

Вестибулярное головокружение: в помощь практикующему врачу

К.м.н. О.В. Зайцева, К.В. Оверченко, А.Ф. Хирнеткина

ФГБУ НКЦО ФМБА России, Москва

РЕЗЮМЕ

В статье представлены обобщенные знания о клиническом течении наиболее распространенных заболеваний, сопровождающихся вестибулярным головокружением, принципах постановки диагноза, дифференциальной диагностике. Установление причин головокружения принципиально важно, поскольку обеспечивает реальную возможность проведения патогенетически обоснованного лечения и выбора адекватной профилактической тактики. В настоящее время для купирования острого приступа вестибулярного головокружения применяют антиэметики и вестибулярные супрессанты, использование которых ограничено несколькими днями, т. к. препараты замедляют формирование компенсаторных механизмов при остром периферическом повреждении вестибулярного анализатора. Основные группы препаратов, применяемые при остром головокружении: антихолинергические, антигистаминные, антидопаминергические и бензодиазепины. Приведенные в данной статье результаты научных исследований, включая рандомизированные клинические, неинтервенционные (воспроизводящие схему повседневной работы с пациентами) и метаанализ, подтверждают эффективность клинического применения препарата Вертигохель® при головокружении, сравнимую, в частности, с эффективностью дименгидрината.

Ключевые слова: головокружение, vertigo, острый вестибулярный синдром, острый периферический вестибулярный синдром, центральное вестибулярное головокружение, болезнь Меньера, вестибулярная мигрень, Вертигохель®.

Для цитирования: Зайцева О.В., Оверченко К.В., Хирнеткина А.Ф. Вестибулярное головокружение: в помощь практикующему врачу // PMЖ. 2018. № 3(II). С. 58–61.

ABSTRACT

Vestibular dizziness: to help a practitioner
Zaitseva O.V., Overchenko K.V., Khirnetkina A.F.

Scientific and Clinical Center of Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation, Moscow

The article presents summarized data about the clinical course of the most common diseases accompanied by vestibular dizziness, the principles of diagnosis, and differential diagnosis. Establishing the causes of vertigo is fundamentally important, as it provides a real opportunity to carry out pathogenetically substantiated treatment and to select adequate preventive tactics. Currently, antiemetics and vestibular suppressants are used for the management of an acute attack of vestibular vertigo, but the use of these drugs is limited to several days, since they slow down the formation of compensatory mechanisms in acute peripheral injury of the vestibular analyzer. The main groups of medicines used for the treatment of acute dizziness are anticholinergic, antihistamines, antidopaminergic drugs and benzodiazepines. The results of scientific research, including randomized clinical trials, non-interventional studies (reproducing the scheme of a daily work with the patients), and meta-analysis in this article confirm the effectiveness of the clinical use of Vertigoheel® for treating dizziness. The efficacy of Vertigoheel® for treating vertigo is comparable to that of dimenhydrinate.

Key words: dizziness, vertigo, acute vestibular syndrome, acute peripheral vestibular syndrome, central vestibular dizziness, Meniere's disease, vestibular migraine, Vertigoheel®.

For citation: Zaitseva O.V., Overchenko K.V., Khirnetkina A.F. Vestibular dizziness: to help a practitioner // RMJ. 2018. № 3(II). P. 58–61.

Головокружение — одна из наиболее частых причин обращения к врачам разных специальностей. Так, при опросе более 20 тыс. человек в возрасте от 18 до 64 лет выяснилось, что за месяц более 20% испытали головокружение, из них свыше 30% страдали головокружением на протяжении более 5 лет [1]. В среднем около четверти населения Земли страдают головокружением [2].

- головокружение, сопровождающееся тугоухостью;
- головокружение, не сопровождающееся тугоухостью;
- головокружение с центральными неврологическими симптомами [3].

