ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

В. Парфенов, доктор медицинских наук, профессор,
Н. Бестужева
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail: vladimirparfenov@mail.ru

Представлены современные данные о диагностике и лечении в амбулаторной практике наиболее частых причин головокружения: вестибулярной мигрени; доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения; болезни Меньера; вестибулярного нейронита; психогенного головокружения. Отмечается, что вертебробазилярная недостаточность и (или) шейный остеохондроз не бывают причиной головокружения. К сожалению, эти диагнозы нередко ставят в качестве его причины и при этом не определяют истинные причины головокружения, которые можно эффективно лечить.

Ключевые слова: инсульт, вестибулярная мигрень, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, болезнь Меньера, вестибулярный нейронит, бетагистин.

В амбулаторной практике головокружение – одна из наиболее распространенных жалоб пациентов. Однако частота правильной диагностики во время 1-го визита больного к врачу не превышает 10% [5, 6, 8]. Различают 4 основных типа головокружения: вестибулярное (вращательное или системное); ощущение дурноты и приближающейся потери сознания (предобморочное состояние); нарушение равновесия и походки (неустойчивость); психогенное головокружение [1, 4–6].

При обращении пациента с жалобой на головокружение необходимо выяснить, что он имеет в виду. Как головокружение часто расцениваются нарушение равновесия и неустойчивость, которые возникают при разных заболеваниях нервной системы. В этих случаях при неврологическом обследовании выявляются нарушения, объясняющие жалобу. Как головокружение пациенты нередко описывают предобморочное состояние, которое может иметь разные причины (сердечные заболевания, гипогликемия, употребление некоторых лекарств и др.), обнаруживаемые при сборе анамнеза и соматическом обследовании. Вестибулярное головокружение представляет собой ощущение мнимого вращения или движения (вращения, кружения, падения или раскачивания) окружающих предметов или самого пациента в пространстве; оно часто сопровождается тошнотой, рвотой, нарушением равновесия и нистагмом. В амбулаторной практике нередко встречается психогенное головокружение, которое не похоже ни на одно из известных состояний (вестибулярное головокружение, обморок или нарушение равновесия) и нередко продолжается непрерывно в течение многих месяцев и даже лет [5, 6].

Часто врачи предполагают, что причиной головокружения является вертебробазилярная недостаточность и (или) шейный остеохондроз, которые, по современным представлениям, в подавляющем большинстве случаев не могут вызвать головокружение [1, 4–7]. К наиболее частым причинам периферического вестибулярного головокружения относятся доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), болезнь Меньера, вестибулярный нейронит, центрального головокружения – вестибулярная мигрень и острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), несистемного головокружения – психические (чаще – невротические) расстройства, неврологические и другие заболевания [1, 4–7].

Несмотря на появление многочисленных новых, высокоточных приборов, основу обследования пациента при головокружении составляют тщательно собранный анамнез и клиническое обследование, которые можно провести в поликлинике [1].

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Головокружение у больных с транзиторной ишемической атакой (ТИА) или инсультом в большинстве случаев сочетается с другими неврологическими нарушениями (двигательные расстройства, нарушение чувствительности, расстройство глотания и др.), что отличает нарушения мозгового кровообращения от заболеваний периферического вестибулярного аппарата, проявляющихся изолированным вестибулярным головокружением [4, 7, 9]. К сожалению, многим пациентам, перенесшим приступ изолированного вестибулярного головокружения, ошибочно ставят диагноз ТИА, инсульта или вертебробазилярной недостаточности [4]. Во многих случаях быстрое развитие сильного головокружения, тошноты и рвоты с повышением АД создает впечатление о развитии цереброваскулярного заболевания как причины головокружения. Однако нередко повышение АД вызвано возникновением сильного головокружения и связанной с этим стрессовой ситуации.

При подозрении на ТИА или инсульт пациент должен быть госпитализирован для экстренного обследования и лечения. В больнице необходимо проведение магнитно-резонансной томографии головного мозга, которая при инсульте выявит очаговое поражение мозжечка или ствола головного мозга [7, 9].

