

ОБЗОРЫ

УДК 616.28-008.55

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)*Абитова Г.К., Ашимов Ж.М., Мамыров Ж.Т.,
Бердикожоева Ж.О.*Кыргызская государственная медицинская
академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Статья посвящена проблеме головокружения, которая является одной из частых жалоб пациентов обращающихся к врачу. Рассмотрены вопросы механизма возникновения головокружения, также подробно описано при каких патологических состояниях бывает головокружение и его лечение.

Ключевые слова: головокружение, системное, несистемное, вестибулярные синдромы: центральные и периферические, бетасерк.

БАШ АЙЛАНУУ
(ЖАЛПЫ АДАБИЯТТЫ ИЗИЛДОО)И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз
мамлекеттик медициналык академиясы

Бул макалада назарыңыздарга бейтаптарда көп кездешүүчү баш айлануу проблемасы корсотулгон. Уй-булолук дарыгерлерге, невролог жана отоларинголог дарыгерлерине баш айлануунун себептери, мунозу, белгилери жонундо айтылып, дарылоонун турлору берилген.

Негизги сөздөр: баш айлануу, тутумдуу жана тутумсуз, вестибулярдык синдромдор: борбордук жана четки, бетасерк.

Головокружение – одна из частых жалоб, с которыми пациенты обращаются к врачу. В различных возрастных группах частота этой жалобы составляет от 5 до 30 %. Задача врача – выяснить, какие реальные ощущения испытывает больной, называя их головокружением. Во – вторых, числа заболеваний различного генеза, быстро сориентироваться в которых нелегко даже опытному врачу.

Поэтому диагностический поиск при жалобах на головокружение начинается с тщательного анализа самих жалоб. Жалуясь на головокружение, пациент обычно имеет в виду одно из 3-х ощущений:

1.«Истинное» головокружение, к которому рекомендуют относиться системное (вращательное, круговое) головокружение.

2.Состояние «дурноты» в виде ощущения общей слабости, тошноты, дискомфорта, холодного пота, предчувствия неминуемого падения и потери сознания.

3. 3-й вариант головокружений подразумевает трудноописуемые ощущения, возникающие иногда во время перемещения взора, в процессе передвижения больного с нарушением координации движений, неустойчивостью тела, нарушениях походки разного типа и пр.

Все три типа совершенно разных ощущений обозначаются одним словом – «головокружение», но за каждым из них стоят неврологические синдромы, ведущие к разным рядам заболеваний. Первый тип головокружений называется вестибулярным и сопровождается характерным вестибулярным симптомокомплексом, второй вариант головокружений характерен для липотимических состояний реже является причиной диагностических затруднений и отражает зрительно – вестибулярные, постуральные, апракто-атактические и другие подобные нарушения, имеющие неоднозначную, часто смешанную природу.

Причины возникновения головокружение весьма разнообразны(поражение полукружных каналов и вестибулярного корешка предверно-улиткового нерва, сосудов вертебробазиллярного бассейна, коры, мозжечка, ретикулярной формаций, экстрапирамидной системы и др.)

Механизм возникновения головокружения.

С самого рождения эта информация перерабатывается и хранится в центре, которым, по видимому, является ретикулярная формация ствола головного мозга. Кора, мозжечок, ретикулярная формация, экстрапирамидная система оказывают свое регулирующее влияние на центр равновесия. Новая афферентная информация постоянно сравнивается с хранимой информацией. В результате подобной переработки информации, поступающей от различных отделов системы равновесия, человек осознает положение головы и тела в пространстве, способен управлять позой и движением.

При нормальных условиях происходит моментальное «распознавание» новых сенсорных импульсов, что дает возможность вестибулярной активности оставаться на подсознательном уровне. Однако при необычных условиях (например, катание на лыжах, плавание) интеграция вестибулярной информации и управления позой и движением становятся осознанными. Новая вестибулярная информация «незнакома» для центра и она может провоцировать нежелательную активность вегетативной нервной системы. Такая реакция будет продолжаться до тех пор, пока в «памяти» не вырабатывается механизм для «распознавания новой информации». В повседневной жизни эти процессы идут постоянно.

