts using magnetic resonance imaging. Risk factors, recurrence and outcome in 175 consecutive cases. Stroke 2003;34(10):2453—8.
- Суслина З.А., Танащян М.М., Ионова В.Г. Ишемический инсульт: кровь, сосудистая стенка, антитромботическая терапия. М.: Мед книга, 2005;248 с.
- Калашникова Л.А., Гулевская Т.С., Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия (клинико-морфологическое исследование). Неврол журн 1992;2:7—13.
- Яхно Н.Н., Вейн А.М., Голубев В.В. и др. Психические нарушения при лакунарном таламическом инфаркте. Неврол журн 2002;7(2):34—7.
- Baron J.C., Levasseur M., Mazoyer B. Thalamocortical diathesis: positron emission tomography in humans. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1992;55:935—42.
- Суслина З.А., Танащян М.М., Ионова В.Г. и др. Кавинтон в лечении больных с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения — новые аспекты действия. Леч нервн болезней 2002;3:14—9.
- Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в РФ. Первый доклад Научного общества по изучению артериальной гипертензии (ДАГ-1). Кардиология 2000;11:65—96.
- Стаховская Л.В., Гудкова В.В. Место дисциркуляторной энцефалопатии в структуре цереброваскулярных заболеваний. Вопросы
- диагностики и лечения. Consilium medicum. Неврология 2009;2:28—34.
- Суслина З.А., Смирнова И.Н., Танащян М.М. и др. Мексидол при хронических формах церебральных заболеваний. Леч нервн болезней 2002;3:28—33.
- Федин А.И., Румянцев С.А., Кузнецов О.Р. и др. Антиоксидантная и энергопротекторная терапия ишемического инсульта. М., 2004;48 с.
- Яхно Н.Н., Преображенская И.С., Захаров В.В. и др. Эффективность акадинола мемантина у пациентов с недементными когнитивными расстройствами. Неврол журн 2010;15(2):52—8.
- Чердак М.А., Успенская О.В. Сосудистая деменция. Неврол нейропсихиатр психосом 2010;1:30—6.
- Парфенов В.А. Цитиколин в лечении инсульта и сосудистых когнитивных нарушений. Неврол нейропсихиатр психосом 2009;3—4:69—75.
- Шабанов П.Д. Метапрот — новый противоастенический препарат с психоактивирующими свойствами. Леч забол нервной системы 2010;1:13—5.
- Черникова Л.А. Клинические, физиологические и нейропсихологические аспекты баланс-тренинга у больных с последствиями инсульта. Биоуправление-3: теория и практика. Коллективная монография. Новосибирск, 1998; с. 80—7.

М.В. Замерград

Медицинский центр «Гута Клиник», Москва

Основные проблемы диагностики и лечения вестибулярного головокружения

Представлены основные проблемы диагностики и лечения заболеваний, сопровождающихся головокружением. В частности, обсуждаются особенности терминологии головокружения, переоценка значения цереброваскулярных заболеваний и дегенеративных изменений шейного отдела позвоночника в развитии головокружения, а также недооценка роли заболеваний периферического отдела вестибулярного анализатора и психогенных расстройств в генезе различных форм головокружения. Подчеркивается важность вестибулярной гимнастики в комплексном лечении заболеваний, проявляющихся головокружением. Кроме того, обсуждаются возможности медикаментозной стимуляции вестибулярной компенсации.

Ключевые слова: головокружение, вестибулярная гимнастика, Танакан.

Контакты: Максим Валерьевич Замерград zamergrad@hotmail.com

BASIC PROBLEMS IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF VESTIBULAR VERTIGO

M.V. Zamergrad

«Guta Clinic» Medical Center, Moscow

The paper describes the basic problems in the diagnosis and treatment of diseases accompanied by vertigo. In particular, it discusses the specific features of vertigo terminology, the overestimation of the value of cerebrovascular diseases and degenerative cervical spine changes in the development of vertigo and the underestimation of a role of peripheral vestibular diseases and psychogenic disorders in the genesis of different

forms of vertigo. Emphasis is placed on the importance of vestibular exercises in the complex treatment of diseases manifesting themselves as vertigo. In addition, the possibilities of drug-induced stimulation of vestibular compensation are discussed.