При возникновении острого вращательного головокружения важно исключить жизнеугрожающие состояния — нарушения мозгового кровообращения в вертебрально-базиллярной артериальной системе, симптомы которого варьируют и зависят от того, какая артерия окклюзирована. У пациентов с поражением в бассейне нижней мозжечковой артерии изолированное вращательное головокружение с флюктуирующим снижением слуха и/или ушным

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Наиболее часто встречающиеся случаи системного головокружения можно разделить на три группы:

шумом, имитирующее приступ болезни Меньера, может отмечаться за 1–10 дней до развития инфаркта мозга. При инсульте в бассейне вертебрально-базилярной артериальной системы головокружение сочетается с другими неврологическими симптомами, однако небольшой очаг в области узелка или клочка мозжечка, в зоне выхода корешка VIII нерва между мостом и продолговатым мозгом и/или вестибулярных ядер может вызвать изолированное головокружение без сопутствующих проявлений. Реже подобная симптоматика встречается при поражении дорзальной инсультарной коры клочка, при этом фиксируется взгляд-индуцированный нистагм [4].

В зависимости от уровня поражения вестибулярного анализатора выделяют периферическое и центральное головокружение, для дифференциальной диагностики которых в последние годы рекомендуется проведение пробы Хальмаге (тест поворота головы) и теста встряхивания головы [5].

Сочетание отрицательной пробы Хальмаге, вертикального косоглазия (*skew deviation*), меняющего направление нистагма и нарушения плавного слежения по вертикали позволяет с 100% чувствительностью и 90% специфичностью диагностировать нарушение мозгового кровообращения в стволе мозга. Тест поворота головы значим при поражении в бассейне задней мозжечковой артерии, однако имеет ограничения и может быть положительным при закупорке передней мозжечковой артерии с формированием очага в области клочка мозжечка, в вестибулярных ядрах или зоне выхода VIII нерва [6–9].

Центральное вестибулярное головокружение возникает при повреждении связи с вестибулярными ядрами в стволе мозга, нарушении связей с мозжечком, медиальным продольным пучком, с глазодвигательными ядрами и их собственными связями, нарушении вестибулоспинальных и вестибулоретикулярных связей (тракта), а также связей с корой головного мозга [10]. Ощущение толчка вперед, назад, в стороны (пропульсия, ретропульсия, латеропульсия) с высокой долей вероятности указывает на поражение ствола мозга. Диплопия, дизартрия, потеря чувствительности, парезы, сопутствующие головокружению, характерны для повреждения задней черепной ямки (включая ишемию), базилярной мигрени. Наиболее частые признаки центрального поражения вестибулярной

системы, обладающие высокой специфичностью, но низкой чувствительностью [11]:

- вертикальный нистагм;
- нистагм, меняющий направление;
- атипичный нистагм (особенно направленный вниз) в тесте встряхивания головы;
- асимметричная глазодвигательная дисфункция;
- выраженная постуральная неустойчивость с падениями.

Периферическое вестибулярное головокружение возникает при поражении сенсорных элементов ампулярного аппарата и преддверия, вестибулярного ганглия и нервных проводников ствола мозга [10] и характеризуется приступообразным течением, вариабельной интенсивностью, сопровождается атаксией и вегетативными проявлениями. При остром начале пациенты ощущают движение предметов в сторону более активно работающего лабиринта, в эту же сторону направлен и нистагм — спонтанный нистагм регулярный, клонический, горизонтальный или горизонтально-ротаторный, разной интенсивности и степени, ассоциированный с гармоничным отклонением туловища и рук в сторону медленного компонента. Отмечается положительное влияние изменения положения головы (в сторону медленного компонента нистагма). Как правило, периферическое вестибулярное головокружение — процесс односторонний и сопровождается нарушением слуховой функции на стороне поражения [12], однако при ряде заболеваний, наиболее ярко отражающих истинную клиническую картину периферического вестибулярного синдрома (доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, вестибулярный нейронит и в первое время при вестибулярной форме болезни Меньера), слух остается интактным.

Для экспресс-диагностики вращательного головокружения врачу целесообразно использовать схему «Острое системное головокружение (без других неврологических симптомов)», представленную на рис. 1 [13].

Острый периферический вестибулярный синдром при вестибулярном нейроните и лабиринтите определяется внезапно возникающим приступом интенсивного системного головокружения, нередко с тошнотой, рвотой, гипергидрозом, побледнением кожных покровов. Как правило, возникновению симптомов предшествует вирусное заболевание. При этих заболеваниях головокружение начинается постепенно, усиливается в течение нескольких часов, а затем сохраняется в легкой форме в последующие несколько дней или недель. Головокружение сохраняется и в покое, но субъективно может усиливаться при изменении положения тела [14]. При лабиринтите возможны снижение слуха и ушной шум.