Головокружение подразделяется на вестибулярное и невестибулярное, иначе их интерпретируют как системное и несистемное.

Известно, что при раздражении вестибулярного анализатора возникают следующие виды головокружения:

1. **Проприоцептивное**, т.е. ощущение пассивного движения собственного тела в пространстве.

2. **Тактильное или осязательное**, т.е. ощущение движения опоры под ногами, под руками(пола, стола), качание по волнам, ощущение проваливание либо приподнимания тела, качание вперед и назад, направо-налево, вверх-вниз, зыбкость почвы, идет как по «кочкам», «по болоту», по «резиновым подушкам».

3. **Зрительное головокружение** или поступательное движение предметов видимой обстановки.

Все 3 вида головокружения всегда связаны с раздражением определенного участка вестибулярного аппарата. Головокружения такого вида называются системными, вестибулярными (ВГ).

Вестибулярное головокружение (истинное головокружение, вертиго) обычно обусловлено поражением периферического или центрального отделов вестибулярной системы. Оно проявляется иллюзией движения собственного тела или окружающих предметов. При ю\этом возникает ощущения вращения, качания,падения или наклона. Острое головокружение часто сопровождается вегетативными симптомами (тошнотой, рвотой, повышенным потоотделением), чувством страха, нарушением равновесия и нистагмом(последний иногда приводит к нечеткости зрения).

Вестибулярное головокружение (истинное головокружение, вертиго) обычно обусловлено поражением периферического или центрального отделов вестибулярной системы

Дифференциация периферического и центрального вестибулярных синдромов

Заболевания и патологические состояния, сопровождающиеся периферическим поражением вестибулярного анализатора.

Поражение вестибулярного анализатора периферического уровня.

При поражении периферических отделов вестибулярного анализатора страдают сенсорные элементы ампулярного аппарата и преддверия, вестбулярного ганглия и нервных проводников ствола мозга. Причины периферического поражения вестибулярного анализатора могут быть множественными разнообразными: лабиринтиты различной этиологии- вирусные и бактериальные (гнойные и серозные), вызванные ототоксическими антибиотиками, солями тяжелых металлов, различными отравлениями, термические, травматические и тромбоз или кровоизлияние в области кровоснабжения лабиринтной артерией, при остром и хроническим среднем отите, при разрушении костной стенки горизонтального полукружного канала холестеатомой в полости среднего уха, травма круглого или овального окна; купулолитиазис, травма височной кости с переломами пирамиды; заболевания крови, профессиональные заболевания (шумовые, вибрационные).

Болезнь Меньера.

Это сильное головокружение с тошнотой, рвотой, шумом в ухе, ощущением давления, распираия в ухе нередко со снижением слуха.

Приступ длится несколько часов. Выявляется горизонтальный и ротаторный нистагм. На ранних стадиях заболевания слуховые расстройства регрессируют полностью, в последующем становятся необратимыми. Аудиометрия слуха более чем на 10 дБ на 2 различных частотах. При болезни Меньера развивается отек лабиринта вследствие расширения эндолимфатической системы. При прогрессировании заболевании может произойти разрыв мембраны, отделяющей перилимфу от эндолимфы, что приводит к нарушениям слуха и равновесия. Заживление разрыва мембраны и восстановление состава эндолимфы приводит к нормализации этих функций[1].