Key words: vertigo, vestibular exercises, Tanakan.

Contact: Maksim Valeryevich Zamergrad zamergrad@hotmail.com

Головокружение — распространенная жалоба, с которой больные обращаются к врачам разных специальностей, но прежде всего к неврологам, оториноларингологам и терапевтам. Вместе с тем количество заболеваний, вызывающих головокружение, велико, а ощущение головокружения может появляться при повреждении самых разных систем — от зрительной и вестибулярной до проприоцептивной и сердечно-сосудистой. Все это в сочетании с отсутствием четких рекомендаций по выбору инструментальных методов обследования и интерпретации их результатов нередко создает значительные трудности в диагностике и лечении пациентов с жалобами на головокружение.

Терминология

Многие диагностические проблемы обусловлены многозначностью термина «головокружение». Больные нередко называют так самые разные ощущения — от иллюзии неустойчивости, подвижности окружающих предметов до чувства дурноты или тошноты. Заболевания вестибулярной системы в большинстве случаев сопровождаются истинным или системным головокружением, т. е. иллюзией мнимого вращения предметов вокруг больного или самого больного вокруг своей оси. Несистемное головокружение обычно возникает при: 1) липотимических (предобморочных) состояниях, 2) нарушениях походки и равновесия вследствие неврологических заболеваний и 3) психических расстройствах. Однако иногда и несистемное головокружение бывает следствием центральной или периферической вестибулопатии [1].

Таким образом, диагностика причин головокружения невозможна без тщательного изучения того, что пациент подразумевает под этим термином. Значение такого анализа подтверждается данными, согласно которым тщательно собранный анамнез позволяет установить причину головокружения в 75% случаев [2].

Переоценка значения цереброваскулярных заболеваний в развитии головокружения

Особенно часто головокружение встречается у пожилых пациентов. Поскольку у этой категории больных, как правило, имеются те или иные сердечно-сосудистые заболевания, головокружение нередко объясняют «вертебробазиллярной недостаточностью» [3–9]. Вместе с тем головокружение сравнительно редко бывает симптомом цереброваскулярного заболевания. По данным разных исследований, лишь в 2–20% случаев острое вестибулярное головокружение бывает обусловлено цереброваскулярным заболеванием. Причем в подавляющем большинстве случаев головокружение при цереброваскулярных заболеваниях не бывает изолированным, а сочетается с очаговыми неврологическими симптомами повреждения ствола мозга (например, диплопией, дисфагией или дизартрией). По данным недавно проведенного самого крупного популяционного исследования, включавшего 1666 больных, поступивших в стационар с жалобами на головокружение, изолированное вестибулярное головокружение было обусловлено инсуль-

том лишь в 0,7% случаев. Если вестибулярное головокружение повторяется на протяжении 3 нед и более, не сопровождаясь при этом другими неврологическими нарушениями, то оно практически никогда не вызвано ишемическим поражением в вертебробазиллярной системе [7, 8]. У большинства пациентов, которым ошибочно устанавливается диагноз вертебробазиллярной недостаточности, выявляются другие причины вестибулярного головокружения, чаще всего связанные с поражением периферического вестибулярного аппарата или вестибулярной мигренью [3–6, 10].

Переоценка роли дегенеративных заболеваний шейного отдела позвоночника в развитии головокружения

Относительно часто пациентам, страдающим вестибулярным головокружением, проводят рентгенографию или магнитно-резонансную томографию (МРТ) шейного отдела позвоночника. При этом в большинстве случаев у людей среднего и пожилого возраста обнаруживаются изменения в виде остеохондроза и спондилоартроза [6, 10–12], которые и рассматривают в качестве причины головокружения, особенно при наличии миофасциальных, мышечно-тонических или корешковых синдромов [12]. Однако в большинстве таких случаев у пациента имеется сочетание патологии шейного отдела позвоночника и заболевания, проявляющегося головокружением и представляющего собой чаще всего периферическую вестибулопатию [12].