Болезнь Меньера — негнойное заболевание внутреннего уха, характеризующееся увеличением объема эндолимфы (лабиринтной жидкости) и повышением внутрилабиринтного давления, в результате чего возникают рецидивирующие приступы прогрессирующей глухоты (чаще односторонней), шума в ушах, системного головокружения, нарушения равновесия и вегетативных расстройств. При постановке окончательного диагноза «болезнь Меньера», следует придерживаться современного представления об «очевидной» болезни Меньера (табл. 1):

- два или более самопроизвольных приступов системного головокружения продолжительностью от 20 мин до 12 часов;

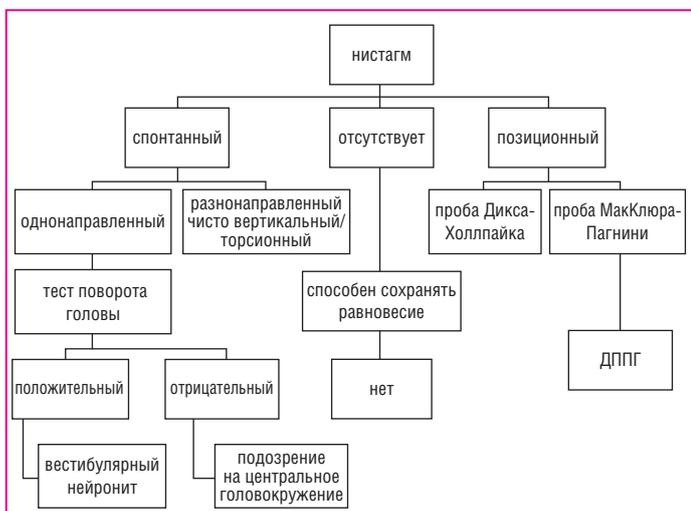


Рис. 1. Острое системное головокружение (без других неврологических симптомов)

- подтвержденная аудиологически тугоухость (сенсоневральная) на низких и средних частотах во время или после приступа системного головокружения;
- флюктуирующие слуховые симптомы: слух, субъективный шум, ощущение полноты в ухе;
- отсутствие иных причин системного головокружения [15].

При болезни Меньера в межприступном периоде показано комплексное лечение (поддерживающая терапия), предотвращающая развитие или уменьшающая эндолимфатический гидрокс: диуретики, вазодилататоры (аналог гистамина — бетастин в суточной дозе 48 мг в течение 2–3-х месяцев и более), кортикостероиды.

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) — это короткое (как правило, не более минуты) головокружение системного характера с тошнотой, возникающее при изменении положения головы: повороты в кровати, запрокидывание головы назад или наклоны вперед.

Патогенетическим механизмом ДППГ является нарушение целостности отолитовой мембраны макулы утрикулюса, приводящее к попаданию отолитов в один или несколько полукружных каналов — каналолиитиаз или к фиксации их на купуле — купулолиитиаз.

Эпизоды ДППГ повторяются в течение нескольких дней подряд, однако иногда ежедневные и многочисленные приступы головокружения длятся в течение многих лет. При длительном течении заболевания пациенты ограничивают себя в обычных действиях из-за страха вызвать приступ головокружения. Нередко после прекращения ДППГ длительно сохраняется нарушение равновесия, особенно в темноте [17].

Для диагностики этого состояния проводятся специальные позиционные пробы, наиболее часто выполняют тест Дикса — Холлпайка [14]. При ДППГ заднего полукружного канала нистагм вертикально-ротаторный (геотропный), направленный в сторону пораженного уха, и возникающий после короткого латентного периода.

Возникающий при проведении пробы Дикса — Холлпайка агеотропный нистагм, направленный вниз, с невыраженным ротаторным компонентом в сторону больного уха (в данном случае оно находится вверху) свидетельствует о встречающемся наиболее редко ДППГ переднего полукружного канала.

При отрицательной пробе Дикса — Холлпайка рекомендуется проведение теста для латерального (горизонтального) полукружного канала — теста МакКлюра — Пагини [18].

Предпочтительными и наиболее востребованными для лечения ДППГ при поражении заднего канала считаются маневры (методы) Семонта и Эпле, упражнения Брандта — Дароффа.