ВЕСТИБУЛЯРНАЯ МИГРЕНЬ

Вестибулярная мигрень редко диагностируется, хотя расценивается как частая причина повторяющегося непозиционного вестибулярного головокружения [1, 6, 10]. Она проявляется головокружением разной выраженности, часто сопровождается неустойчивостью и мигренозной головной болью. Длятся такие приступы от нескольких минут до нескольких часов, реже – до нескольких суток. При приступе не возникают шум или звон в ушах, снижение слуха. Приступы вестибулярного головокружения нередко повторяются.

Диагноз вестибулярной мигрени ставят, исходя из типичной клинической картины, наличия в анамнезе приступов мигрени и исключения других возможных причин головокружения [1, 10].

Лечение вестибулярной мигрени, как и обычной мигрени, складывается из 3 направлений: устранение провоцирующих мигрень факторов; купирование приступа; профилактическая терапия [1, 10]. Для купирования вестибулярной мигрени используют противомигренозные (триптаны, препараты эрготамина) средства или анальгетики, а также вестибулярные супрессанты (дименгидринат, метоклопрамид,

Бетасерк®

ВЕРТИГОЛИТИК ВЫСОКОЙ ПРОБЫ

24 КАРАТА **ЧИСТОЙ ОРИГИНАЛЬНОСТИ**

Краткая информация по применению препарата Бетасерк (Betaserc) 24 мг. МНН: бетагистин. Фармакологические свойства: агонист Н1-гистаминовых рецепторов сосудов внутреннего уха и антагонист Н3-гистаминовых рецепторов вестибулярных ядер ЦНС. Показания к применению: синдром Меньера, характеризующийся следующими основными симптомами: головокружение (сопровождается тошнотой/рвотой); снижение слуха (тугоухость); шум в ушах. Симптоматическое лечение вестибулярного головокружения (вертиго). Противопоказания: феохромоцитома; повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата. Бетасерк® не рекомендуется для применения у детей в возрасте до 18 лет в связи с недостаточностью данных по эффективности и безопасности. Беременность и период лактации: Беременность. Имеющихся данных о применении бетагистина беременным женщинам недостаточно. Потенциальный риск для человека неизвестен. Применение бетагистина во время беременности допускается, если польза от применения для матери превышает потенциальный риск для плода. Лактация. Неизвестно выделяется ли бетагистин с грудным молоком. Не следует принимать препарат во время грудного вскармливания. Вопрос о назначении лекарственного препарата матери должен решаться только после сопоставления пользы грудного вскармливания с потенциальным риском для грудного ребенка. С осторожностью: пациенты с бронхиальной астмой, язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки требуют тщательного наблюдения в период лечения. Способ применения и дозы: внутрь, во время еды. Доза препарата для взрослых составляет 48 мг бетагистина в день. Бетасерк® 24 мг следует принимать по 1 таблетке 2 раза в день. Таблетку можно разделить на две равные части (см. инструкцию по применению). Дозу следует подбирать индивидуально в зависимости от реакции на лечение. Улучшение иногда наблюдается только через несколько недель лечения. Наилучшие результаты иногда достигаются после нескольких месяцев лечения. Имеются данные о том, что назначение лечения в начале заболевания предотвращает его прогрессирование и/или потерю слуха на более поздних стадиях. Пожилой возраст. Несмотря на ограниченность данных клинических исследований, обширный пострегистрационный опыт предполагает, что коррекция дозы у этой группы пациентов не требуется. Пациенты с почечной/печеночной недостаточностью. Специальные клинические исследования в этой группе пациентов не проводились, однако пострегистрационный опыт дает основания предполагать, что коррекция дозы у данной группы пациентов не требуется. Побочное действие: тошнота; диспепсия; головная боль. Полный перечень побочных эффектов представлен в инструкции по применению. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами: исследования in vivo, направленные на изучение взаимодействия с другими лекарственными препаратами, не проводились. Основываясь на данных in vitro, можно предположить отсутствие ингибирования активности изофермента цитохрома P450 in vivo. Передозировка: Известно несколько случаев передозировки препарата. Полную информацию о передозировке см. в инструкции по применению. Влияние на способность к управлению автомобилем и другими механизмами: Считается, что влияние бетагистина на способность управлять автомобилем и другими механизмами отсутствует или незначительно. Условия отпуска из аптек – по рецепту. Полная информация по препарату представлена в инструкции по применению.
ИМП от 28.09.2011

