



А. С. Беденко

Системное головокружение в практике невролога: редкие причины — сложные решения

А. С. Беденко, врач-невролог дифференциально-диагностического отделения

ФГБУН «Институт мозга человека имени Н.П. Бехтеревой» РАН, г. Санкт-Петербург

Vertigo in neurological practice: rare causes and difficult decisions

A. S. Bedenko

Institute of Human Brain n.a. N. P. Bekhtereva, Saint Petersburg, Russia

Резюме

Головокружение является мультидисциплинарной проблемой в поле деятельности врачей различных специальностей: неврологов, оториноларингологов, врачей общей практики. Первой клинической задачей является дифференцирование центрального и периферического вестибулярного синдромов, затем необходимо выделить конкретную нозологическую форму, что может оказаться затруднительным при редко встречающихся формах. В таких случаях не удается ограничить терапию применением вестибулярной реабилитации с использованием вертиголитиков. В зависимости от нозологической формы могут потребоваться хирургические методы лечения, прием антиконвульсантов, глюкокортикоидов и цитостатиков.

Ключевые слова: головокружение, вестибулярные расстройства, нистагм, вестибулярная мигрень.

Summary

The dizziness is a multidiscipline problem in management of neurologists, otorhinolaryngologists, general practitioners. The first clinical goal seems to be the differentiation between central and peripheral vestibular syndrome. After that doctor should search the nosological form. It may become the challenge if the disease is rare. In such cases it is impossible to limit the therapy with vestibular rehabilitation with usement of the vertigolitic drugs. Accordingly to nosological form surgical methods, anticonvulsants, glucocorticoids or cytostatics may be needful.

Key words: dizziness, vestibular disorder, nysthagmus, vestibular migraine.

Головокружение или вертиго является распространенной жалобой среди пациентов прежде всего неврологического профиля. Традиционно его подразделяют на системное и несистемное. Системное головокружение — это ощущение мнимого вращения предметов или собственного тела в любой из плоскостей трехмерного пространства, а также ощущение вращения внутри головы [6], оно является признаком страдания вестибулярного анализатора на различных уровнях.

При выявлении вестибулярного (системного) головокружения одной из первых задач представляется необходимость разграничить центральный (при вовлечении проводящих путей и проекционных зон вестибулярного анализатора) и периферический вестибулярные синдромы [1, 3]. Ниже приведены их основные дифференциально-диагностические критерии.

Однако, выполнив эту задачу, невролог сталкивается с необходимостью дальнейшего дифференциально-диагностического поиска. Ниже приведен список нозологических форм, манифестирующих вестибулярным головокружением:

- вестибулярный нейронит;
- болезнь Меньера;
- доброкачественное позиционное головокружение (ДППГ);
- вестибулярная мигрень;
- лабиринтит;
- вестибулярная пароксизмия;
- опухоли мосто-мозжечкового угла;
- перилимфатическая фистула;
- арахноидит мосто-мозжечкового угла;
- отосклероз;
- инфаркт лабиринта;
- синдром Когана.

Если доброкачественное позиционное головокружение (ДППГ) и болезнь Меньера широко освещены за счет высокой встречаемости, более редкие причины могут представлять клинко-диагностические трудности как для врачей-неврологов амбулаторного, так и стационарного звена. На некоторые из них следует обратить особое внимание.

Вестибулярный нейронит характеризуется поражением вестибулярного ганглия. Этиология неизвестна, часто выявляется связь с респиратор-

ной инфекцией. Типичный возраст заболевания 30–60 лет. Мужчины и женщины страдают одинаково часто. Клиническая картина манифестирует остро развивающимся приступом системного головокружения, длящимся от нескольких часов до нескольких суток. Кроме типичного нистагма, неврологический статус не меняется. Выявляется положительная калорическая проба. Характерно наличие вегетативных симптомов в виде тошноты и рвоты. Заболевание полностью регрессирует: вестибулярная компенсация наступает в течение нескольких дней или нескольких недель, хотя описаны случаи затяжного восстановления функций до нескольких месяцев [2, 1]. Кроме стандартных мероприятий, направленных на ускорение вестибулярной реабилитации (комплекс упражнений), целесообразно применение глюкокортикостероидов.

Лабиринтит — воспалительное заболевание внутреннего уха, возникает в результате проникновения патогенных микроорганизмов или их токсинов. По способу проникновения патогенов подразделяется на тимпаногенный (со стороны среднего уха),

