

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ СИМПТОМАМИ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

Смирнова А. В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ (163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51), e-mail: smirnova.anna.2014.04@yandex.ru

Головокружение — ощущение неуверенности в определении своего положения в пространстве, кажущееся вращение окружающих предметов или собственного тела. Данный симптом характерен для большого количества патологических состояний (на данный момент насчитывается около 80 нозологий) и встречается 5–30% пациентов в зависимости от возрастной группы, с большей вероятностью у пожилых пациентов. Диагностика заболевания включает в себя следующие моменты. Специалист собирает анамнез, проводит анализ жалоб и физикальный осмотр пациента (в случае необходимости с неврологическим или отологическим уклоном), направляет его на дополнительные методы исследования. Дифференциальный диагноз проводится на основании полученных данных и включает в себя три этапа: определение характера поражения, уровня поражения и структуры поражения с указанием нозологической формы. Под характером подразумевают системное или несистемное головокружение, уровень свидетельствует о поражении вестибулярного анализатора его центральной либо периферической части. Конечным этапом становится определение пораженной структуры – для периферической части анализатора – рецепторы/ полукружные каналы/ ганглий/ нерв, в свою очередь для центральной части – мост (с очаговыми симптомами пирамидных нарушений и поражения черепных нервов), мозжечок (при наличии вестибулярной и мозжечковой атаксии), кора головного мозга. Дифференциальная диагностика такого симптома как головокружение необходима, так как под данным симптомом могут скрываться самые различные патологические состояния, которые необходимо купировать, назначив адекватную, в том числе этиологически направленную терапию.

Ключевые слова: системное и несистемное головокружение, дифференциальная диагностика, вестибулярный анализатор

THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DISEASES ARE ACCOMPANIED BY DIZZINESS SYMPTOMS

Dizziness is a feeling of uncertainty in determining one's position in space, apparent rotation of surrounding objects or one's own body. This symptom is typical for many pathological conditions (now there are about 80 nosologies) and occurs in 5-30% of patients, depending on the age group, with a greater probability in elderly patients. Diagnosis of the disease includes the following points. The specialist collects anamnesis, analyzes complaints and conducts a physical examination of the patient (if necessary, with a neurological or otological bias), directs him to additional research methods. Differential diagnosis is carried out based on the data obtained and includes three stages: determining the nature of the lesion, the level of the lesion and the structure of the lesion with an indication the nosological form. Systemic or non-systemic dizziness is the character, the level indicates the vestibular analyzer damage (central or peripheral part). The final stage is the determination of the affected structure. For the peripheral part of the analyzer there are receptors / semicircular tubules / ganglion / nerve, for the central part there are the bridge (with focal symptoms of pyramidal disorders and lesions of the cranial nerves), cerebellum (in the presence of vestibular and cerebellar ataxia), cortex. The differential diagnosis of a symptom such as dizziness is necessary, since under this symptom a variety of pathological conditions can be hidden, which must be stopped by prescribing adequate, including etiologically directed therapy.

Key words: systemic or non-systemic dizziness, differential diagnosis, the vestibular analyzer

Головокружение — ощущение неуверенности в определении своего положения в пространстве, кажущееся вращение окружающих предметов или собственного тела, ощущение неустойчивости, потеря равновесия, уход почвы из-под ног [1]. В клинической практике данный симптом наблюдается достаточно часто. Встречается у 5–30% пациентов в зависимости от возрастной группы, с большей вероятностью у пожилых пациентов. С жалобой на чувство головокружения чаще всего обращаются к таким специалистам, как терапевты, врачи общей практики и неврологи. На данный момент известно около 80 нозологий, сопровождающихся головокружением [2]. Таким образом, необходимо помнить, что головокружение является симптомом, а задачей врача является его купирование с помощью назначения адекватной терапии, которая невозможна без выяснения этиологии, причины развития данного симптомокомплекса и ее устранения.

СТРОЕНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА

Классификация нозологических форм, приводящих к появлению головокружения, затрагивает анатомический принцип. Вестибулярный аппарат, как и другие анализаторы, включает в себя периферическую и центральную часть. К периферической части принято относить преддверие, три костных полукружных канала, преддверный ганглий, вестибулярный нерв, преддверно-улитковый нерв, вестибулярные ядра, проводящие пути головного мозга.

