

АО «Медицинский Университет Астана»

*«Центральное и
периферическое головокружение»*

Искакова Б.Б. 615

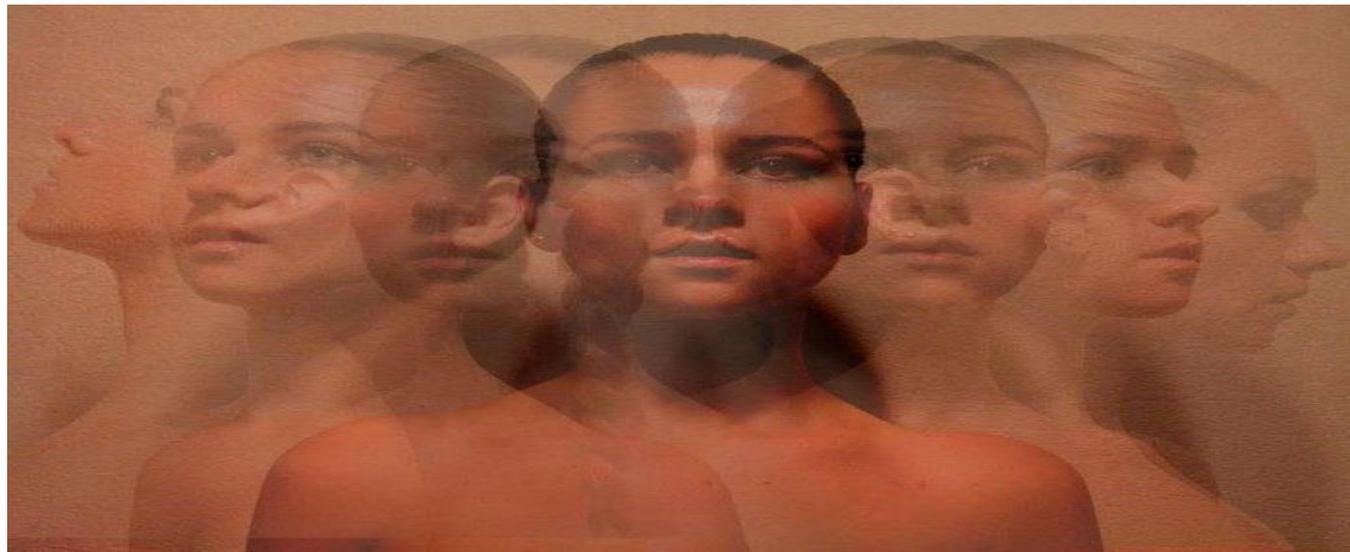
Балтаева Ж.Ш.

Астана 2017 год

Головокружение — это симптом, который может сопровождать течение целого ряда заболеваний различных органов и систем организма. В неврологической практике головокружение является ведущей жалобой примерно у 12% больных. Самое распространенное определение головокружения как «иллюзии движения» или «галлюцинации движения» наиболее точно подчеркивает субъективность этих ощущений.

Можно также определить головокружение как ощущение нарушенной ориентации тела в пространстве, то есть ощущение вращения пациента или окружающих предметов.

В любой ситуации необходимо помнить, что головокружение — это не нозологическая форма, а симптом, поэтому задачей врача является, с одной стороны, его идентификация и купирование, а с другой — выявление причины и ее устранение.



Головокружение

Вестибулярное

Под вестибулярным головокружением понимают иллюзию движения самого человека или предметов окружающей среды. Вестибулярное (истинное или системное) головокружение свидетельствует о патологии вестибулярного анализатора, причем как его периферического, так и центрального отделов.

Центральное

возникает в центральных отделах. от ядер вестибулярного нерва в стволе головного мозга до височных долей коры больших полушарий

