



Головокружение: мультидисциплинарная медико- социальная проблема

**Морозова С.В.
профессор кафедры
болезней уха, горла и носа
ММА им. И.М.Сеченова**

Москва, 15 декабря 2009г.

Социально-медицинская значимость проблемы головокружения:

Выраженное нарушение статики и координации, в том числе внезапные падения, сочетание с **вегетативными расстройствами** и многократной рвотой, не приносящей облегчения, прогрессирующее снижение слуха - все это лишает больного возможности вести привычный образ жизни, выполнять профессиональные обязанности, зачастую вынуждает сменить профессию, либо приводит к инвалидности.

К головокружению невозможно привыкнуть!

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ - искажённое восприятие положения своего тела в пространстве, ощущение нарушения равновесия и кажущегося вращения окружающих предметов.

Системное (вестибулярное) головокружение (25-30%) – всегда связано с раздражением определенного участка вестибулярного анализатора. Ощущение векторного перемещения самого пациента или окружающей обстановки. Сопровождается нарушением равновесия, страхом, желанием крепко держаться за опору, тошнотой, рвотой, вегетативными расстройствами.

Несистемное (невестибулярное) головокружение (70-75%) – нарушение равновесия, странные ощущения в голове, сопровождающиеся нечеткостью восприятия окружающего мира, шаткостью походки, потерей ориентации в пространстве.

Головокружение: распространённость

Головокружением страдают до 10% пациентов, посещающих врача-невролога или оториноларинголога, и до 5% - врача общей практики.

Значительный процент больных приходится на **возрастные группы высокой социальной и профессиональной активности**

Головокружение – возможный **СИМПТОМ** более чем **80 заболеваний**.

Головокружение в гериатрической практике:

К 65 годам до 30% людей испытывают головокружение, к 80 годам – до 75% женщин и 35% мужчин.

- Социально-психологическая дезадаптация, в основе которой лежит изменение социального статуса, снижение собственных физических резервов,
- Коморбидность,
- Низкая комплаентность,
- Сокращение восприятия информации (пресбиопия, пресбиакузис, пресбиастазис, пресбиосмия).

P.Mangabeira Albernaz, 2007г.

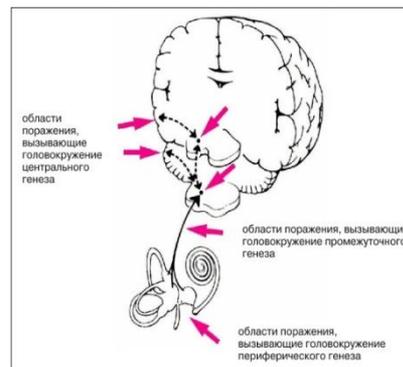
Вестибулярные нарушения - локализация

Периферическая

Внезапное начало;
продолжительность – дни;
интенсивное;
выраженное ухудшение при поворотах
головы;
слуховые симптомы (часто
односторонние);
отсутствует очаговая неврологическая
симптоматика

Центральная

Постепенное начало;
продолжительное;
длительность -
недели, месяцы;
умеренное нарушение
равновесия;
почти нет ухудшения
при поворотах головы



Головокружение:

- **Проприоцептивное** (ощущение вращения собственного тела)- при резком раздражении любого отдела вестибулярного анализатора
- **Тактильное** (осязательное): ощущение движения, качания, неустойчивости опоры под ногами – при слабом патологическом воздействии на вестибулярные структуры
- **Зрительное:** ощущение векторного движения окружающей обстановки вокруг собственного тела в сторону быстрого компонента спонтанного нистагма

Причины головокружения

Расстройство слаженной деятельности:

- вестибулярного аппарата
- зрения
- мышечно-суставного чувства
- функции мозжечка
- функции гиппокампа (place cells)

Определенное значение имеют нарушения центральной обработки информации и патологические изменения опорно-двигательного аппарата.