Фистула лабиринта (перилимфатическая фистула) характеризуется приступом системного головокружения (осциллопии), возникающего из-за резкого сильного звука, маневра Вальсальвы или изменения давления в наружном слуховом проходе, но не зависит от изменения положения головы [18]. Для выявления дефекта костного лабиринта, включая дегисценцию верхней стенки переднего полукружного канала, выполняется компьютерная томография височных костей (с высоким разрешением, срезами 0,5–1 мм). При остро возникшей фистуле достаточно эффективно консервативное лечение с обязательным соблюдением постельного режима в течение недели (голова должна быть приподнята) и исключением физических нагрузок еще в течение 1,5–2-х месяцев.

Таблица 1. Дифференциальная диагностика болезни Меньера: расстройства, которые могут проявляться головокружением и слуховыми симптомами [16]

Диагноз	Отличительные особенности (признаки)
Вертебро-базиллярные транзиторные ишемические атаки	Приступы длятся минуты; у пожилых пациентов, имеющих сосудистые факторы риска
Перилимфатическая фистула	Часто начинается после травмы, при холестеатоме, провоцирующими факторами могут быть изменения давления или громкие звуки
Сифилис внутреннего уха	Раннее двустороннее вовлечение; признаки врожденного или приобретенного сифилиса; положительная реакция Вассермана
Аутоиммунное заболевание внутреннего уха	Быстрое прогрессирование и раннее двустороннее вовлечение; признаки аутоиммунного заболевания; могут обнаруживаться аутоантитела
Вестибулярные пароксизмы	Кратковременные приступы (секунды), много раз в день; снижение слуха незначительное (если есть)
Акустическая невринома	Снижение слуха и шум в ушах чаще прогрессирующие, чем флюктуирующие; обычно головокружение умеренное; слуховые вызванные потенциалы и данные МРТ не соответствуют норме
Отосклероз	Начало заболевания чаще до 30 лет, преобладают кохлеарные симптомы — обычно двусторонняя кондуктивная (иногда смешанная) тугоухость

У пациентов с мигренью головокружение является одной из наиболее частых жалоб (9–14%) — так называемая **вестибулярная мигрень**. Такое головокружение может длиться от нескольких секунд до нескольких дней и при этом не сопровождается головной болью [19].

В настоящее время приняты следующие критерии диагностики вестибулярной мигрени:

- эпизодические вестибулярные симптомы;
- мигрень согласно критериям IHS (International Headaches Society);
- как минимум два из следующих симптомов мигрени, возникающих в течение приступа головокружения: мигренозная головная боль, светобоязнь, звукобоязнь, зрительная или другая аура;
- другие причины вестибулярного головокружения исключены [19].

Лечение

Плановое (профилактическое) лечение вестибулярной мигрени проводится в соответствии с классическими принципами лечения мигрени с использованием бета-блокаторов, антиконвульсантов, трициклических антидепрессантов и селективных ингибиторов захвата серотонина и норадреналина, коэнзима Q, рибофлавина.

Купирование острого вестибулярного синдрома предполагает применение антиэметиков и вестибулярных супрессантов. Длительность использования вестибулярных супрессантов и противорвотных средств ограничивается их способностью замедлять вестибулярную компенсацию и не должна превышать 2–3-х дней [20].

При вестибулярном нейроните и лабиринтите в первые 2–3 сут для купирования проявлений острого вестибулярного криза показано внутримышечное введение

вестибулярных супрессантов и противорвотных средств. После прекращения тошноты на 1–3 месяца назначается бетагистин внутрь в суточной дозе 48 мг. В этот же период следует начинать курс вестибулярной реабилитации (гимнастики) по индивидуальной программе. В зависимости от особенностей патогенеза вестибулярного нейронита и лабиринтита назначают соответствующее медикаментозное лечение. Так, при вестибулярном нейроните применяют относительно высокие дозы глюкокортикостероидов, например метилпреднизолон в начальной дозе 100 мг с последующим снижением дозы на 20 мг каждые 3 сут. Лечение лабиринтита может потребовать антибактериальных или противовирусных препаратов, в зависимости от возбудителя. Кроме того, при лабиринтите в некоторых случаях прибегают к хирургическому лечению. При лабиринтите, в отличие от вестибулярного нейронита, пациенты зачастую нуждаются в последующей слуховой реабилитации.