ООО «Эбботт Лэбораториз»
125171, Москва, Ленинградское шоссе, д.16а, стр.1.
Тел.: (495) 258-42-80, факс: (495) 258-42-81
www.abbott-russia.ru

Abbott
A Promise for Life

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

диазепам). Профилактическая терапия показана при частых и сильных приступах вестибулярной мигрени; наиболее часто используют β-адреноблокаторы и трициклические антидепрессанты [1].

ДППГ

ДППГ – наиболее частая причина периферического вестибулярного головокружения. Оно преобладает у лиц пожилого возраста, чаще встречается у женщин [1, 4–6]. ДППГ проявляется внезапным приступом вестибулярного головокружения при изменении положения головы и тела. Часто головокружение возникает утром после пробуждения или во время сна при повороте в постели; оно интенсивное, обычно сопровождается тошнотой, в некоторых случаях – и рвотой. Приступ продолжается не более 1 мин, однако повторяющиеся одним за другим приступы часто создают впечатление длительного головокружения. В среднем заболевание продолжается около 2 нед, но более чем у 1/2 больных наблюдаются его периодические повторения. При ДППГ не наблюдается нарушений слуха, звона или шума в ушах, а также очаговых неврологических расстройств.

Диагноз ДППГ основывается на данных анамнеза и типичной клинической картине приступов. Для подтверждения диагноза проводят позиционные тесты, из которых наиболее значима проба Дикса–Халлпайка, позволяющая выявить самый распространенный вариант ДППГ, причиной которого является поражение заднего полукружного канала [1, 4–6].

Основу лечения ДППГ составляют специальные упражнения (вестибулярная гимнастика по методике Брандта–Дароффа и др.) и лечебные маневры (методика Брандта–Дароффа и др.), которые активно разрабатываются в последние 20 лет [1]. При ведении пациентов с ДППГ большое значение имеет рациональная психотерапия, которая заключается в разъяснении пациенту доброкачественного характера заболевания, его благоприятного прогноза [4]. Для ускорения вестибулярной реабилитации, улучшения функции равновесия можно использовать бетагистина дигидрохлорид (Бетасерк) по 48 мг/сут в течение нескольких дней.

БОЛЕЗНЬ МЕНЬЕРА

Болезнь Меньера характеризуется периодическими приступами системного головокружения, шумом и заложенностью в ушах, нейросенсорной тугоухостью [1, 2, 4–6]. Болезнь чаще начинается с одной стороны, в среднем возрасте; почти у 1/2 больных с течением времени в процесс вовлекается и другое ухо. В начале заболевания часто отмечаются периодически появляющийся шум в ухе, ощущение его заложенности. Периодически возникают приступы вестибулярного головокружения длительностью от нескольких минут до нескольких часов, сопровождающиеся тошнотой и рвотой. После каждого приступа может постепенно снижаться слух (в диапазоне низких и средних частот по данным тональной пороговой аудиометрии). Шум в ушах обычно беспокоит постоянно, усиливаясь в момент приступа вестибулярного головокружения. В дальнейшем типичные приступы головокружения становятся более редкими; преимущественно беспокоит ощущение шаткости и неустойчивости; отмечается снижение слуха разной степени выраженности по нейросенсорному типу.

Диагноз болезни Меньера основывается на клинических данных, выявлении эндолимфатического гидропса (водянки) лабиринта (электрокохлеография и дегидратационный тест), прогрессирующего снижения слуха по данным аудиометрии [1, 2, 4–6].

Лечение заболевания направлено на купирование приступов головокружения и профилактику их рецидивов [1, 2, 4–6]. Для купирования приступа головокружения применяют вестибулярные супрессанты. Чтобы снизить частоту приступов головокружения и замедлить прогрессирование болезни, назначают диету с ограничением приема соли, используют диуретики (ацетазоламид или гидрохлортиазид в сочетании с триамтереном). Бетагистин (Бетасерк) в дозе 48 мг/сут (или более) во многих случаях уменьшает частоту приступов головокружения и их выраженность [2, 4–6]. Оториноларингологи при неэффективности консервативного лечения иногда прибегают к интратимпанальному введению гентамицина, хирургическому лечению на эндолимфатическом мешочке [2].

ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ НЕЙРОНИТ

Вестибулярный нейронит чаще развивается в возрасте 30–60 лет, проявляется внезапным и продолжительным приступом системного головокружения, сопровождающимся тошнотой, рвотой и нарушением равновесия [1, 4–6]. Заболеванию может предшествовать респираторная вирусная инфекция. Характерен спонтанный нистагм, быстрая фаза которого направлена в сторону здорового уха. Мнимое вращение предметов вокруг больного также в типичном случае направлено в сторону здорового уха. Слух не снижается, при неврологическом исследовании не выявляется симптомов, указывающих на поражение ствола или других отделов головного мозга, отмечается неустойчивость при стоянии и ходьбе. Длительность головокружения колеблется от нескольких часов до нескольких суток. После прекращения головокружения больные на протяжении нескольких суток или недель продолжают испытывать неустойчивость.

Диагноз вестибулярного нейронита основывается на типичной клинической картине заболевания, подтверждается калорической пробой, выявляющей вестибулярную гипо- или арефлексию на стороне поражения [1, 4–6].

Лечение направлено на уменьшение головокружения, тошноты и рвоты (симптоматическое) и ускорение вестибулярной компенсации [1, 4–6]. Симптоматическое лечение предусматривает использование вестибулярных супрессантов, которые рекомендуют принимать не более 3 дней. Для ускорения восстановления вестибулярной функции рекомендуют вестибулярную гимнастику, бетагистин (Бетасерк) по 48 мг/сут, препараты Гинкго билоба по 120—240 мг/сут в течение 1 мес и более.

ПСИХОГЕННОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

Психогенное головокружение может развиться у больного, страдающего вестибулярным головокружением, или возникает первично без каких-либо признаков повреждения вестибулярной системы [1, 5, 6]. В 1-м случае психогенное головокружение представляет собой реакцию больного на стресс, вызванный возникновением сильного и необъяснимого для него вестибулярного головокружения, тошноты и рвоты, неустойчивости при ходьбе. Возникновению этого головокружения иногда способствуют разного рода ятрогении, например ошибочная диагностика ОНМК или вертебробазилярной недостаточности у больного с ДППГ [3]. Во 2-м случае головокружение возникает в структуре некоторых неврозов и психозов.

При психогенном головокружении большое значение имеют рациональная, поведенческая психотерапия и вестибулярная гимнастика [1, 3, 4]. В качестве лекарственных средств эффективны селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и трициклические антидепрессанты [3, 4].

В настоящее время отсутствует единый стандарт обследования больных с жалобами на головокружение, что приводит к назначению необоснованных методов обследования и нерациональному ведению таких пациентов [3, 4]. При обращении пациентов с жалобами на головокружение при наличии факторов риска (пожилой возраст, артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий и др.) следует исключить инсульт или ТИА. Врачу, ведущему амбулаторный прием, необходимо иметь краткую схему исследования вестибулярной системы – это позволит сократить время обследования и поможет поставить правильный диагноз. Если возникают сложности в диагностике, целесообразно направить пациента в неврологический центр, специализирующийся на диагностике и лечении головокружения. При подозрении на болезнь Меньера необходима консультация оториноларинголога.

Знание врачами основных причин головокружения и их симптомов позволяет им устанавливать не «сосудистые», а другие причины головокружения (ДППГ, вестибулярная мигрень, тревожное расстройство и др.), которые наиболее часто встречаются в амбулаторной практике и которые можно эффективно лечить.