Периферический синдром	Центральный синдром
Место поражения- внутреннее ухо,вестибулярный узел, вестибулярный порция VII нерва.	Место поражения- вестибулярные ядра , центральные вестибулярные пути, мост мозга, диэнцефально-подкорковые отделы мозга
Наряду вестибулярными нарушениями, как правило, снижается слух, имеется шум в ушах.	Вестибулярные нарушения чаще бывают изолированными (не сопровождаются снижением слуха). Только ядерное поражение и нарушение в среднем мозге дают снижение слуха.
Головокружение имеет большую интенсивность, чаще проявляться в виде вращения, падения.	Головокружение менее интенсивное, проявляется в виде чувства неустойчивости.
Спонтанный нистагм по направлению бывает горизонтальный, реже горизонтально-ротаторный. Никогда не встречаются вертикальный, диагональный, конвергирующий спонтанный нистагм.	Спонтанный нистагм по направлению, кроме горизонтального и ротаторного, может быть вертикальный, диагональный, конвергирующий.
Спонтанный нистагм обычно равномерной амплитуды.	Спонтанный нистагм неравномерной амплитуды.
Спонтанный нистагм направлен в одну сторону (нистагм деструкции или ирритации).	Спонтанный нистагм нередко имеет множественный характер (сочетание горизонтального нистагма в обе стороны с вертикальным нистагмом вверх или вниз, либо с диагональным нистагмом).
Спонтанный нистагм всегда бинокулярный.	Спонтанный нистагм может иметь элементы монокулярности.
Спонтанный нистагм часто сопровождается вестибуло-двигательными реакциями в мышцах туловища и конечностей. Их направление соответствует медленной фазе нистагма	Реакция отклонения рук и туловища не всегда соответствует медленной фазе нистагма(вестибулярная дисгармония)
Спонтанный нистагм часто сопровождается головокружением и вегетативными реакциями.	При стволовом нистагме даже резко выраженном, головокружение и повышения вегетативных реакций обычно не наблюдается
Спонтанный нистагм исчезает через 2-3 недели вследствие компенсаторной перестройки	Спонтанный нистагм может оставаться очень медленно , иногда всю жизнь

Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение.

Наиболее часто встречающийся вертиго, для которого характерно возникновение головокружения при быстром изменении положения головы и тела, когда больной находится в горизонтальном положении или при наклоне вперед и запрокидывании головы назад. Головокружение проходит самостоятельно-длительность его от нескольких секунд до 1 мин. ДППГ может персистировать в течение нескольких месяцев. С возрастом частота увеличивается. У женщин эта патология встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин. В патогенезе ведущую роль играет купулолитиаз - отложение сгустка кристаллов карбоната кальция на купуле – желатинозной массе, покрывающей рецепторную зону полукружного канала, и повышение чувствительности рецепторов полукружных канальцев [2].

Лабиринтиты.

Лабиринтиты также вызывают типичные приступы системного головокружения нарушения слуха, регресс которых развивается медленно в течение нескольких недель и месяцев по мере ослабления причины, вызвавшей их. Известны лабиринтиты бактериальные и вирусные.

Невринома статоакустического нерва (Восьмого черепно-мозгового нерва).

Начало заболевания постепенное. Головокружения редкие. Быстро наступает глухота при развитии во внутреннем слуховом проходе. При развитии ее в области мостомозжечкового угла тугоухость развивается медленно, иногда годы. Характер аудиологической кривой нисходящий, слуховые нарушения прогрессируют. Следует обратить особое внимание, что невринома VIII нерва в некоторых случаях может проявляться острым системным головокружением, что может привести к ошибочному диагнозу. На более поздней стадии появляются признаки поражения других черепно-мозговых нервов. При закрытых глазах или в темноте выявляется постоянный двунаправленный частый нистагм, вестибулярная арефлексия, признаки поражения лицевого и тройничного нервов, признаки поражения мозжечка, изменения глазного дна. Необходимо раннее детальное обследование с привлечением отоневролога, окулиста, невролога, рентгенография височных костей по Стенверсу. Наиболее целесообразно проведение МРТ направление в специализированное учреждение для консультации нейрохирурга [4].

Вестибулярный нейронит (Острая периферическая вестибулопатия, вестибулярный неврит).