Вопрос о том, существует ли шейное головокружение, окончательно не решен. Сторонники гипотезы существования шейного головокружения в качестве его возможных причин называют нарушение импульсации от проприоцепторов шеи, вызванное дегенеративно-дистрофическими изменениями в позвоночнике, патологическим напряжением мышц [12]. Движения в измененных остеохондрозом и спондилоартрозом суставах шейных позвонков, дисках, а также возникающее тоническое напряжение мышц способствуют развитию неадекватной афферентной импульсации и неправильной оценке вестибулярной системой информации о позиции головы, что вызывает ощущение кратковременного головокружения и толчков в стороны. Распространенная ранее точка зрения о том, что головокружение обусловлено снижением мозгового кровотока вследствие экстравазальной компрессии позвоночных артерий при движениях головой, в настоящее время считается мало обоснованной. В подавляющем большинстве случаев головокружение, возникающее при поворотах головы, связано с заболеванием внутреннего уха — отолитиазом (доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением). В настоящее время преобладает мнение, согласно которому патология шейного отдела позвоночника не может стать причиной системного головокружения, но, вероятно, может в некоторых случаях вызывать несистемное головокружение или неустойчивость при поворотах головы [10–12].

Таким образом, в случаях установления диагноза шейного остеохондроза как причины вестибулярного голово-

кружения обычно имеются другие заболевания, которые часто не диагностируются и адекватно не лечатся [10–12].

Недооценка роли заболеваний периферического вестибулярного анализатора в развитии головокружения

Пациенты с головокружением чаще обращаются к неврологам, однако, по данным различных исследований, причиной головокружения в большинстве случаев становятся заболевания внутреннего уха (болезнь Меньера, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, вестибулярный нейронит) [10]. Среди 162 пациентов, обратившихся в 2002–2008 гг. в специализированный на лечении вестибулярных расстройств медицинский центр «Гута Клиник» на амбулаторный прием к неврологу с жалобами на головокружение системного характера, у 91,3% после тщательного неврологического и отоневрологического обследования были выявлены те или иные заболевания периферического отдела вестибулярного анализатора: в 79% случаев — доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, в 6,1% — болезнь Меньера, в 3,1% — вестибулярный нейронит, в 3,1% — двусторонняя вестибулопатия. При этом центральные вестибулярные расстройства имелись лишь у 5,6% больных (в 3,1% случаев — вестибулярная мигрень, в 1,9% — ишемический инсульт в вертебробазилярной системе, в 0,6% — рассеянный склероз). В остальных случаях (3,1%) причина головокружения осталась неясной, несмотря на полное обследование, включавшее МРТ головного мозга, видеонистагмографию с калорической пробой, исследование саккад, плавных следящих движений глаз, оптокинетического нистагма, электрокохлеографию и т. д. Поскольку на диагностике и лечении заболеваний внутреннего уха специализируются в основном не неврологи, а оториноларингологи, эти заболевания зачастую остаются недодиагностированными, а больные не получают соответствующего лечения.

Недооценка роли психогенных факторов в развитии головокружения

Психогенное головокружение — одна из самых распространенных форм головокружения, особенно в амбулаторной практике. По данным Т. Brandt [10], психогенное головокружение — вторая по частоте (после доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения) причина головокружения у больных, обратившихся в специализированное отоневрологическое отделение.

Психогенное головокружение может развиваться у больного, страдающего вестибулярным головокружением, или возникнуть первично без каких-либо признаков повреждения вестибулярной системы [13, 14]. В первом случае психогенное головокружение представляет собой реакцию больного на стресс, вызванный возникновением сильного и необъяснимого для него вестибулярного головокружения, тошноты и рвоты, неустойчивости при ходьбе [15]. Развитию этого головокружения иногда способствуют различные ятрогении, например ошибочная диагностика «острого нарушения мозгового кровообращения» или «вертебробазилярной недостаточности» у больного с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением [16].

Во втором случае головокружение возникает в структуре некоторых неврозов и психозов. Такое головокружение не похоже ни на одно из известных состояний (вестибулярное головокружение, обморок или нарушение равновесия)

и, как правило, возникает не приступообразно, а продолжается непрерывно в течение многих недель, месяцев и даже лет. Нередко при детальном расспросе удается выяснить, что больные называют головокружением общую слабость, нарушение внимания или тревогу. Больные, страдающие психогенным головокружением, нередко описывают свои ощущения как «головокружение внутри головы» [17].