Таблица 1

Дифференциально-диагностический признак	Периферический вестибулярный синдром	Центральный вестибулярный синдром
Пораженные структуры	Рецепторные образования внутреннего уха, вестибулярный ганглий и корешок VIII пары ЧН	Вестибулярные ядра и пути, вестибулярные корково-подкорковые отделы мозга
Характер нистагм	Горизонтальный или горизонтально-ротаторный спонтанный нистагм, быстрая фаза направлена в сторону здорового уха, отклонение рук и туловища в сторону медленного компонента	Спонтанный нистагм отсутствует или является разнонаправленным
Временные характеристики	Приступообразное течение, головокружение имеет внезапные начало и конец, ограниченность приступа во времени (приступ редко превышает 24 часа)	Тенденция к хронизации, отсутствие четких временных границ
Интенсивность	Выраженная	Умеренная
Характер течения	Быстрое наступление компенсации за счет включения центральных компенсаторных механизмов, продолжительность остаточной вестибулярной дисфункции редко превышает месяц	Длительное присутствие остаточной вестибулярной дисфункции из-за ограниченности компенсаторных возможностей при центральном поражении
Нарушения слуха	Характерны	Не характерны
Сопутствующие вегетативные симптомы	Характерны выраженные вегетативные симптомы	Не характерны
Сопутствующие симптомы поражения других отделов ЦНС	Не характерны	Характерны
Основные нозологические формы	Болезнь Меньера, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), лабиринтит, острый инфаркт лабиринта, вестибулярный нейронит	Вестибулярная мигрень, ОНМК с поражением ствола мозга, височная эпилепсия, РС, герпетический энцефалит

менингогенный (полость черепа), гематогенный (через кровеносную систему). Чаще его встречается тимпаногенный лабиринтит. Заболевание манифестирует лабиринтной атакой, характеризующейся внезапным системным головокружением высокой интенсивности с тошнотой и рвотой, нарушением равновесия. Наблюдаются шум в ухе и снижение слуха. При серозном лабиринтите острый период длится 3–5 дней, симптомы сохраняются 2–3 недели. Стойкое снижение слуха и выпадение функций пораженного лабиринта характерны для гнойного лабиринтита. Хронизация процесса при серозном лабиринтите требует исключения его туберкулезной или сифилитической природы. Подтвердить диагноз может помочь МРТ-исследование. При аудиометрии выявляют признаки кондуктивной тугоухости. Спонтанный нистагм при электронистагмографии сохраняется до 2–3 недель [1, 7].

Перилимфатическая фистула — дефект костного лабиринта или круглого либо овального окна. Подразделяется на врожденный (дисплазия внутреннего уха, дегисценция верхнего полукружного канала) и приобретенный в результате травмы (взрывная

волна, перфорирующая рана, баротравма), осложнений хирургического вмешательства, заболевания с деструкцией лабиринта (холестеатома) [3, 4]. Редко наблюдают спонтанные фистулы, возникающие после физического напряжения у лиц с субклиническими аномалиями лабиринта [7]. Вестибулярное головокружение носит рецидивирующий характер. Может провоцироваться подъемами на высоту, пробой Вальсальвы, громкими звуками (симптом Туллио). Наблюдается положительная фистульная проба: появление нистагма при изменении давления в ухе (введении отоскопа). Патология костного лабиринта подтверждается на КТ [2]. Хирургический метод лечения наиболее эффективен.

Опухоли мосто-мозжечкового угла

Наиболее частым гистологическим вариантом является доброкачественная невринома VIII пары, чаще всего растущая из оболочки вестибулярной порции этой пары. Составляет 12–13 % от всех опухолей головного мозга, а среди опухолей задней черепной ямки составляет треть. Женщины страдают в два раза чаще мужчин [1]. Первой жалобой чаще всего становится одностороннее снижение слуха. В неврологическом статусе первым

симптомом становится спонтанный нистагм, с ростом опухоли он часто приобретает вертикальный компонент. По мере роста опухоли вовлекаются тройничный и лицевой нервы. При тональной аудиометрии выявляется снижение слуха вначале на высокие тона, аудиограмма имеет полого нисходящий вид. Информативно исследование вестибулярных миогенных вызванных потенциалов [2, 1]. Наиболее информативный метод диагностики — МРТ с контрастным усилением. В случае выявления опухолей мосто-мозжечкового угла хирургический метод является методом выбора. При опухолях менее 3 см в диаметре предпочтительно использование радиохирургических методик, более 3 см — открытые оперативные вмешательства [1].

Арахноидит мостомозжечкового угла клинически может не отличаться от невриномы слухового VIII пары черепных нервов. В анамнезе — хронический воспалительный процесс. Головокружение, как и при опухолях мосто-мозжечкового угла, носит умеренный характер. Спонтанный нистагм выражен слабо. При проведении калорической пробы выявляется супратенториальный характер вестибулярных реакций [1].

Вестибулярная пароксизмия представляет собой нейроваскулярный конфликт. Эта патология обусловлена компрессией корешка преддверно-улиткового нерва передней или нижней задней мозжечковой артерии [2, 7, 4]. Характерны снижение слуха, периодический шум в ухе, что обуславливает трудности дифференциального диагноза с болезнью Меньера. Однако, в отличие от данной нозологии, приступы головокружения длятся от нескольких секунд до нескольких минут, провоцирующим фактором является определенное положение головы [8]. Помогает подтвердить диагноз магнитно-резонансная ангиография. Карбамазепин является препаратом выбора при консервативном лечении вестибулярной пароксизмии [10].