Вестибулярный нейронит проявляется внезапным продолжительным приступом головокружения, который часто сопровождается тошнотой, рвотой, нарушением равновесия и чувством страха. Симптомы усиливаются при движениях головы или изменении положения тела. Больные переносят это состояние крайне тяжело и часто не поднимаются с постели. Заболевание

возникает преимущественно в возрасте 30-35 лет. Начало острое. Головокружение сильное, истощающее, продолжается несколько дней, далее развиваются слабость, неустойчивость. Характерен спонтанный нистагм, медленная фаза которого направлена в сторону пораженного уха. На этой же стороне снижается реакция на холодную пробу. Часто отмечается позиционный нистагм [3].

Острое головокружение обычно через несколько часов, однако может повторяться в ближайшие дни или недели. В дальнейшем может сохраняться остаточная дисфункция, проявляющаяся нарушением равновесия, особенно выраженным при ходьбе. Почти в половине случаев приступы повторяются через несколько месяцев или лет. Причина вестибулярного нейронита неизвестна. Предполагается вирусная этиология, однако доказательств этого нет. Вестибулярный нейронит является скорее синдромом, нежели отдельной нозологической формой.

Головокружение при патологии шейного отдела позвоночника

Появление головокружения возможно также после травмы шейного отдела позвоночника, при спондилезе. Причиной головокружения в этих случаях могут быть патологические импульсы от проприорецепторов шейных мышц. При этом чаще наблюдается нарушение равновесия, толчки в сторону и ощущения легкого головокружения, возникающего при поворотах головы [5].

Некоторые заболевания и патологические состояния, сопровождающиеся центральным поражением вестибулярного анализатора.**Признаки центрального поражения вестибулярного анализатора**

Любые поражения вестибулярного анализатора уровня вестибулярный ядерный комплекс- кора головного мозга принято называть центральным поражением.

На уровне второго нейрона информация от лабиринтов интегрируется с информацией от соматосенсорных систем. Часть нейронов вестибулярных ядер получает первичную вестибулярную информацию, а большая часть афферентов поступает в мозжечок. К нейронам II порядка (за исключением интерстициальных ядер) идут афференты от контралатеральных вестибулярных ядер, от мозжечка, ретикулярной формации и спинного мозга. Верхнее вестибулярное ядро связано с глазодвигательными нервами через медиальный продольный пучок, идущий от спинного мозга до таламуса, и мультисинаптической связью с ретикулярной формацией.

Латеральное ядро вестибулярного ядерного комплекса обеспечивает спинальную активность по ипсилатеральному вестибулоспинальному тракту, а так же билатерально с глазодвигательными нервами, со спинным мозгом, часть волокон связана с мозжечком, ретикулярной формацией и контралатеральными вестибулярными ядрами и участвует в координации движения глаз, головы и шеи. Нижнее вестибулярное ядро большинством

волокон связано с мозжечком и ретикулярной формацией, отвечая за информацию обоих лабиринтов с интеграцией информации от мозжечка и ретикулярной формации.

Таким образом, имеется тесная связь вестибулярного аппарата с многочисленными системами мозга, которые избирательно отвечают на вестибулярные раздражения и функционально связаны.

Вестибулярные нарушения при вертебрально-базиллярной недостаточности

Головокружение является одним из наиболее частых симптомов у больных ишемической болезнью головного мозга.

Головокружение у больных этой группы обусловлено как правило, следующими причинами или их сочетанием

- 1) Возрастными изменениями сенсорной системы
- 2) Снижением компенсаторных возможностей центральной механизмов равновесия.
- 3) Сосудисто-мозговой недостаточностью с преимущественным поражением вертебрально-базиллярной системы.

При этом ведущую роль играет поражение вестибулярных ядер ствола или вестибулоомозжечковых связей, однако определенное значение имеет и так называемый «периферический» компонент, обусловленный атеросклеротическим поражением сосудов внутреннего уха.

