

Алгоритм диагностики головокружения

О.В. Веселаго

Головокружение – одна из наиболее частых проблем в неврологической практике. Жалобы на головокружение имеют место примерно у 12% пациентов, попадающих на первичный неврологический прием. Головокружение – это субъективный симптом, который сопровождает течение целого ряда заболеваний различных органов и систем организма. Поэтому первым шагом в алгоритме диагностики головокружения является необходимость ответить на вопрос, свидетельствует ли беспокоящее больного головокружение о патологии вестибулярного анализатора.

Клинически значимым является разделение головокружения на **вестибулярное** и **невестибулярное**. Под вестибулярным головокружением понимают **иллюзию движения** самого человека или предметов окружающей среды. Вестибулярное (истинное или системное) головокружение свидетельствует о патологии вестибулярного анализатора.

На практике нередко приходится иметь дело с большим числом других жалоб и ощущений, которые отличаются от “истинного” системного головокружения. К ним относятся расстройства равновесия, чувство “опьянения”, дурноты и дискомфорта в голове, синкопальные и предобморочные состояния и т.п. Все эти жалобы могут быть объединены термином “невестибулярное (несистемное) головокружение”; при несистемном головокружении имеющиеся жалобы не связаны с патологией вестибулярного анализатора (рисунок).

Следующим этапом диагностики является определение уровня поражения вестибулярного анализатора, в зависимости от которого выделяют **периферический** и **центральный** вестибулярные синдромы (табл. 1).

После определения уровня поражения вестибулярного анализатора проводится анализ соответствия всей выявленной симптоматики клинической картине той или иной нозологической формы вестибулярных расстройств. Если симптоматика укладывается в рамки конкретной нозологической формы, то это находит отражение в диагнозе. В противном случае обычно ограничиваются указанием уровня поражения вестибулярного анализатора.

Ольга Викторовна Веселаго – канд. мед. наук, врач-отоневролог, Научный центр неврологии РАМН.

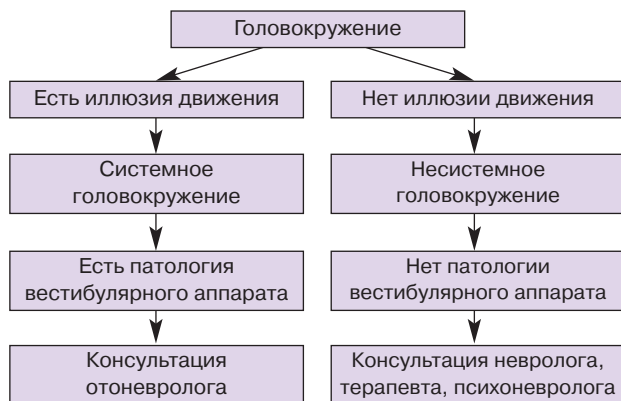
Таблица 1. Алгоритм дифференциальной диагностики периферического и центрального вестибулярных синдромов

Периферический вестибулярный синдром	Центральный вестибулярный синдром
Место поражения – внутреннее ухо, вестибулярный ганглий, вестибулярная порция VIII нерва	Место поражения – вестибулярные ядра и центральные вестибулярные пути, мост мозга, продолговатый мозг, спинной мозг, средний мозг, дизэнцефально-подкорковые отделы мозга
Как правило, страдает слуховая функция (шум в ухе, снижение слуха, заложенность)	Слуховые нарушения встречаются редко. Только ядерное поражение и нарушение в среднем мозге дают снижение слуха.
Головокружение носит приступообразный характер, четко ограничено во времени (продолжительность редко превышает 24 ч), сопровождается выраженными вегетативными расстройствами. Удовлетворительное самочувствие больного между приступами.	Хроническое течение головокружения с отсутствием четких временных границ и выраженных вегетативных расстройств
Быстрое наступление компенсации за счет включения центральных компенсаторных механизмов – продолжительность остаточной вестибулярной дисфункции редко превышает 1 мес	Длительное (месяцы, годы) присутствие остаточной вестибулярной дисфункции вследствие ограниченности компенсаторных возможностей при центральном поражении
Спонтанный нистагм; горизонтальный и (реже) ротаторный, односторонний по направлению, бинокулярный	Спонтанный нистагм; кроме горизонтального и ротаторного, по направлению может быть вертикальный, диагональный, конвергирующий. Может присутствовать в различных направлениях и быть монокулярным.
Спонтанный нистагм всегда сопровождается спонтанным отклонением рук в противоположную направлению нистагма сторону (в сторону медленной фазы)	Реакция отклонения рук не соответствует медленной фазе. Руки не отклоняются или отклоняются в сторону нистагма.
Кроме симптомов поражения VII и промежуточного нервов, другой неврологической симптоматики не отмечается	Характерно сочетание с симптомами поражения центральной нервной системы