Аутоиммунное поражение внутреннего уха является редкой причиной рецидивирующего системного головокружения, сопровождается быстро прогрессирующей потерей слуха, подтверждаемой тональной аудиометрией. Может возникнуть как в структуре диффузного заболевания соединительной ткани (СКВ, синдром Шегрена), системного васкулита (гранулематоз Вегенера, болезнь Бехчета), так и быть самостоятельным заболеванием. Так, синдром Когана проявляется поражением внутреннего уха и интерстициальным кератитом. В этом случае используют следующую схему терапии: преднизолон из расчета 1 мг/кг в течение 4 недель с последующим снижением дозировки. При неэффективности применяют циклофосфан, метотрексат [2].

Другой редкой причиной периферического вестибулярного синдрома является отосклероз (изолированный или на фоне болезни Педжета). Эпизоды вестибулярного головокружения обусловлены разрастанием костной ткани в области среднего уха. Сопровождаются симптомами кондуктивной тугоухости [10].

Вестибулярная мигрень

Вестибулярная мигрень (встречаются термины «мигрень-ассоциированное головокружение», «мигренозная вести-

булопатия») считается второй по частоте после ДППГ причиной возникновения системного головокружения. Данная нозология встречается у женщин в пять раз чаще, чем у мужчин, при этом часто вестибулярная симптоматика впервые возникает в перименопаузе [5]. Системное головокружение может выступать как в качестве мигренозной ауры при базилярной мигрени, так и не соответствовать критериям понятия мигренозной ауры. Длительность системного головокружения переменчива и может длиться от нескольких минут до нескольких дней. При отоневрологическом обследовании одностороннее снижение вестибулярных функций встречается, по разным оценкам, у 10–20% пациенток. Снижение слуха и шум в ушах не характерны.

На сегодняшний день Обществом Барани совместно с Обществом по изучению головной боли разработаны критерии мигрень-ассоциированного головокружения [4, 9]:

1. не менее пяти приступов вестибулярного головокружения умеренной или высокой интенсивности длительностью от 5 минут до 72 часов;
2. установленный диагноз мигрени в соответствии с критериями Международного общества по изучению головной боли;
3. по крайней мере в 50% приступов головокружения наблюдаются следующие симптомы: характерная для мигрени головная боль, фото- или фонофобия, зрительная аура;
4. отсутствие других заболеваний, объясняющих головокружение.

Эпилепсия с вестибулярными пароксизмами чаще всего возникает при эпилептогенном очаге в области стыка височной и теменной доли и прилегающей задней части островка. Продолжительность приступа головокружения варьирует от 30 с до 3 мин. При отсутствии признаков вторичной генерализации диагноз может быть затруднен. Для уточнения диагноза необходимо провести МРТ и ЭЭГ (для выявления структурных и функциональных

изменений в зонах предполагаемого эпилептогенеза) [2]. Препаратами выбора являются антиконвульсанты (чаще всего карбамазепин), также хорошие клинические результаты демонстрируют некоторые антидепрессанты (амитриптилин, венлафаксин)

Заключение

Головокружение — междисциплинарная клиническая проблема, зачастую попадающая в поле зрения не только неврологов, но и терапевтов, врачей общей практики, оториноларингологов и, несколько реже, представителей других медицинских специальностей. Первоочередной задачей для клинициста является уточнение системного (вестибулярного) характера головокружения. Значительное количество пациентов с различными нозологическими формами вестибулярного головокружения, влияние этой симптоматики на качество жизни, возможное ограничение трудоспособности и потенциальная курабельность многих нозологий обуславливают важность данной клинической проблемы и диктуют необходимость дальнейшего совершенствования методик диагностики и лечения.

Список литературы

5. Алексеева Н. С. Головокружение отоневрологические аспекты. М.: МЕДпресс-информ, 2014.
6. Бронштейн А. М., Лемперт. Головокружение. М., ГЭОТАР-Медиа, 2010.
7. Веселого О. В. Головокружение в неврологической практике. 2010; Лечащий врач 5: 12.
8. Замерград М. В., Парфенов В. А., Мельников О. А. Лечение вестибулярного головокружения. Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 2008; 108 (11): 86–92.
9. Замерград М. В. Головокружение: роль сосудистых факторов. Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия, 2013; 4 (45): 4–5.
10. Под ред. Кадыкова А. С., Манвелова А. С., Шведкова В. В. Практическая неврология: руководство для врачей. М: Гэотар-Медиа, 2014; 36–52.
11. Степанченко А. В., Петухова Н. А., Трушелев С. А. Головокружение: руководство для врачей. М: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
12. Brandt T. Vertigo. Its Multisensory Syndromes. 2nd Ed. London 2000.
13. Furman J., Marcus D., Balaban. Vestibular migraine: Clinical aspects and pathophysiology. The Lancet Neurology. 2013; 12 (7): 706–715.
14. Uncie H., SirmanMs S., James E. Dizziness: Approach to evaluation and management. American Family Physician. 2017; 95 (3): 154–162.