Классификация причин головокружения

G.R. Holt и J.R. Thomas (1980)

- сердечнососудистые заболевания
- метаболические и гематологические причины
- поражения органов шеи, в том числе дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника
- нарушения, вызванные лекарственными веществами
- заболевания центральной нервной системы
- заболевания среднего и внутреннего уха воспалительного и невоспалительного характера
- инфекционные поражения
- прочие

Головокружение при синдроме вегетативной дистонии

- **проблема климактерического возраста**
- несистемный характер головокружения
- соматические симптомы: головные боли, парестезии, потливость, тахикардия, диспепсия, метеоризм, терморегуляторные нарушения и др.
- психические симптомы: беспричинная тревожность, раздражительность, нарушения сна, нарушение способности сконцентрировать внимание утомляемость и др.
- необходимость исследования состояния ВНС (вариационная тахипульсометрия) и использования вегетотропной терапии

Липотимия

ощущение дурноты, пустоты и "легкости в голове», приближающейся потери сознания в сочетании с вегетативно-висцеральными нарушениями:

- бледностью кожных покровов
- сердцебиением
- тошнотой
- потемнением в глазах
- гипергидрозом

наблюдается при сердечно-сосудистой патологии (желудочковые нарушения ритма, аортальный стеноз), ортостатической гипотензии (лекарственной, вследствие периферической вегетативной недостаточности, гиповолемии), гипогликемии, анемии, миопии высокой степени

Головокружение при стабильной артериальной гипертензии

- **хронические нарушения регуляции мозгового кровообращения и микроциркуляции лабиринтов,**
- нарушение метаболизма вестибулярных структур,
- нарушение сосудистого тонуса и нарушение венозного оттока из полости черепа,
- церебральный атеросклероз, стенозирующие поражения брахиоцефальных сосудов
- Провоцирующие факторы: повороты головы, метеоусловия, повышение а.д.
- Клинические проявления: «неустойчивость, уплывание земли из-под ног», «мелькание мушек перед глазами», вялость, головная боль, сердцебиение, рвота, приносящая облегчение.

Головокружение при неврозах

-
- «туман в голове», ощущение лёгкого опьянения, тяжести в голове, "внутреннего головокружения", дурноты, неустойчивость, усиливающаяся при ходьбе

Возникает при эмоциональных стрессах, ипохондрическом или истерическом неврозе, тревожных и тревожно-депрессивных расстройствах

Постуральный фобический синдром. (Brandt T., Huppert D., 1994)

Головокружение при головных болях напряжения. Синдром менеджера.

- Головные боли
- Боли в глазных яблоках
- Переутомление
- перевозбуждение – долгое засыпание и затруднённое пробуждение
- Транзиторное головокружение при резкой перемене положения головы
- Периодические расстройства равновесия

Головокружение при мигрени

- Сопутствует почти 70% случаев мигрени и сопровождается
 - тошнотой
 - рвотой
 - нарушениями статики и координации
- Может быть предвестником головной боли и сопровождать фазу цефалгии
- Базилярная мигрень

Нарушения мозгового кровотока и головокружение при сердечно-сосудистых заболеваниях

- Аритмия
- Гипотензия
 - идиопатическая ортостатическая гипотензия
 - вторичная гипотензия на фоне цереброваскулярных заболеваний, болезни Паркинсона, сахарного диабета, алкоголизма, опухолей спинного мозга

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ)

- Результат перемещения фрагментов отолитов из преддверия в полукружный канал
- Может возникнуть после ЧМТ, приема алкоголя, вирусных инфекций
- Встречается у женщин в два раза чаще, чем у мужчин, в возрасте – от 45 до 60 лет

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ)

- Купулолитиаз – дегенеративный процесс с образованием отокониальных отложений в купуле фронтального полукружного канала, в результате чего повышается его чувствительность к гравитационным воздействиям при изменении положения головы
- Старение отолитов (остеопороз?)

M. Toupet FORMES CLINIQUES ET TRAITEMENTS DES VERTIGES POSITIONNELS PAROXYSTIQUES BENINS.
In Vertiges 97, ouvrage collectif du groupe d'études des vertiges, Masson, Paris, 1998, (pp 149-172).

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ)

- проявляется кратковременным (до 20 до 60 секунд) приступом вращательного головокружения в положении лежа на спине при повороте головы, при поворотах в положении лежа, сгибании и разгибании шеи, при попытке лечь в кровать.
- наличие кратковременного (до 5 секунд) латентного периода
- характерный геотропический - ротаторный нистагм, направленный «к полу», в положении лежа на стороне поражения
- отсутствуют головная боль, кохлеарные расстройства, неврологические нарушения
- возможны вегетативные нарушения
- ремиссии – от нескольких недель до нескольких лет

Диагностический тест Dix-Hallpike при ДППГ (правый задний полукружный канал)

- **ПРОВОКАЦИЯ ДППГ:** поворот направо – в положение лежа, голова пациента повернута направо на 45°. Исследуемый канал – в вертикальном положении, возникает перемещение отолитов.
- Критерии ДППГ – вращательное головокружение и регистрация ротаторного нистагма, направленного «вниз» - геотропический нистагм
- **ИНВЕРСИЯ НИСТАГМА:** при возвращении пациента в положение сидя вновь появляется системное головокружение. Регистрируется менее интенсивный, противоположно направленный нистагм.
- **ПРИВЫКАНИЕ:** проведение повторной манипуляции вызывает менее выраженное головокружение, менее интенсивный нистагм.