Более полувека в мировой медицинской практике в терапии головокружения различного генеза используется препарат Вертигохель® (Vertigoheel®) немецкой фармацевтической компании Heel [21].

В 2005 г. проведен метаанализ результатов двух рандомизированных контролируемых исследований и двух неинтервенционных исследований эффективности и переносимости препарата Вертигохель® в сравнении с препаратами выбора при головокружении. Всего в исследованиях приняли участие 1388 пациентов, из которых 635 получали терапию препаратом Вертигохель®, а 753 — препаратом сравнения (бетагистин, дименгидринат или экстракт гинкго билоба). Препарат Вертигохель® был признан эквивалентным всем исследуемым препаратам сравнения по всем трем рассмотренным критериям эффективности (снижению числа ежедневных приступов головокружения, их продолжительности и интенсивности) [22].

В 2001 г. в референтном контролируемом когортном исследовании на 774 пациентах с головокружением различного генеза оценивалась эффективность и переносимость препарата Вертигохель® в сравнении с дименгидринатом. Среднее число приступов, их интенсивность и продолжительность достоверно снизились в обеих группах. К концу курса лечения у пациентов также купировались и сопутствующие симптомы: тошнота, рвота, повышенное потоотделение. Общий результат терапии был оценен как хороший и отличный в 88% случаев в группе препарата Вертигохель® и в 87% случаев в группе дименгидрината. Переносимость была оценена как хорошая и отличная в 99% случаев в группе препарата Вертигохель® и в 98% случаев в группе дименгидрината [23].

В период с 2009 г. по 2015 г. под наблюдением в нашем Центре находились 89 пациентов в возрасте от 18 до 42 лет (53 женщины и 36 мужчин) с периферическим вестибулярным головокружением, при возникновении острого вестибулярного головокружения и тошноты получавших Вертигохель® по 10 капель каждые 15 мин (не более 2-х часов подряд) или дименгидринат по 50–100 мг (при необходимости каждые 4 часа, но не больше 400 мг/сут). Все пациенты получали оба препарата, но в разные временные промежутки. Большинство пациентов (83 человека — 93%) оценили высокую эффективность обоих средств (как хорошую или отличную), однако все пациенты (89 человек — 100%) отметили лучшую переносимость препарата Вертигохель®, который не вызы-

вал заторможенности и сонливости, характерных для дименгидрината [24].

Таким образом, можно рекомендовать применение препарата Вертигохель® пациентам для купирования острого вестибулярного криза в домашних условиях, поскольку при высокой эффективности препарат характеризуется хорошей переносимостью. Кроме того, Вертигохель® не вступает во взаимодействие с другими лекарственными средствами, что особенно важно для лечения пациентов со смешанным головокружением или полиморбидностью.