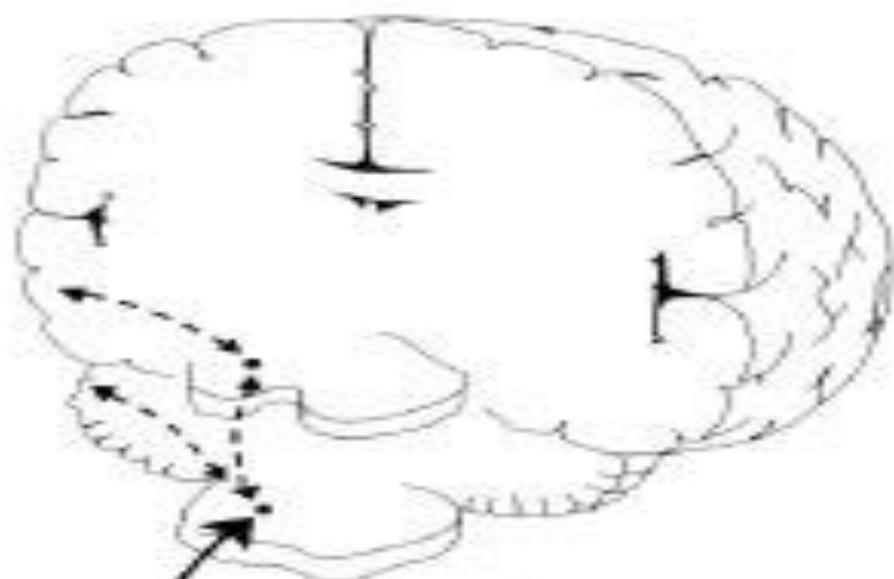
Невестибулярное

Все другие ощущения, которые отличаются от системного головокружения (расстройства равновесия — неустойчивость, пошатывание; чувство опьянения и дурноты; синкопальные и предобморочные состояния; «пелена» перед глазами, «пустота и легкость» в голове и прочие ощущения дискомфорта в голове) не связаны с патологией вестибулярного анализатора и носят название невестибулярного (несистемного) головокружения.

Периферическое

возникает в преддверии. если процесс локализуется во внутреннем ухе, вестибулярном нерве, мостомозжечковом углу и до ядер вестибулярного нерва в стволе головного мозга

**Зоны поражения,
вызывающие
головокружение
центрального генеза**



**Зоны поражения,
вызывающие
периферическое
головокружение**



Рисунок 1. Зоны поражения вестибулярного анализатора при центральном и периферическом головокружениях

В зависимости от уровня поражения вестибулярного анализатора выделяют периферический (ПВС) и центральный (ЦВС) вестибулярные синдромы.

ПВС возникает при поражении рецепторных образований внутреннего уха, вестибулярного ганглия и корешка VIII пары черепных нервов. Наиболее часто встречающиеся нозологические формы, сопровождающиеся ПВС, — болезнь Меньера, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), острый и хронический лабиринтит, острое нарушение кровообращения во внутренней слуховой артерии.

Характерными особенностями **периферического вестибулярного головокружения** являются:

- приступообразное течение — головокружение имеет внезапное начало и конец;
- ограниченность приступа во времени (приступ редко превышает 24 часа);
- сочетание головокружения с выраженными вегетативными расстройствами;
- хорошее самочувствие больного между приступами;
- быстрое наступление компенсации за счет включения центральных компенсаторных механизмов — продолжительность остаточной вестибулярной дисфункции редко превышает месяц

Для системного вестибулярного головокружения **центрального генеза** характерны:

- — хроническое течение, отсутствие четких временных границ;
- — умеренная интенсивность;
- — сочетание с симптомами поражения центральной нервной системы;
- — длительное (месяцы, годы) присутствие остаточной вестибулярной дисфункции вследствие ограниченности компенсаторных возможностей при центральном поражении;
- — отсутствие слуховых нарушений.

Дифференциальная диагностика

- Важное значение в дифференциальной диагностике периферического и центрального вестибулярного головокружения имеет исследование нистагма. Отличительные признаки нистагма при **периферическом вестибулярном головокружении**:
 - 1. Нистагм *спонтанный, односторонний, горизонтальный*.
 - 2. Направление спонтанного нистагма в *здоровую сторону независимо от направления взгляда*.
 - 3. *Усиливается* при взгляде в эту же сторону.
 - 4. Фиксация взора *уменьшает* нистагм и головокружение.
 - 5. Нистагм *не исчезает* при закрытых глазах (виден под прикрытыми веками).
 - 6. Продолжительность в течение *нескольких секунд*.

Отличия нистагма при *центральной вестибулярном головокружении*:

- 1. Спонтанный нистагм либо отсутствует, либо имеет *разные направления* в зависимости от направленности взгляда и уровня поражения (горизонтальный, вертикальный, диагональный, конвергирующий); горизонтальный нистагм является *симметричным*.
- 2. *Увеличивается* или не изменяется при фиксации взора.
- 3. Наиболее выражен при взгляде *в сторону поражения*.
- 4. *Исчезает* при закрытых глазах.
- 5. Продолжительность — в течение *минуты*.

Периферическое головокружение

- Если поражение вестибулярного анализатора происходит в области *лабиринта*, то у пациента имеется **только вестибулярный симптомокомплекс**, то есть:
 - — системное головокружение;
 - — спонтанный односторонний горизонтальный нистагм в здоровую сторону;
 - — вестибулярная атаксия с тенденцией наклона или падения в сторону пораженного лабиринта;
 - — вегетативные нарушения (тошнота, рвота, гипергидроз).
- Вестибулярный симптомокомплекс **при поражении лабиринта** имеет:
 - — выраженную интенсивность;
 - — острое внезапное начало;
 - — усиливается при поворотах головы.