Преддверие включает в себя эллиптический и сферический мешочки. Полукружных канальцев выделяют три - боковой (горизонтальный), задний (сагитальный), передний (фронтальный). Полости мешочков и полукружных протоков содержат эндолимфу. Вестибулярные рецепторы, относящиеся к механорецепторам, имеют либо колбовидную, либо цилиндрическую форму и располагаются как в канальцах, так и в мешочках. Перемещение волосков рецепторных клеток колебаниями эндолимфы и отолитовой мембраны мешочков приводит к возникновению нервного импульса.

От рецепторов отолитового аппарата дендриты клеток-рецепторов идут к преддверному ганглию, расположенному в глубине внутреннего слухового прохода. Далее следуют аксоны клеток данного ганглия, образуя волокна вестибулярного нерва. Объединяясь с ушным и лицевым нервом во внутреннем слуховом проходе, нерв проникает в полость черепа, в толщу дна ромбовидной ямки к верхнему, нижнему, латеральному, медиальному ядрам. Ядра связаны посредством проводящих путей с центральной частью вестибулярного аппарата. Среди них вестибулокортикальный путь оканчивается на клетках височно-теменной области, вестибулоспиальный связан с мотонейронами спинного мозга, вестибуловегетативно-лимбический с таким центром как гипоталамус. Вестибулоокуломоторный связывает вестибулярные ядра (верхнее, нижнее, медиальное) с

ядрами трех глазодвигательных нервов. К центральным образованиям вестибулярного анализатора относят кору головного мозга (височно-теменная область – средняя и нижняя извилины), мозжечок, задние гипоталамические ядра, являющиеся центрами мозговой интеграции вегетативных процессов, вегетативные симпатические и парасимпатические центры спинного мозга [3].

ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

Головокружение можно рассматривать как физиологическое или как патологическое состояние организма. Физиологическое головокружение возникает при функциональной недостаточности сенсорных стабилизирующих систем. Например, когда вестибулярный аппарат подвергается чрезмерному непривычному возбуждению (при морской болезни), при резком изменении скорости передвижения (ускорения и торможения) в транспорте, при пребывании на высоте, а также головокружения при космической болезни, провоцируемого активными движениями головой в условиях невесомости. Патологическое головокружение является признаком, сопутствующим тем или иным нарушениям в организме человека.

Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся таким симптомом, как головокружение, основывается на основных клинических методах исследования: анализ жалоб, сбор анамнеза, физикальный осмотр, дополнительные методы исследования (лабораторные и инструментальные) [4].

Головокружение описывается пациентами самыми разнообразными ощущениями. Чаще всего это чувство вращения или движения окружающих предметов вокруг пациента или перемещение самого пациента в пространстве, состояние дурноты, тошноты, слабости. Кроме того, жалуются на ощущение проваливания, неустойчивости при ходьбе [1, 2, 4].

Следующий пункт – сбор анамнеза, тщательный сбор которого является одной из важнейших частей диагностики нозологии. У пациента необходимо уточнить имеется ли ощущение падения и в какое направление, если имеется. Какие ситуации чаще всего провоцируют приступы головокружения (смена позы, поворот головы, стресс, нехватка воздуха в помещении, физическая работа). Как долго держится чувство головокружения. Кроме головокружения пациента что-то ещё беспокоит: шум в ушах, ухудшение слуха, чувство онемения, обездвиживания, слабости конечностей, части лица, потеря чувствительности/ ее усиление. Необходим сбор также и лекарственного анамнеза – уточнить, какие препараты пациент принимал до или во время приступов головокружения [1].

После анализа жалоб и сбора анамнеза специалист переходит к физикальному осмотру с непосредственным уклонением на неврологический и отолитический. При выявлении нистагма необходимо определить его характер и направленность. Необходимо провести координационные пробы в позе Ромберга и усложненной позе Ромберга (а также провести

пальценосовую пробу), которые помогут отдифференцировать вестибулярную и мозжечковую атаксию от сенситивной атаксии [5].

