

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).