Вестибулярные нарушения при вертебрально-базиллярной недостаточности (Верещагин Н.В 2001) проявляются в виде остро развивающихся системных головокружений; выявляется спонтанный нистагм, иногда только после специальных проб с поворотами головы в сторону и фиксации ее в этих позах (проба Де Клейна). При этом головокружение как моносимптом может, по данным Е.В. Шмидта (1995) расцениваться в качестве достоверного признака дисциркуляции в вертебрально-базиллярной системе только в сочетании другими признаками нарушения кровообращения в ней у больных с относительно стойким отоневрологическим симптомокомплексом. Менее известны, хотя встречаются нередко, оптиковестибулярные расстройства. К ним относятся симптомы «колеблющиеся тени» и «конвергентного головокружения» когда больные испытывают головокружение или неустойчивость при мелькании света и тени или при взгляде вниз [6].

Диагностика головокружения.

Таким образом, множественность причин, вызывающих системное головокружение и многоуровневость возможного поражения вестибулярного анализатора, приводящего к развитию головокружения, создают определенные трудности в диагностике. При этом следует помнить, что головокружение в сочетании с нарушением функции ствола мозга- двоением или нарушением чувствительности на лице или конечностях- указывает на центральную причину, в то время как головокружение в сочетании с

жалобами на слух - обычно периферического лабиринтного происхождения.

Собирая анамнестические данные, необходимо уточнить ощущает ли больной вращение окружающих предметов или собственного тела, каков характер головокружение – постоянный или приступообразный, влияет ли на возникновение головокружения изменения положения головы, нет ли шума в ушах, снижения слуха, имеют ли место тошнота или рвота, не было ли травмы головы и шеи, какова острота зрения и пользуется ли пациент очками, принимает ли больной лекарства и какие, а так же употребляет ли спиртное, наркотики.

При отсутствии изменений со стороны сердечной деятельности (нарушения ритма, аортального стеноза) и периферической крови(анемии,гипергликемии) необходимо направить больного к специалисту, так как для уточнения уровня поражения вестибулярного анализатора потребуются оценка неврологического статуса, отоневрологического статуса, проведение тональной аудиометрии, возможно, электрокохлеографии, МРТ головного мозга.

Лечение головокружения.

Лечение системного головокружение чаще носит симптоматический характер. Этиологическая терапия возможна лишь при ограниченном круге заболеваний (бактериальный лабиринт, ствовой инсульт, височная эпилепсия, базилярная мигрень, холестеатома и другие опухоли, вовлекающие вестибулярный анализатор).

Для купирования головокружения используются вестибулолитические средства, действующие на уровне вестибулярных структур, в основном вестибулярных ядер ствола.

Важную роль в функционировании вестибулярных структур играет гистаминергическая система. Передача импульсации от вестибулярных ядер обеспечивается преимущественно гистаминергическими нейронами. Гистаминергическая система также обеспечивает передачу возбуждения между вестибулярными ядрами и рвотным центром. Поэтому для лечения системного головокружения используют антигистаминные препараты (меклозин, прометазин), а также транквилизаторы(диазепам , лоразепам) для уменьшения тревожности, Тошноту, мучительную рвоту снимает метоклопрамид. При продолжительном приступе проводится дегидратация (зуфиллин 2,4% 10,0 мл внутривенно, маннитол 15% 200мл) внутривенно вводится диазепам 1,0 мл.

В последние годы купирования головокружение, а также в целях профилактики приступов успешно применяется бетагистина гидрохлорид, имеющий структурное сходство с гистамином, аффинитет к блокированию H3 – и стимуляции H1 рецепторов. Блокируя H3- рецепторы, бетагистина гидрохлорид увеличивает высвобождение нейромедиаторов из нервных окончаний пресинаптической мембраны(гистамин препятствует высвобождению медиаторов) оказывая ингибирующий эффект в отношении вестибулярных ядер ствола мозга, улучшает кровоснабжения внутреннего уха.