Позиционные пробы (например, проба Дикса – Холлпайка) направлены на вызывание у пациента головокружения и нистагма (горизонтально-ротаторного) при придании его голове и телу определенного положения. При положительном тесте Унтербергера (когда пациент шагает на месте с вытянутыми руками и закрытыми глазами) наблюдается либо отклонение свыше 30-45 градусов от первоначального положения (поражение на соответствующей стороне анализатора), либо выраженная атаксия/ падение/ также повороты в сторону патологического очага (при центральных поражениях). При проведении пробы «отолитовой» походки пациент с закрытыми глазами совершает 10 медленных наклонов головы во фронтальной плоскости (к правому и левому плечу) в течение 60 с. При положительной пробе голова обследуемого остается наклоненной к плечу на 30- 40°. Однако на этом проба не заканчивается. У пациента глаза по-прежнему закрыты, и он по указанию быстро идет вперед. Отклонение походки в сторону наклона головы сопровождается патологией лабиринта. Затем исследование повторяют, но проводят 10 наклонов головы в сагиттальной плоскости (вперед и назад на угол 30-40° от вертикали). При положительной пробе (голова наклонена вперед), обследуемый должен быстро идти вперед с наклоненной кпереди головой. «Утрикулярная» походка, напоминающая петушиную, наблюдается в случае поражения вестибулярного аппарата.

Калорическая проба проводится при отсутствии острых и хронических воспалительных процессов среднего и наружного уха. Оценивают нистагм: латентный период, его характер, продолжительность в зависимости от вливания в наружный слуховой проход горячей (45°) или холодной (15—30°) воды. При промывании холодной водой нистагм (его быстрый компонент) направлен в сторону, противоположную той, на которой располагается исследуемое ухо, при промывании горячей водой — в ту же сторону. В этом случае проба отрицательна.

Тактика исключения острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) предполагает оценку функции черепных нервов (функции глазодвигательных нервов, чувствительность лица и мышечный тонус мимических и жевательных мышц), а также сухожильных рефлексов. При наличии выраженных слуховых нарушений рекомендовано провести аудиограмму. С целью исключения экстравестибулярной патологии (при подозрении на острую сердечную недостаточность (ОСН) и хроническую сердечную недостаточность (ХСН)) измеряется артериальное давление в положении сидя и стоя, а также аускультативно выслушиваются работа клапанов сердца и яремные вены [1, 2].

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

Все патологические головокружения можно распределить на две большие группы: системное головокружение и несистемное. Вестибулярное (системное) головокружение характеризуется тем, что ощущения пациента, так называемое головокружение, поддается систематизации – соответствует некоторым критериям, по которым его можно определить. Именно оно связано с поражением центрального или периферического отдела вестибулярного анализатора. Все остальные случаи, не соответствующие критериям системного головокружения, так и называются – несистемные. У пациентов они сопровождаются самыми разнообразными ощущениями и состояниями (синкопальные, чувство опьянения, пустоты, дискомфорта и другие) [6].

I этап дифференциальной диагностики. Системное головокружение

На данном этапе определяется характер головокружения – вестибулярное оно или же невестибулярное.

Критерии вестибулярного (системного) головокружения:

- ощущение вращения окружающих предметов
- ощущение вращения, падения, наклона, раскачивания собственного тела в определенном направлении
- присутствие вестибулярного симптомокомплекса:
 - ✓ спонтанный нистагм в момент головокружения
 - ✓ нарушение равновесия (атаксия)
 - ✓ нарушение вестибулокинетического рефлекса
 - ✓ вегетативные симптомы - тошнота, рвота, повышенное потоотделение – связанные с нарушением вестибуло-вегетативных рефлексов

Критерии невестибулярного (несистемного) головокружения:

- отсутствие чувства вращения;
- ощущение неустойчивости, проваливания, общей слабости;
- предчувствие падения;
- шаткость, неуверенность при ходьбе
- все те признаки, которые нехарактерны для системного головокружения [4,6]

II этап дифференциальной диагностики. Периферическое головокружение

На данном этапе необходимо определить уровень поражения вестибулярного аппарата. Выделяют центральный и периферический уровни. Центральный связан с поражением

центральных структур ЦНС (от ствола, мозжечка и спинного мозга до височных долей коры головного мозга). Периферическое головокружение появляется при патологии, развившейся в пределах периферической части вестибулярного анализатора.