Литература

1. Борнштейн А., Лемперт Т. Головокружение: практический подход к диагностике и лечению / М., ГЭОТАР, 2010; 216 с.
2. Крюков А.И., Федорова О.К., Антонян Р.Г. и др. Клинические аспекты болезни Меньера / М.: Медицина, 2006; 239 с.
3. Толмачева В.А., Парфенов В.А Причины головокружения у пациентов с артериальной гипертензией и его лечение // Врач. – 2007; 4: 49–53.
4. Парфенов В.А., Замерград М.В., Мельников О.А. Головокружение: диагностика и лечение, распространенные диагностические ошибки / М.: МИА, 2009; 152 с.
5. Brandt T. Vertigo. Its Multicensory Syndromes. 2nd Ed. London, 2000.
6. Brandt T., Dieterich M. Vertigo and dizziness: common complains / Springer, 2004.
7. Caplan L., Wityk R., Glass T. et al. New England Medical Center Posterior Circulation Registry // Ann. Neurol. – 2004; 56: 389–98.
8. Hanley K., O'Dowd T., Considine N. A systematic review of vertigo in primary care // Br. J. Gen. Pract. – 2001; 51: 666–71.
9. Kerber K., Brown D., Lisabeth L. et al. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study // Stroke. – 2006; 37: 2484–7.
10. Neuhauser H., Radtke A., von Brevern M. et al. Migrainous vertigo: prevalence and impact on quality of life // Neurology. – 2006; 67: 1028–33.

THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF VERTIGO IN OUTPATIENT PRACTICE

*Professor **V. Parfenov**, MD; **N. Bestuzheva***
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper presents an update on the outpatient diagnosis and treatment of the most common causes of vertigo: vestibular migraine, benign paroxysmal positional vertigo, Meniere's disease, vestibular neuronitis, and psychogenic vertigo. It is pointed out that vertebrobasilar insufficiency and/or cervical osteochondrosis are not a cause of vertigo. Unfortunately, these diagnoses are commonly made as its cause and at the same time fail to define the real causes of vertigo, which can be effectively treated.

Key words: stroke, vestibular migraine, benign paroxysmal positional vertigo, Meniere's disease, vestibular neuronitis, betahistine.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИИ

В. Козловский, доктор медицинских наук
Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург
E-mail: kvl1958@rambler.ru

Рассматриваются приемы рационального назначения психотропных препаратов и фармакотерапевтические стратегии их применения, исходя из принципов общей и клинической фармакологии. В практическом здравоохранении трудности рационального использования психотропных средств могут быть связаны с несовершенством их классификации, игнорированием хорошо известных в фармакологии зависимостей «доза–эффект», «время–эффект», а также с объективными клиническими факторами.

Подчеркивается, что для рационального использования препаратов важны не только выбор лекарственного средства в соответствии с представленностью симптомов психического нарушения, но и принятие тактических решений в соответствии с фазой лечения психического расстройства.

Ключевые слова: психотропные препараты, классификация, механизм действия, лекарственный метаболизм.

Психотропные препараты составляют почти 1/3 всего лекарственного арсенала. Это свидетельствует об активно ведущемся поиске и разработке новых препаратов. Однако история психофармакологии показывает, что даже самые последние лекарства появились в рамках известной нейрохимической парадигмы развития психотропных эффектов, сформировавшейся в 50–60-х годах прошлого столетия, что не позволяет рассматривать недавно появившиеся соединения как принципиально новые средства [3]. Сказанное позволяет считать, что оптимизация фармакотерапии больных с психическими расстройствами может быть реализована на пути не только поиска новых средств, но и рационализации применения «старых». Известные фармакотерапевтические стратегии лекарственной терапии в психиатрической практике нуждаются в переосмыслении в связи с появлением новых знаний в области патонейрохимии и оптимизации использования препаратов на основе общих принципов фармакологии [4, 7, 14].

В связи с этим можно выделить объективные причины и субъективные факторы, влияющие на практику применения препаратов в психиатрии. Одна из важных причин, предопределяющих неоднозначные подходы к выбору психотропных средств, – несовершенство их классификации. С 60-х годов прошлого столетия осталось неизменным выделение 3 основных классов психотропных средств в зависимости от «сковывающего» эффекта (lepsis): психолептики, психоаналептики и психодизлептики [1, 11, 13]. Однако, несмотря на очевидную справедливость подобного деления, с клинических позиций часть препаратов не вполне точно попадают в отведенные группы. Согласно данному делению, например, хлопромазин и амитриптилин вполне могут находиться в рамках одного класса, поскольку тот и другой вызывают гип-