Причины периферического головокружения

Заболевание	Комментарии
Доброкачественное позиционное головокружение	Приступы кратковременного головокружения при перемене положения головы
Болезнь Меньера	Приступы головокружения, прогрессирующее снижение слуха, шум в ухе, заложенность уха
Вестибулярный нейронит	Приступ сильного изолированного головокружения; почти никогда не рецидивирует
Острый лабиринтит	Головокружение + снижение слуха
Инфаркт лабиринта	Головокружение + снижение слуха
Сотрясение лабиринта	Головокружение после ЧМТ
Перилимфатическая фистула	Головокружение при натуживании, кашле, чихании, физическом усилии. Снижение слуха.
	.

Центральное головокружение

- *Если системное головокружение сопровождается **очаговой неврологической симптоматикой**, речь идет о **центральном вестибулярном синдроме!** Топическая диагностика в этом случае определяется наличием сопутствующих неврологических синдромов. Этими синдромами могут быть:*
 - — ствольные симптомы (глазодвигательные, бульбарные);
 - — мозжечковые нарушения;
 - — экстрапирамидные нарушения;
 - — пирамидная симптоматика;
 - — зрительные нарушения;
 - — сенсорная недостаточность;
 - — ипсилатеральные тригеминальные невралгии;
 - — периферическое поражение лицевого нерва;
 - — симптомы раздражения височных отделов коры.

Причины центрального головокружения

Заболевание	Комментарии
Мигрень	Рецидивирующее головокружение в сочетании с мигренозной головной болью
Артериальная гипертензия	Головокружение возникает при подъеме АД и Медикаментозной коррекции
Инсульт	Головокружение сопровождается другими очаговыми неврологическими симптомами
Рассеянный склероз	Головокружение сопровождается другими очаговыми неврологическими симптомами
ХИМ (ДЭП), ГЭП	Головокружение сопровождается неврологическими симптомами.
Опухоль мостомозжечкового угла	Задолго до головокружения начинает снижаться слух. Головокружение сопровождается другими очаговыми неврологическими симптомами

Диагностика

Диагностические мероприятия при наличии у пациента головокружения.

- Основной диагностический поиск при жалобах больного на головокружение сводится к трем основным этапам определения:
 - I. Характера головокружений.
 - II. Уровня поражения вестибулярного анализатора или других структур нервной системы.
 - III. Нозологической формы.
- Для этого проводится анализ жалоб, выясняя характер и длительность головокружения, остроту и сопутствующие жалобы.
- При выяснении анамнеза обращается внимание на наличие сопутствующих соматических заболеваний; заболеваний наружного, среднего, внутреннего уха; травм шейного отдела позвоночника; баротравмы; прием медикаментов; употребление алкоголя и наркотических веществ.
- **При объективном обследовании:**
 - — контроль артериального давления (лежа и сидя) и частоты сердечных сокращений (для выявления постуральной гипотензии);
 - — проверка слуха (шепотная речь);
 - — тесты на равновесие (проба Ромберга, стояние на одной ноге с закрытыми глазами, тандемная ходьба);
 - — выявление нистагма и определение его характеристик;
 - — определение подвижности шейного отдела позвоночника;
 - — выявление миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации;
 - — исследование неврологического статуса.

Дополнительные методы обследования:

- 1. Клинический анализ крови.
- 2. Гематокрит, коагулограмма.
- 3. Сахар крови натощак.
- 4. ЭКГ и УЗИ сердца.
- 5. Аудиометрия.
- 6. Калорическая проба. Следует помнить, что хотя калорическая проба является золотым стандартом исследования лабиринтов, она позволяет выявить лишь 20 % нарушения их функции, поэтому отрицательные результаты пробы не всегда свидетельствуют об отсутствии поражения лабиринта.
- 7. Транскраниальная доплерография позвоночных артерий.
- 8. Рентгенологическое обследование шейного отдела позвоночника (функциональные пробы).
- 9. Рентгенограмма большого затылочного отверстия и краниовертебрального отдела (для выявления краниовертебральных аномалий).
- 10. Нейровизуализация — МРТ головы и шейного отдела спинного мозга и позвоночника.
-

Лечение головокружения

Лечение основного
заболевания

Купирование
СИМПТОМОВ

Снижение
психологического
дистресса

Препараты, используемые для лечения головокружения

- **Препараты для устранения головокружения (специфические вертиголитики)**
 - Бетагистин
 - Циннаризин (Стугерон, Циннаризин)
- **Психостимуляторы и ноотропы**
 - Пирацетам (Ноотропил, Луцетам)
 - Винпоцетин (Кавинтон, Винпоцетин)
- **Анксиолитики:**
 - Диазепам (Реланиум, Седуксен)
- **Комбинированные препараты**
 - Пирацетам + Циннаризин (Фезам, Омарон)