Критерии, позволяющие заподозрить периферическое вестибулярное головокружение:

1. часто сочетается с нарушением ушного нерва: снижением слуха и шумом в ухе

2. характер нистагма

- ✓ спонтанный
- ✓ односторонний
- ✓ горизонтальный/ горизонтально-ротаторным
- ✓ в здоровую сторону независимо от направления взгляда

3. выраженное головокружение с вращательным характером

4. приступообразное течение – внезапное начало и конец

5. непродолжительность по времени (очень редко более 24 ч)

6. хорошо выражены вегетативные симптомы: тошнота, рвота

7. при падении – обычно в сторону поражения

8. могут присутствовать стволовые очаговые симптомы

9. между приступами у пациента хорошее самочувствие [2,6]

Классификация нозологических форм, сопровождающихся периферическим головокружением [6]

ПОРАЖЕНИЯ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

1. патология среднего уха, распространяющаяся на лабиринт
отит, отосклероз, холестеатома

2. патология внутреннего уха

болезнь Меньера, синдром Меньера (вестибулопатия, симптоматическая эндолимфатическая водянка), лабиринтит, перилимфатическая фистула

3. патология преддверно-улиткового нерва

невропатия слухового нерва, невринома слухового нерва, арахноидит мостомозжечкового угла

ПОРАЖЕНИЯ БЕЗ НАРУШЕНИЯ СЛУХА

1. вестибулярный нейронит

2. доброкачественное позиционное головокружение

III этап – определение структуры поражения периферического отдела

Данный этап является заключительным моментом в дифференциальной диагностике периферического головокружения с определением его нозологической формы.

Лабиринтиты

Воспалительные процессы внутреннего уха, этиологическими факторами которых могут являться как бактериальные, так и вирусные (корь, грипп, краснуха, паротит) инфекции. По течению выделяют острый и хронический. В остром периоде характерна лихорадка и лейкоцитоз с повышением СОЭ и С-реактивного белка. Кроме признаков, характерных для периферического головокружения и наличия воспалительного процесса, следует обратить внимание на слуховые нарушения у пациента – тугоухость, шум в ушах. Наиболее опасен гнойный лабиринтит. К вестибулярным и слуховым расстройствам присоединяются головная боль и менингеальные симптомы. Чаще всего заканчивается полной потерей слуха, выраженными вестибулярными нарушениями, а также осложняется менингитом. С целью дифференциальной диагностики с вестибулярным нейронитом проводят calorическую пробу – она отрицательна [4].

Вестибулярный неврит (вестибулярный нейронит)

Инфекционно-воспалительное поражение преддверного ганглия на фоне катаральных явлений в верхних дыхательных путях, а также пищевой токсикоинфекции. Слух не нарушен, но может присутствовать шум и заложенность в ухе. Характерно резкое нарушение равновесия, выраженные вегетативные симптомы. При calorической пробе – снижение реакции на стороне поражения. Симптомы сохраняются несколько дней, затем медленно регрессируют, так общая слабость и признаки атаксии могут наблюдаться в течение нескольких недель [6].

Болезнь Меньера/ эндолимфатическая водянка

Заболевание обусловлено возникновением местных вазомоторных расстройств в сосудах лабиринта, расстройств всасывания эндолимфатической жидкости. Эти факторы приводят к расширению эндолимфатической системы и развитию рецидивирующего отека лабиринта, оказывающего раздражающее действие на вестибулярные рецепторы. При прогрессировании заболевания может произойти разрыв мембраны между перилимфой и эндолимфой, и, следовательно, к поражению и слуха. Проявляется заболевание приступами сильнейшего вестибулярного головокружения (они могут быть спровоцированы колебаниями атмосферного давления, обильной пищей, алкоголем, табачным дымом), снижением слуха, ощущением распирания и шумом в ухе, тошнотой и рвотой и другими вегетативными симптомами, преимущественно парасимпатической направленности.

классическая триада болезни Меньера:

1. приступы системного головокружения

2. шум в ушах
3. ремиттирующее и иногда нарастающее снижение слуха

На ранней (обратимой) стадии заболевания нарушение слуха регрессирует полностью. При переходе заболевания в необратимую стадию (при неадекватной терапии/ отсутствии компетентности лечению) слух ухудшается, тугоухость приобретает перманентный характер, затем потеря слуха необратима.