Таблица 2. Заболевания, сопровождающиеся поражением периферического отдела вестибулярного анализатора

Заболевание	Основная симптоматика	Обследование
Болезнь Меньера	Рецидивирующие приступы системного головокружения продолжительностью не более 24 ч, сопровождающиеся снижением слуха на одно ухо, ушным шумом, а также вегетативными расстройствами. Характерны быстрое восстановление после приступа и хорошее самочувствие в межприступный период.	Консультация ЛОР-врача, отоневролога. Аудиометрия. Электрокохлеография.
Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение	Очень кратковременные (не более 60 с) приступы системного головокружения с вегетативными проявлениями, возникающие при строго определенных движениях головы или тела, как то повороты в постели на бок, укладывание в постель на спину, переход из лежачего в сидячее положение, запрокидывание головы назад, наклон туловища вперед и вниз. В вертикальном положении самочувствие удовлетворительное. Слуховые расстройства отсутствуют.	Консультация отоневролога. Проведение пробы Дикса–Холлпайка.
Острое нарушение кровообращения во внутренней слуховой артерии	Приступ системного головокружения, продолжительностью до нескольких дней, как правило, сопровождающийся снижением слуха и вегетативными расстройствами. Длительный (несколько недель) период восстановления после приступа.	Консультация ЛОР-врача, отоневролога, невролога. МРТ головного мозга. Дуплексное сканирование магистральных артерий головы. Коагулограмма.
Острый лабиринтит	Приступ системного головокружения, сопровождающийся снижением слуха и развивающийся на фоне острого (или обострения хронического воспаления среднего уха)	Консультация ЛОР-врача, отоневролога. КТ височных костей.
Невринома VIII черепного нерва	Неустойчивость, эпизоды головокружений, ушной шум, снижение слуха	Консультация ЛОР-врача, отоневролога, невролога. Аудиометрия. МРТ головного мозга.

Поражение периферического отдела вестибулярного анализатора наблюдается при болезни Меньера, добро-



Алгоритм определения характера головокружения.

качественном пароксизмальном позиционном головокружении, остром лабиринтите, остром нарушении кровообращения во внутренней слуховой артерии, невриноме VIII черепного нерва и некоторых других заболеваниях (табл. 2).

Центральный вестибулярный синдром, как правило, наблюдается при патологии центральной нервной системы и головного мозга различного генеза. Диагностика основного заболевания при центральном вестибулярном синдроме производится неврологом.

Таким образом, основной диагностический поиск при жалобах больного на головокружение сводится к трем основным этапам.

- I. Определение характера головокружений.
- II. Определение уровня поражения вестибулярного анализатора.
- III. Определение нозологической формы. ●

АТМОСФЕРА

www.atmosphere-ph.ru

На сайте www.atmosphere-ph.ru **В БЕСПЛАТНОМ ДОСТУПЕ** вы найдете **ПОЛНУЮ** электронную версию нашего журнала, а также журналов “Нервы”, “Атмосфера. Новости кардиологии”, “Легкое сердце”, “Атмосфера. Пульмонология и аллергология”, “Астма и Аллергия”, “Лечебное дело”, переводов на русский язык руководств и популярных брошюр GINA (Глобальная инициатива по бронхиальной астме) и GOLD (Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких), ARIA (Лечение аллергического ринита и его влияние на бронхиальную астму), ИКАР (Качество жизни у больных бронхиальной астмой и ХОБЛ).