Метод лечения ДППГ (левый задний полукружный канал)



ДППГ: важно!

- Эффективность лечебных манипуляций (повторное проведение требуется в 30%)
- Феномен постуральной тревожности (Brandt T., 1994)
- Нарушение равновесия от нескольких минут до нескольких дней
- Значение медикаментозной коррекции
- Схожая клиническая картина при интракраниальных новообразованиях

Головокружение –наиболее частый симптом вертебрально-базилярной сосудистой недостаточности и остеохондроза.

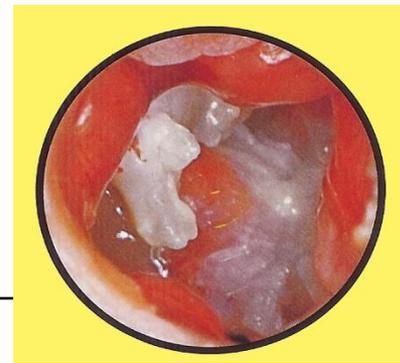
Остеохондроз, особенно сегментов CIV-CV и CVII, реже CII-CIII

- Деформирующий артроз межпозвонковых суставов, а также области унковертебральных соединений
- Деформирующий спондилез
- Оссифицирующий лигаментоз передней продольной связки шейно-грудного отдела позвоночника (болезнь Форестье)
- У 94% больных с остеоодистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника выявляются нарушения вестибулярной функции

Ототоксические лекарственные препараты как причина развития кохлеовестибулярных нарушений

- антибиотики: аминогликозидного ряда (неомицин, канамицин, дигидрострептомицин, стрептомицин, тобрамицин, сизоцимин, амикацин, нетилмицин, рибостамицин, амикацин, метилмицин, тобромицин, гентамицин, ципрофлоксацин, эритромицин)
- диуретики (ацетазоламид, этакриновая кислота)
- нестероидные противовоспалительные препараты (ацетилсалициловая кислота, натрия салицилат, диклофенак (вольтарен), ибупрофен, индометацин)
- **противоопухолевые препараты – производные платины (цисплатин, карбаплатин)**
- ингибиторы АПФ (эналаприл, моноприл)
- анестетики (лидокаин)
- антидепрессанты (ксанакс, amitриптилин, нортриптилин)
- противомаларийные препараты (хлорохин)
- блокаторы кальциевых каналов (нифедипин, нитроглицерин) и др.

Хронический гнойный средний отит: ЭПИТИМПАНИТ



346 пациентов с **эпитимпанитом**, из них с выявленными **вестибулярными расстройствами** – 111 человек (**32%**)

С.В.Морозова, Ю.М.Овчинников, Л.А.Кулакова, В.Е.Добротин, Г.Р.Каспранская, 2008

Степень и частота вестибулярных нарушений до операции обусловлены:

- интоксикацией внутреннего уха,
- кариозным процессом,
- наличием перфорации барабанной перепонки,
- частотой обострений,
- длительностью заболевания

Хронический гнойный средний отит: ЭПИТИМПАНИТ



Как правило, saniрующая операция обеспечивает положительную динамику в отношении вестибулярной функции, однако у многих больных в отдаленном периоде после операции наблюдаются вестибулярные нарушения. Этот показатель может достигать 91,3 %

Б.Г. Нараев, 2000

- Послеоперационная вестибулопатия обусловлена тем, что формирование трепанационной полости создает принципиально новое состояние среднего и внутреннего уха:
 - ▣ изменение анатомических структур;
 - ▣ нарушение кровообращения, иннервации;
 - ▣ дистрофические процессы в прилежащих тканях;
 - ▣ колонизация патогенной микрофлоры.