Наличие болезни и ее стадию можно установить, проводя дегидратацию с помощью глицерол-теста: прием внутрь смеси глицерина с водой. Достоверное улучшение после этого функций (особенно слуховой) оценивается как положительный глицерол-тест, что свидетельствует об обратимости водянки, ухудшение - как отрицательный, являющийся признаком необратимости патологического процесса [2,4].

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ)

Наиболее распространенное заболевание, сопровождающееся вестибулярным головокружением. Развивается обычно после воздействия на область уха: черепно-мозговые травмы/ оперативные отоларингологические вмешательства. Патогенез развития симптомов включает в себя следующее. В результате механической закупорки одного из полукружных канальцев (каналолитиаз)/ перемещения фрагментов оттолитовой мембраны мешочков в полукружные каналы внутреннего уха (купулолитиаз) нарушается нормальный ток эндолимфы и, соответственно, нарушается процесс возбуждения вестибулорецепторов.

Характерными симптомами будут весьма кратковременные приступы головокружения (менее 1 мин), возникающие при изменении положения тела/ придании голове определенной позиции. Часто встречается у пожилых людей, а также у лиц с сопутствующими нарушениями обмена веществ (моче- и желчекаменная болезнь, дислипидемия). В дифференциальной диагностике неоценимую роль играет проба Дикса – Холпайка, провоцирующая у пациента нистагм и ощущение головокружения [7].

Невринома VIII пары черепных нервов

Невринома вестибулокохлеарного нерва – доброкачественная опухоль, растущая из шванновских клеток вестибулярной порции нерва. Новообразование растет медленно. При данном заболевании первыми проявлениями будут симптомы раздражения слуховой порции VIII нерва – шум/ свист на той стороне, где локализуется опухоль. Постепенно симптомы раздражения сменяются симптомами выпадения слуха (сначала на высокие тона, затем полная, с потерей костной проводимости). Расстройство вестибулярной системы появляется в последнюю очередь. Затем присоединяются симптомы компрессии черепных нервов: лицевого (прозопарез на стороне поражения, потеря вкуса на передних 2/3 языка и нарушение

слюноотделения на стороне поражения), тройничного (ослабление роговичного рефлекса, гипестезии в области второй и первой ветви, атрофия жевательной мускулатуры на стороне поражения). Реже могут появляться симптомы поражения отводящего и языкоглоточного нервов – диплопия, недоведение глазного яблока до латеральной стенки глазницы, потеря вкуса на задней трети языка. Диагноз подтверждается проведением МРТ/ КТ исследования с контрастированием [8].

II этап дифференциальной диагностики. Центральное вестибулярное головокружение

Центральное системное головокружение является следствием наличия патологии на уровне центральной части вестибулярного анализатора. Этиологическими факторами могут выступать недостаточность кровоснабжения и ишемия определенных участков головного мозга, рассеянный склероз, опухоли, воспалительные (энцефалиты) и другие процессы, нарушающие связи вестибулярной системы как между периферической частью с центральной, так и между центральными структурами.

Критерии, позволяющие заподозрить центральное вестибулярное головокружение:

1. сопровождается очаговой (атаксия, дисфункция черепных нервов, признаки внутричерепной гипертензии), общемозговой, менингеальной неврологической симптоматикой
2. отсутствие слуховых нарушений
3. умеренной интенсивности - не такое выраженное, как периферическое
4. хроническое течение, отсутствие четких временных границ
5. характер нистагма
 - ✓ спонтанный нистагм
 - ✓ может отсутствовать/ наблюдаться в нескольких направлениях (вертикальный, ротаторный, горизонтальный, диагональный)
 - ✓ наиболее выражен в сторону поражения
 - ✓ исчезает при закрытых глазах
 - ✓ наблюдается в течение минуты [4, 6]

III этап – определение структуры поражения центрального отдела

Определить структуру поражения центрального отдела вестибулярного анализатора возможно при выявлении четкой очаговой неврологической симптоматики, характерной для той или иной топической локализации патологического процесса. Тщательно собранный

анамнез и острота выраженности вестибулярного синдрома могут указать на нозологическую форму.