Литература

1. Yardley L., Britton J., Lear S. et al. Relationship between balance system function and agoraphobic avoidance // *Behav. Res. Ther.* 1998. Vol. 33(4). P. 435–439.
2. Бобров Л.С., Шмырев В.И., Васильев А.С. и др. Возможности консервативного ведения пациентов с вертебрально-базиллярной недостаточностью на амбулаторном этапе // *Международный неврологический журнал.* 2011. №1(39). С.115–119 [Bobrov L.S., Shmyrev V.I., Vasil'ev A.S. i dr. Vozmozhnosti konservativnogo vedeniya pacientov s vertebral'no-bazilyarnoj nedostatochnost'yu na ambulatornom e'tape // *Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal.* 2011. №1(39). S.115–119 (in Russian)].
3. Бертон Мартин Дж. Головокружение: особенности диагностики и лечения // *Лечащий врач.* 1999. №4. С.58–60 [Berton Martin Dzh. Golovokruzhenie: osobennosti diagnostiki i lechenija // *Lechashhij vrach.* 1999. №4. S.58–60 (in Russian)].
4. Savitz S.I., Caplan L.R. Vertebrobasilar disease // *N Engl J Med.* 2005. Vol. 352. P. 2618–2626.
5. Brodsky M.C. Three dimensions of skew deviation // *Br J Ophthalmol.* 2003. Vol. 87(12). P.1440–1441.
6. Newman-Toker D.E., Kattah J.C., Alvernia J.E., Wang D.Z. Normal head impulse test differentiates acute cerebellar strokes from vestibular neuritis // *Neurology.* 2008. Vol. 70. P.2378–2385.
7. Cnyrim C.D., Newman-Toker D., Karch C. et al. Bedside differentiation of vestibular neuritis from central «vestibular pseudoneuritis» // *J NeurolNeurosurg Psychiatry.* 2008. Vol. 79. P.458–460.
8. Kirchner H., Kremmyda O., Hufner K. et al. Clinical, electrophysiological, and MRI findings in patients with cerebellar ataxia and a bilaterally pathological head-impulse test // *Ann N Y AcadSci.* 2011. Vol. 1233. P.127–138.
9. Park H.K., Kim J.S., Strupp M., Zee D.S. Isolated floccular infarction: impaired vestibular responses to horizontal head impulse // *J Neurol.* 2013. Vol. 260. P.1576–1582.
10. Шермет А. С. Головокружение как признак поражения вестибулярного анализатора // *Consilium medicum. Приложение «Головокружение».* 2001. С.3–9 [Sheremet A. S. Golovokruzhenie kak priznak porazhenija vestibulyarnogo analizatora // *Consilium medicum. Prilozhenie «Golovokruzhenie».* 2001. S.3–9 (in Russian)].
11. Lee H. Isolated vascular vertigo // *Journal of Stroke.* 2014. Vol.16(3). P.124–130.
12. Brodsky M.C. Three dimensions of skew deviation // *Br J Ophthalmol.* 2003. Vol. 87(12). P.1440–1441.
13. Vanni S., Pecci R. STANDING, a four-step bedside algorithm for differential diagnosis of acute vertigo in the Emergency Department // *ACTA otorinolaryngologica italica.* 2014. Vol. 34. P. 419–426.
14. Young-Eun Huh, Ji-Soo Kim. Bedside Evaluation of Dizzy Patients // *J Clin Neurol.* 2013. Vol. 9. P.203–213.
15. Lopez-Escamez J.A., Carey J., Chung W-H. et al. Diagnostic criteria for Menière's disease. Consensus document of the Bárány Society, the Japan Society for Equilibrium Research, the European Academy of Otolology and Neurotology (EAONO), the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS) and the Korean Balance Society // *Acta Otorinolaringol Esp.* 2016. Vol. 67(1). P.1–7.
16. Bronsteind A.M., Lempert Th. Dizziness // *Cambridge University Press.* 2007. P.215.
17. Halmagyi G.M. Diagnosis and management of vertigo // *Clinical Medicine.* 2005. Vol. 5. P.159–65.
18. Bhattacharyya N., Baugh, R. F., Orvidas L. et al. Clinical practice guideline: Benign paroxysmal positional vertigo // *Otolaryngology–Head and Neck Surgery.* 2008. Vol. 139. P.47–81.
19. Boldingh M.I., Ljøstad U., Mygland A., Monstad P. Comparison of Intercal Vestibular Function in Vestibular Migraine vs Migraine Without Vertigo // *The Journal of Head and Face Pain.* Vol. 53. Issue 7. P.1123–1133.
20. Brandt T. Vertigo. Its Multisensory Syndromes. London: Springer. 2000. 503 p.
21. Vertigoheel — препарат первого выбора при головокружениях. Материалы компании Heel // *Провизор.* 2002. №20 [Vertigoheel — preparat prvogo vybora pri golovokruzhenijah Materialy kompanii Heel // *Provizor.* 2002. №20 (in Russian)].
22. Schneider B., Klein P., Weiser M. Treatment of vertigo with a homeopathic complex remedy compared with usual treatments: a metaanalysis of clinical trials // *Arzneim-Forsch. Drug Res.* 2005. Vol. 55 (1). P.23–29.
23. Wolschner U., Strösser W., Weiser M., Klein P. Treating vertigo – combination remedy therapeutically equivalent to dimenhydrinate: results of a reference-controlled cohort study // *Biol Med.* 2001. Vol. 30. P.184–190.
24. Зайцева О.В., Оверченко К.В., Хирнеткина А.Ф. Головокружение в повседневной практике врача-лечебника // *Лечащий врач.* 2016. №5. С.4–38 [Zajceva O. V., Overchenko K. V., Hirnetkina A. F. Golovokruzhenie v povsednevnoj praktike vracha-lechebnika // *Lechashhij vrach.* 2016. №5. S.34–38 (in Russian)].