Хронический гнойный средний отит: МЕЗОТИМПАНИТ



366 пациентов с **мезотимпанитом**, из них 45 **(12,3%)** больных - с установленными **вестибулярными нарушениями**

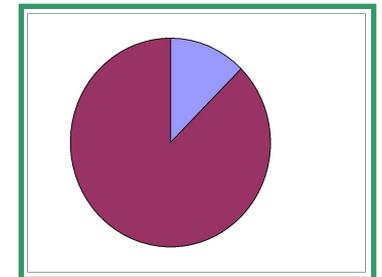
С.В.Морозова, Ю.М.Овчинников, Л.А.Кулакова, В.Е.Добротин, Г.Р.Каспранская, 2008

Вестибулярные нарушения обусловлены:

- влиянием воспалительного процесса на внутреннее ухо;
- нарушением «микроклимата» барабанной полости вследствие наличия перфорации, что приводит к раздражению лабиринта.

Диагностические пробы, отражающие сохранность механизмов поддержания равновесия и координации движения.

- Исследование устойчивости в позе Ромберга, в том числе при поворотах головы
- Проба вытянутых рук
- Указательная проба (пальце-носовая, пальце-пальцевая)
- Исследование походки («прямая» и фланговая- в норме отклонение в сторону менее 30 градусов)
- Шагающий тест Фукуда (в норме смещение не более 1 метра при повороте на угол менее 45 градусов)



Оценка функциональных нарушений при головокружении: МКФ (международная классификация функциональных ограничений жизнедеятельности и здоровья. ВОЗ, 2001)

- 11 шкал
- Звон или шум в ушах
- Головокружение
- Ощущение падения
- Тошнота, связанная с головокружением
- Наклон
- Нахождение в положении лежа
- Использование точных движений кисти
- Передвижение в пределах жилища
- Ходьба на короткие расстояния
- Ходьба на дальние расстояния
- Использование пассажирского транспорта
- 5- балльная оценка (5 – абсолютные нарушения, 1 – нет нарушений)

Отоневрологическое обследование

- Исследование спонтанной вестибулярной симптоматики
- Экспериментальные вестибулярные пробы (калорическая, вращательная)
- Электронистагмография
- Видеоокулография
- Постурография

Современные методы инструментального обследования больных с головокружением

- Компьютерная аудиометрия
- Электрокохлеография
- МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника
- Дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов
- Вариационная пульсометрия

Особенности обследования больных старших возрастных групп

- одно из наиболее типичных проявлений ДЭ – когнитивные расстройства, для диагностики которых целесообразно проводить психодиагностические исследования, оценивать состояние памяти, внимания, мышления.
- диагностические критерии для выявления когнитивных нарушений на ранней стадии:
 - наличие жалоб на снижение памяти или умственной работоспособности, высказанное самостоятельно или при активном расспросе врача,
 - легкие когнитивные нарушения, преимущественно, нейродинамического характера, выявленные при расширенном нейропсихологическом исследовании,
 - отсутствие когнитивных нарушений по результатам скрининговых шкал деменции,
 - отсутствие нарушений повседневной жизненной активности.



Акустическая невринома

Лечебная тактика: зависит от диагноза!

Медикаментозная терапия

Препараты вертиголитической направленности (**бетасерк**, дименгидринат (драмина))

Глюкокортикоиды (метилпреднизолон, дексаметазон)

Дегидратационная терапия (маннитол, диакарб)

Немедикаментозные лечебные мероприятия

Вестибулярная реабилитация

Рефлексотерапия

Гипербарическая оксигенация

Лечебные процедуры (маневры) при ДППГ

Хирургическое лечение

Инtratимпанальное использование гентамицина

Нейрэктомия, лабиринтэктомия

Бетагистина дигидрохлорид (Бетасерк)

Воздействует на кохлеарный кровоток, на центральный и периферический отдел вестибулярного анализатора.

За счет прямого воздействия на H1-рецепторы происходит вазодилатация сосудов, питающих внутреннее ухо.

Вследствие опосредованного действия на H3-рецепторы **улучшается микроциркуляция и проницаемость капилляров, нормализуется давление эндолимфы в лабиринте и улитке, увеличивается кровоток в базилярных артериях.**

Зарекомендовал себя как препарат:

- **уменьшающий интенсивность и продолжительность головокружений**
- **улучшающий координацию движений и равновесия**
- **снижающий выраженность вегетативных расстройств**
- способствующий уменьшению ушного шума и улучшению слуха
- не влияющий на артериальное давление
- не обладающий седативным эффектом

Принципы фармакотерапии головокружения

- своевременное начало
- индивидуальный подход
- длительная медикаментозная терапия – препарат **Бетасерк 24 мг 2 раза в день в течение 2-3х месяцев**
- вегетотропная терапия
- коррекция психоэмоциональных нарушений

Фармакотерапия головокружения: применение препаратов, корригирующих

- кровоснабжение лабиринта, устраняющих явления вестибулярной дисфункции
- церебральный кровоток
- артериальное давление
- проявления гиперхолестеринемии, гиперлипидемии
- углеводный обмен
- моторные нарушения кишечника
- эмоциональную лабильность, тревожность, страх.