Наиболее частая причина головокружений у пожилых пациентов **вертебро-базиллярная недостаточность**. Вестибулярное головокружение и нарушение равновесия могут наблюдаться при локализации инсульта или ТИА в стволе мозга или мозжечке (бассейн кровоснабжения базилярной и позвоночных артерий). К прочим признакам центрального вестибулярного головокружения присоединяются симптомы поражения ствола мозга и мозжечка, такие как нарушение координации, походки, глотания двоение, дизартрия, дисфония, слабость и онемение в конечностях. Кровоснабжение внутреннего уха осуществляется лабиринтной артерией, отходящей в 65% от передней ниже-мозжечковой артерии, в 29% — от базилярной артерии в 0,5% — от задненижней мозжечковой артерии, 5,5% — от различных источников с правой и левой стороны (мозжечковые и базилярные артерии). Таким образом, вестибулярный аппарат связан с вертебро-базиллярным бассейном кровоснабжения. Соответственно, при развитии вертебробазиллярной недостаточности головокружение может иметь смешанную форму в результате нарушения кровообращения как в центральных, так и в периферических отделах вестибулярного анализатора [2, 4].

Один из проявлений центрального вестибулярного головокружения при вертебро-базиллярной недостаточности может послужить **цервикальное головокружение**. Возникает патология по нескольким путям патогенеза. Однако итог один – спазмирование/ сдавление позвоночной артерии – нарушение кровообращения задних отделов мозга. В случае шейной дорсопатии нарушение иннервации позных мышц приводит к их спазмированию. При шейно-черепном симпатическом синдроме сдавление шейного симпатического сплетения приводит к раздражению рецепторов, а в последующем к рефлекторному спазмированию позвоночной артерии. При дегенеративных изменениях в верхних позвоночных сегментах позвоночная артерия также сдавливается в своем костном канале, что приводит к недостаточности кровообращения. Кроме признаков нарушения кровообращения в данном бассейне и симптомов центрального вестибулярного головокружения можно отметить у пациента ограниченность движения в области шеи, напряжение мышц шеи и плечевой мускулатуры. Также для более точной диагностики заболевания проводят МРТ/ КТ исследования шейного отдела позвоночника с контрастированием [9].

Субклявиовертебральный синдром также можно отнести к проявления вертебро-базиллярной недостаточности. Возникает при окклюзии проксимальных отделов подключичной артерии. По патогенезу – феномен обкрадывания кровеносного русла в пользу кровоснабжения той верхней конечности, приток артериальной крови к которой невозможен в связи с ее окклюзией. Наиболее яркими симптомами могут являться усиление/ появление

головокружения после физической нагрузки на руки. Также обычно наблюдают снижение пульсации на лучевой артерии с пораженной стороны, систолический шум над проекцией стеноза. Уточнить диагноз поможет проведение ультразвукового доплеровского исследования [4].

Среди патологий, не связанных с нарушением кровообращения, но сопровождающихся присутствием центрального вестибулярного головокружения можно отметить **рассеянный склероз и эпилепсию**. При локализации процесса демиелинизации в области моста с поражением проводящих путей наряду с пирамидной, мозжечковой симптоматикой и зрительными нарушениями можно отметить у пациента наличие ощущения головокружения, при этом изолированный острый вестибулярный синдром в молодом возрасте может свидетельствовать о дебюте рассеянного склероза и показанием для проведения МРТ - диагностики. При локализации очага эпилептической активности в области корковой проекции вестибулярного анализатора (верхняя височная извилина и ассоциативные зоны теменной доли) кроме типичных признаков височной эпилепсии (галлюцинации, аура, судороги) могут отмечаться симптомы центрального головокружения [4].

I этап дифференциальной диагностики. Несистемное головокружение

При наличии у пациента субъективного чувства головокружения, не отвечающего критериям системного (вестибулярного) головокружения в дифференциальной диагностике останавливаются на несистемном головокружении. Его развитие провоцируют разнообразные состояния и факторы. По этиологии несистемное головокружение можно классифицировать следующим образом:

1. Связанное с липотимиями и обмороками.
2. Связанное с поражением различных отделов нервной системы, участвующих в обеспечении равновесия и координации.
3. Психогенное [4].

Несистемное головокружение, связанное с липотимиями и обмороками.