Чаще всего головокружение развивается в структуре депрессивных и тревожных (код F40–F41 по МКБ) или соматоформных (код F45 по МКБ [18]) расстройств. В последние годы появились данные, согласно которым у многих пациентов, страдающих психогенным головокружением, отмечаются признаки негрубой вестибулярной дисфункции, в частности плохая переносимость вестибулярных раздражителей с детства [13].

Мы проанализировали 37 пациентов, обратившихся в медицинский центр «Гута Клиник» с жалобами на несистемное головокружение. Всем им в результате тщательного неврологического и отоневрологического обследования был поставлен диагноз психогенного головокружения. При детальном отоневрологическом обследовании у 18 из этих пациентов отмечались признаки негрубой периферической вестибулярной дисфункции в виде одно- или двусторонней вестибулярной гипорефлексии при калорической пробе, а у 9 — минимальные проявления центральных вестибулярных расстройств в виде нарушения плавных следящих движений глаз или зрительных саккад, спонтанного горизонтального или вертикального нистагма, не подавляющегося фиксацией взора. При этом МРТ головного мозга не выявила изменений, объясняющих обнаруженные вестибулярные расстройства. У остальных 15 больных никаких вестибулярных нарушений не найдено. Таким образом, у части пациентов, страдающих психогенным головокружением, при детальном отоневрологическом обследовании отмечены признаки небольшой дисфункции центральных или периферических вестибулярных структур. В какой степени эти минимальные вестибулярные расстройства могут вызывать ощущения неустойчивости и головокружения, а также какова распространенность этих нарушений у больных с психогенным головокружением, остается неясным и нуждается в дальнейших исследованиях [19].

Переоценка роли лекарственной терапии головокружения и недооценка значения немедикаментозного лечения (вестибулярной гимнастики)

Лечение головокружения невозможно без установления точного диагноза. Между тем зачастую больному, страдающему головокружением, назначают многочисленные «вазоактивные» или «ноотропные» препараты, не пытаясь разобраться в причинах головокружения. В настоящее время при лечении различных заболеваний, сопровождающихся головокружением, используются следующие препараты и группы лекарственных средств. Вестибулярные супрессанты (антихолинергические средства, антигистаминные препараты и бензодиазепины) и противорвотные средства (фенотиазины, метоклопрамид) применяются для купирования острого вестибулярного головокружения. Длительность использования вестибулярных супрессантов и противорвотных средств ограничивается их способностью замедлять вестибулярную компенсацию. В целом не рекомендуется назначать эти препараты более чем на 2–3 дня [11].

Глюкокортикоиды используют при лечении вестибулярного нейронита [20], есть данные об эффективности их транстимпанального введения при болезни Меньера [21]. Бетагистин и диуретики применяют при болезни Меньера [22], бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция и трициклические антидепрессанты — для профилактики приступов вестибулярной мигрени [22], противосудорожные средства (карбамазепин, окскарбазепин) — при вестибулярной пароксизмии (редком заболевании, обусловленном микроваскулярной компрессией преддверно-улиткового нерва) [10, 22].

Важная роль в лечении вестибулярных заболеваний принадлежит вестибулярной реабилитации. Ее цель — ускорение вестибулярной компенсации и создание условий для скорейшей адаптации к повреждению вестибулярной системы. Показанием к вестибулярной реабилитации считают стабильные, непрогрессирующие повреждения центральной и периферической части вестибулярной системы. В основе вестибулярной гимнастики — упражнения, при которых движения глаз, головы и туловища приводят к сенсорному рассогласованию. Эти упражнения стимулируют центральную вестибулярную компенсацию. Длительность вестибулярной реабилитации зависит от характера повреждения вестибулярной системы. Так, при центральных вестибу-

лопатиях или двусторонней периферической вестибулопатии компенсация наступает значительно медленнее, чем при односторонней периферической вестибулопатии. Важным фактором, повышающим эффективность вестибулярной реабилитации, является сочетание вестибулярной гимнастики с применением препаратов, ускоряющих вестибулярную компенсацию. К ним относится Танакан, курсовое лечение которым составляет от 1 мес и более, суточная доза — 120 мг (40 мг 3 раза в сутки) [23]. Многоплановое действие Танакана, включающее антиоксидантный, антиишемический, нейротропный и нейрометаболический эффект [24], обуславливает его эффективность при лечении как головокружений, так и когнитивных нарушений. Это особенно важно у пожилых пациентов, страдающих головокружением. Существенным моментом является хорошая переносимость препарата при длительном приеме.