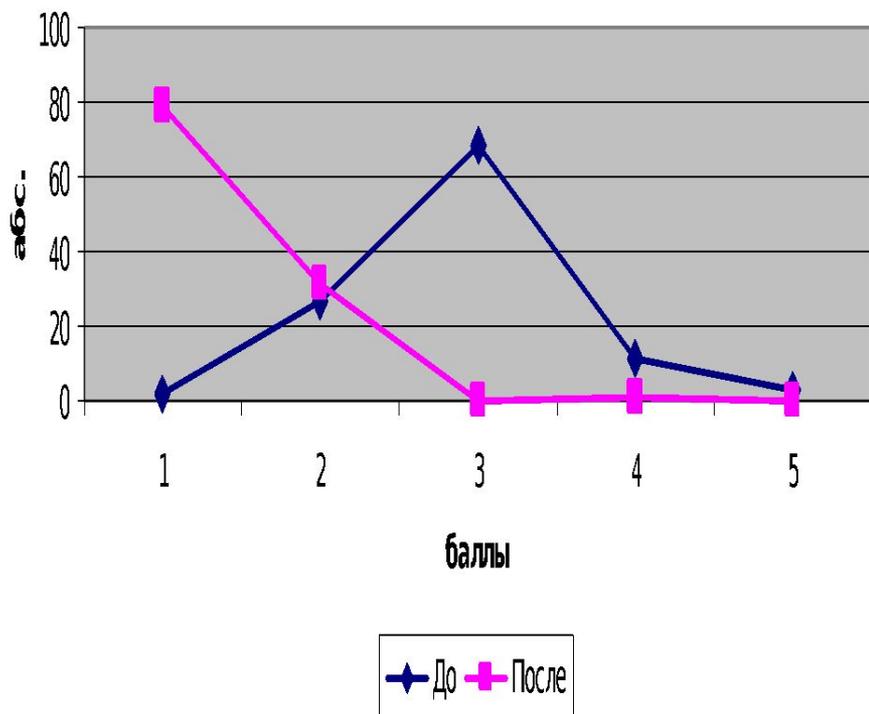
Клинико-экономический анализ применения препарата бетасерк по сравнению с циннаризином (2004г.)

- Проспективное сравнительное рандомизированное исследование
- С «натуралистическим» дизайном – после рандомизации диагностика и сопутствующее лечение по усмотрению врача
- 16 лечебно-профилактических учреждениях России
- В исследовании приняли участие 20 исследователей и 240 пациентов
- Группы идентичны по распределению по возрасту, полу, этиологии кохлеовестибулярного синдрома, наличию сопутствующей патологии и тяжести состояния на момент включения в исследования

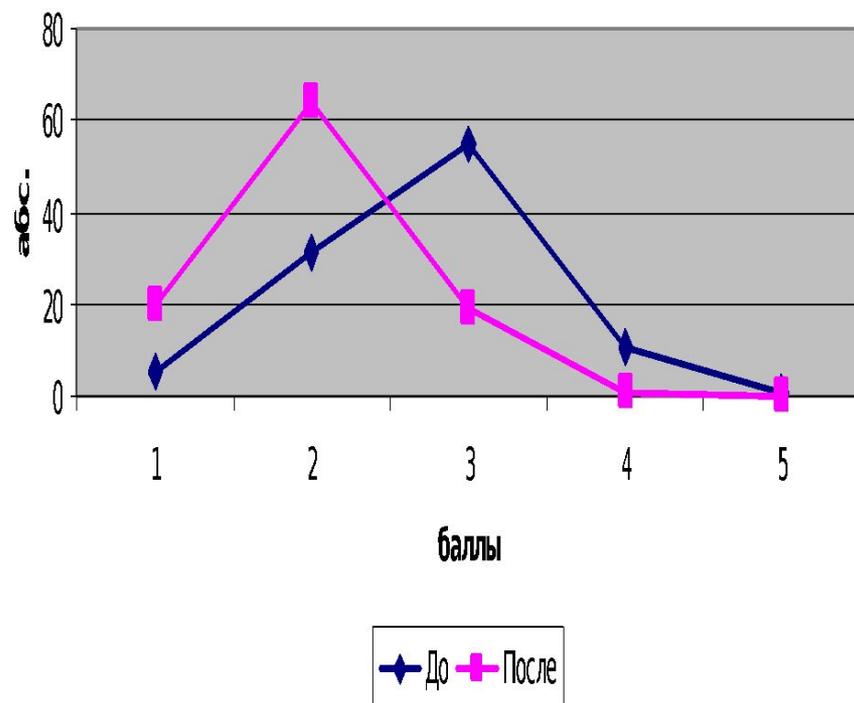
Шкала «Головокружение»