Общими симптомами могут являться ощущение слабости, дурноты, приближающейся потери сознания. Головокружение провоцируется резкими поворотами головы, в условиях душных помещениях. Такое головокружение сопровождается ортостатическую гипотонию, гипогликемию. Отмечается при липотимических (предобморочных) реакциях, возникающих на фоне различных кардиологических заболеваний (нарушения ритма, блокады, стенозы и т.д.). Частой физиологической причиной несистемных головокружений у женщин является беременность.

Несистемное головокружение, связанное с состояниями неустойчивости

Неустойчивость обуславливается различными патологическими причинами: полинейропатия (поражение периферических нервов при сахарном диабете), фуникулярный миелоз, поражение мозжечка. Ощущения, которые при данных заболеваниях пациент испытывает, он описывает как головокружение.

Психогенные головокружения

Психогенному головокружению часто сопутствуют страх и тревога, а также вегетативные нарушения – тахикардия, кардиалгия, гипервентиляция, повышение потливости – проявления вегетативного криза (паническая атака). Пациенты также могут жаловаться на шум и звон в ушах, что осложняет диагностику заболевания. Данное проявление носит название вестибулопатии [2, 4 10].

Головокружение как нежелательная побочная реакция фармакологической терапии

При приеме препаратов таких групп как противозепилептические, противоревматические,

антибактериальные препараты (аминогликозиды), салицилаты может развиваться токсическое поражение вестибулярного нерва с нарушением вестибулярной и слуховой функции. После отмены препарата чаще патологические проявления купируются.

Побочной реакцией вследствие ортостатической гипотензии на фоне приема антигипертензивных, противопаркинсонических препаратов, трициклических антидепрессантов, фенотиазинов может быть появление головокружения. Прием таких препаратов как противосудорожные средства (карбамазепин и фенитоин), бензодиазепины также включает как побочный эффект головокружение [1].

Заключение. Таким образом, головокружение – симптом, характерный для большого количества патологических состояний организма, как затрагивающих вестибулярный аппарат, так и не связанные с его поражением. Головокружению сопутствуют различные другие симптомы, на которые может жаловаться пациент: нарушения слуха, шум в ушах, повышение температуры, тошнота, рвота, избыточная потливость, чувство онемения конечностей/ мышц лица, падения, неустойчивость и так далее. Широкий спектр клинических проявлений патологий (для которых характерно чувство головокружения) предполагает заинтересованность в дифференциальной диагностике данных заболеваний не только таких узких специалистов, как отоларинголог и невролог, но и непосредственно терапевтов. Следовательно, необходимо знать основные симптомы, характерные для той или иной патологии, сопровождающейся чувством головокружения для того, чтобы грамотно провести

диагностику заболевания, в случае необходимости назначив дополнительные методы исследования или проведя соответствующие пробы, и назначить адекватную эффективную терапию.

1. Клинические рекомендации [Головокружение (периферическое)]/ утв. Н.А. Дайхес - 2016
2. Ляшенко Е.А. Дифференциальная диагностика и лечение головокружений// РМЖ – 2011 - №9 – с.553-556
3. Бабияк В.И., Говорун М.И., Накатис Я.А., Пащинин А.Н. Оториноларингология, том 1 – М:СПб: Питер, 2009 – с.832
4. Морозова О.Г. Синдром головокружения: механизмы развития, диагностики и терапевтическая стратегия //Новости медицины и фармации – 2012 - №4 – с.57-70
5. Барулин А.Е. и соавторы Головокружение: системное или несистемное? // Лекарственный вестник – 2017 - №1 – с.8-13
6. Неретин В.Я. и соавторы Головокружение (Дифференциальная диагностика и лечение)// Альманах клинической медицины – 2001 - №4 – с.238-246
7. Лавров А.Ю., Яхно Н.Н. Головокружение// РМЖ – 2001 - №13
8. Качков И.А. , Подпорина И.В Невринома VIII нерва// РМЖ – 1998 - №9
9. Федин А.И. Цервикальное головокружение// Атмосфера. Нервные болезни – 2003 - №1 – с.2-6
10. Еромолаева Е.С. Хроническое головокружение: причины, тактика ведения пациента// РМЖ – 2017 - №9 – с.677-680