Препарат рекомендуется в суточной дозе для взрослых 24-48 мг в 3 приема. Таблетка содержит 8 и 16 мг бетагистина гидрохлорида. В момент приступа прием 2-3 таблеток бетагистина гидрохлорида способствует купированию головокружения.

Длительное использование бетагистина гидрохлорида может приостановить прогрессирование процесса. Кроме того при болезни Меньера рекомендуется ограничить прием кофе и отказаться от курения [7].

Литература

1. Fischer AJ. Histamine in the treatment of vertigo. 1991 ; (Suppl. 479) :24-8.
2. Claes J. Van De heyning PH. Acta Otolaryngol 2000 (Suppl. 544) 34-9.
3. Варлоо, Деннисидр. Инсульт. Практичное руководство для ведения больных. 1998
4. Дике М.Р Худа Д.Д. Головокружение М.:Медгиз, 1989
5. Вейс Г. Неврология/Под ред. Самуэльса 1997. 94-120
6. Brett I. Pediatric Neurology. USA 1997.7. Шмидт Е.В. Лунев Д.К. Верещагин Н. В. Восудистые поражения нервной системы М. Медицина 1995 662с.
7. Лавров А.Ю. Штульман Д.Р. Яхно Н.Н. невролог журн. 2000:59. Balah RW Lancet 1998:352;1841-46.

VERTIGO (LITERATURE REVIEW)

G.K.Abitova, J.M. Ashimov, J.T. Mamyrov, J.O. Berdikojoeva

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Neurology and Medical Genetics Department of
KSMA,
Bishkek, Kyrgyz Republic.

The article is dedicated to the problem of vertigo which is one of the most frequent complaints of the patients seeing a doctor.

Keywords: vertigo, rotary and non-rotary vertigo, peripheral and central vestibular syndromes, betaseric.



УДК 616.831-005:612.134]-073.756.8

ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ ВЕНОЗНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА, НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Жолдошев Э. К.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г.Бишкек, Кыргызская Республика.

Представлен обзор данных литературы об острых нарушениях венозного кровообращения головного мозга: тромбозах мозговых вен и синусов, венозных инфарктах. Даны основные сведения о статистике среди острых нарушений мозгового кровообращения, клинической картине и нейровизуализационных методах диагностики в сравнении с острыми нарушениями мозгового кровообращения по артериальному типу.

Ключевые слова: синус тромбоз, тромбоз мозговых вен, венозные инфаркты, клиническая картина и нейровизуализационные методы диагностики.

БАШМЭЭНИН КОК КАНТАМЫР АРКЫЛУУ КАН АЙЛАНУУСУНУН БУЗУЛУШУ, ДАРТТЫ АНЫКТООНУН НЕЙРОВИЗУАЛДЫК ЫКМАСЫ (ЖАЛПЫ АДАБИЯТТЫ ИЗИЛДОО)

Жолдошев Э. К.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Бул обзордо башмээнин коккантамыр аркылуу канн айлануусунун бузулушу: башмээнин тамырларында жана синустарда кандын уюпкалуусу, кок кантамырдын инфаркттары жонундо берилген. Башмээ канайлануусунун начарлашынын статистикасы, клиникалык суроттомосу, дартты аныктоонун нейровизуалдык ыкмасы тууралуу жана ушулар менен бирге башмээдеги кызыл кантамыраркылуу канайлануунун бузулушу менен салыштырылды.

Негизги сөздөр: синустун тромбозу, башмээнин кок кантамырларынын тромбозу, кок кантамырдын инфаркттары, клиникалык суроту жана дартты аныктоонун нейровизуалдык ыкмалары.

Введение. Среди острых нарушений мозгового кровообращения расстройства венозного кровообращения занимают определенное место, составляя 0,5-1% [3,10, 11]. А по некоторым данным до 5% от всех случаев ОНМК[9]. Если расстройства венозного кровообращения составляют 0,5-5% от всех случаев ОНМК, то в большинстве случаев они