Распределение больных по функциональным нарушениям до и после лечения (М.В.Авксентьева, 2004)

Бетасерк



Циннаризин



Результаты КЭА (М.В.Авксентьева, 2004)

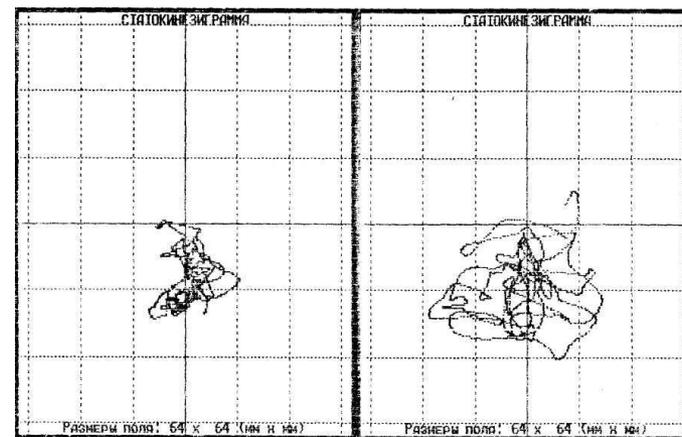
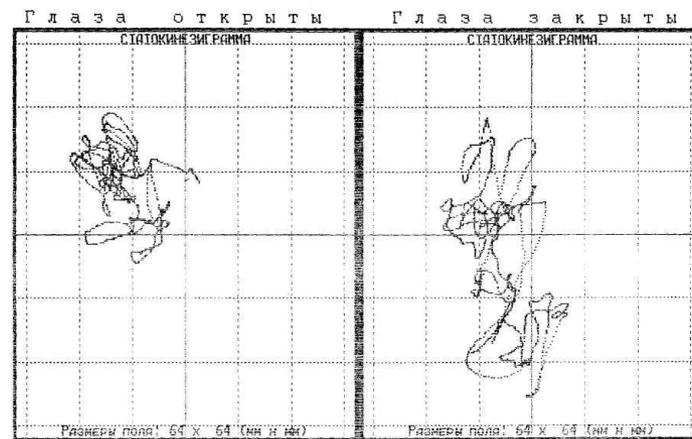
Показатель	Бетасерк	Циннаризид	Различия
		Н	
Затраты	9177,20	6425,60	2751,6
Эффективность, % больных без умеренных и тяжелых нарушений	0,86	0,39	0,47
«Затраты/ эффективность»	10 671,2	16 475,9	-
Приращение затрат		-	5 854,47

Методика реабилитационных мероприятий у больных с головокружением.

- упражнения на стабیلлографической платформе, основанные на тренировке вестибулярной функции, зрения, выработке мышечного и суставного чувства (программа ОКБ "Ритм", г. Таганрог).
- ароматерапия, повышающая эффективность вестибулярных реабилитационных упражнений
- лечебная физкультура, ориентированная на повышение статокинетической устойчивости
- коррекция тревожного состояния больного, неуверенности и страха.
- использование стабیلлографического комплекса в учреждениях социального назначения как этап клинико-социальной реабилитации пожилых людей с постуральными расстройствами.

Ольфакто-стабилографический тест

- повышение значений, отражающих перемещение центра тяжести пациента по площади и длине зарегистрировано после вдыхания запаха 70% этилового спирта и 5% уксусной кислоты, достоверное сокращение этих показателей достигнуто обонятельным воздействием валерианы лекарственной и, в меньшей степени, - кофе и розового масла.





**Уважаемые коллеги,
благодарю вас за внимание!**

**С наступающим
Новым 2010 Годом!**