Таким образом, диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся головокружением, — сложная задача, требующая мультидисциплинарного подхода, подразумевающего совместное обследование и ведение больного врачами разных специальностей, прежде всего неврологом и оториноларингологом. Наиболее эффективно эта задача, по-видимому, может решаться на базе специализированных вестибулярных центров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейс Г. Головокружение. Неврология. Под ред. М. Самуэльса. М., 1997; с. 94–120.
2. Hoffman R.M., Einstadter D., Kroenke K. Evaluating dizziness. *Am J Med* 1999;107:468–78.
3. Парфенов В.А., Замерград М.В. Что скрывается за диагнозом гипертонический церебральный криз. *Неврол журн* 1998;5:29–33.
4. Парфенов В.А. Дифференциальная диагностика и лечение головокружения у больных артериальной гипертензией. *Тер арх* 2005;1:56–8.
5. Парфенов В.А., Абдулина О.В., Замерград М.В. Периферическая вестибулопатия под маской инсульта. *Неврол журн* 2005;6:28–32.
6. Парфенов В.А., Замерград М.В. Головокружение в неврологической практике. *Неврол журн* 2005;1:4–11.
7. Caplan L.R. Posterior circulation ischemia: then, now, and tomorrow. *The Thomas Willis Lecture. Stroke* 2000; 31:2011–23.
8. Caplan L.R., Wityk R.J., Glass T.A. et al. New England Medical Center Posterior Circulation Registry. *Ann Neurol* 2004;56:389–98.
9. Savitz S.I., Caplan L.R. Vertebrobasilar Disease. *N Engl J Med* 2005;352:2618–26.
10. Brandt T. Dieterich M. Vertigo and dizziness: common complains. Springer 2004.
11. Brandt T. Vertigo. Its Multisensory Syndromes. 2nd ed. London, 2000.
12. Brandt T., Bronstein A.M. Cervical vertigo. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71:8–12.
13. Furman J.M., Jacob R.G. Psychiatric dizziness. *Neurology* 1997;48:1161–6.
14. Jacob R.G., Furman J.M. Psychiatric consequences of vestibular dysfunction. *Curr Opin Neurol* 2001;14:41–6.
15. Huppert D., Kunihiro T., Brandt T. Phobic postural vertigo (154 patients): its association with vestibular disorders. *J. Audiol Med* 1995;4:97–103.
16. Толмачева В.А., Парфенов В.А. Причины головокружения у пациентов с артериальной гипертензией и его лечение. *Врач* 2007;4:49–53.
17. Staab J.P. Chronic dizziness: the interface between psychiatry and neurotology. *Curr Opin Neurol* 2006;19:41–8.
18. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva: WHO, 1993;248 p.
19. Ropper A.H., Brown R.H. Adams and Victor's Principles of Neurology. 8th ed. McGraw-Hill, 2005;p.437–9.
20. Strupp M., Zingler V.C., Arbusow V. et al. Methylprednisolone, valacyclovir, or the combination for vestibular neuritis. *N Engl J Med* 2004 Jul 22;351(4):354–61.
21. Herraiz C., Plaza G., Aparicio J.M. et al. Transtympanic steroids for Meniere's disease. *Otol Neurotol* 2010 Jan;31(1):162–7.
22. Brandt T., Zwergal A., Strupp M. Medical treatment of vestibular disorders. *Expert Opin Pharmacother* 2009 Jul;10(10):1537–48.
23. Hamann K.F. Special ginkgo extract in cases of vertigo: a systematic review of randomised, double-blind, placebo controlled clinical examinations. *HNO* 2007;55:258–63.
24. Clissold S. From Subjective Memory Impairment to Alzheimer's Disease: Tanakan® (EGb761®) in Perspective. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2010.