

6. *Танашиян М. М., Домащенко М. А.* Новые возможности нейропротекции в лечении пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения // Журнал Нервные болезни. – 2016. – № 1. – С. 16–20.
7. *Цветкова Л. С.* Нейропсихологическая реабилитация больных. – М.-Воронеж, 2004.
8. *Шкловский В. М., Визель Т. Г.* Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. – М.: Ассоциация дефектологов, В. Секачев, 2011.
9. *Шохор-Троцкая М. К. (Бурлакова).* Стратегия и тактика восстановления речи. – М.: В. Секачев, Эксмо-Пресс, 2001.
10. *De Jong-Hagelstein M., Van de Sandt-Koenderman W. M., Prins N. D., Dippel D. W., Koudstaal P. J., Visch-Brink E. G.* Efficacy of early cognitive-linguistic treatment and communicative treatment in aphasia after stroke: a randomised controlled trial (RATS-2) / Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry. – 2011. – Vol. 82. – P. 399–404.
11. *Holland A. & Fridriksson J.* Aphasia management during the early phases of recovery following stroke // American Journal of Speech-Language Pathology. – 2001. – Vol. 10 (1). – P. 19–28.
12. *Rofes L., et al.* Neuogenic and oropharyngeal dysphagia // Annals of The New York Academy of Sciences. The 11th OESO World Conference: Reflux Disease. – 2013. – Vol. 1300.

## ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ: СИСТЕМНОЕ ИЛИ НЕСИСТЕМНОЕ?

*А. Е. Барулин, О. В. Курушина, А. А. Друшлякова*

### Курс неврологии, мануальной терапии, рефлексотерапии ФУВ ВолгГМУ

С жалобами пациентов на головокружение сталкиваются врачи любых специальностей, чаще всего терапевты, неврологи, отоларингологи. Ощущение головокружения может развиваться при патологии совершенно разных систем организма: зрительного, слухового анализатора, опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной, сердечно-сосудистой систем. В связи с множеством возможных интерпретаций ощущения головокружения пациентами и широким выбором инструментальных методов диагностики, зачастую среди врачей происходит гипер- или гиподиагностика головокружений, что может привести к неправильному подбору методов лечения.

**Головокружение** – ощущение кажущегося перемещения тела в пространстве или окружающих предметов относительно тела.

При определенных условиях может возникать у здорового человека, например, на высоте. Как болезненный симптом развивается при некоторых заболеваниях внутреннего уха, нервной системы и др.

**Причина головокружения** – дискоординация между потоком импульсации от систем отвечающих за ориентацию в пространстве (вестибулярной, зрительной и проприоцептивной систем) и центром, обеспечивающим обработку данных.

В патогенезе вестибулярной дисфункции определенную роль играет активация гистаминовых рецепторов. Их представительство преимущественно в гипоталамической области, лабиринте, мозжечке и стволе. Однако следует помнить и о снижении кровотока во внутреннем ухе и в области вестибулярных ядер.

**Поддержание равновесия – это результат взаимодействия вестибулярной, проприоцептивной, зрительной системы, органа слуха, поэтому для лечения головокружения необходимо правильно диагностировать характер и уровень поражения**

### Системное головокружение

**Системное (истинное) головокружение** – это вращательное головокружение. Пациенты описывают его как ощущение вращения окружающих предметов в той или иной плоскости. Данный вид головокружения характерен для поражения полукружных каналов или вестибулярных структур в центральной нервной системе. Истинное головокружение обычно сопровождается нарушением равновесия, тошнотой и рвотой. Наиболее часто встречаемые заболевания в данной группе: доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), вестибулярный нейронит, болезнь Меньера, лабиринтит, перилимфатическая фистула.

**Несистемное головокружение** обычно сложно удается описать пациентами. Это ощущение неустойчивости, раскачивания, шаткости при ходьбе, дурнота, «предобморочное» состояние, чувство легкого опьянения, нарушения четкости зрения. Несистемное головокружение чаще характерно для соматической патологии (анемия, гипогликемия, болезни сердца, заболевания сердечно-сосудистой системы, патологии цервикального отдела).

Хотелось бы отдельно выделить два типа головокружения, которые, согласно современным классификациям, относятся к несистемному.

**Нарушение равновесия и походки**, связанные с поражением центральных структур головного и спинного мозга. В данную группу заболеваний, сопровождающихся жалобами пациентов на «головокружение», входят патологии связанные с паретическими, атактическими, гиперкинетическими, акинетическими, апрактическими или постуральными расстройствами. Например, дисбазия при паркинсонизме, шаткость и неустойчивость при ходьбе у больных с гемипаре-

зом. Усугубление нарушения равновесия в темноте характерно для расстройств глубокой чувствительности.

**Психогенное головокружение** часто сопровождается затяжные невротические расстройства, пациенты часто говорят о головокружении «как бы внутри головы» или о чувстве дереализации, покачивании, страхе перед возможным падением. Порой приступы сопровождаются тревожными и вегетативными нарушениями (учащенное сердцебиение, потливость, нарушение дыхания). В данную группу входят такие состояния, как постуральная фобическая неустойчивость, тревожная депрессия, гипервентиляционный синдром, синдром панических атак.

### Диагностика головокружений

Адекватным методом диагностики точного уровня поражения вестибулярного анализатора является специальное отоневрологическое обследование. При отоневрологическом осмотре проводится исследование вестибулярной и слуховой функции, неврологическим статусом, особенностями кровообращения головного мозга.

#### **Характерные жалобы для системного головокружения:**

- ощущение вращения окружающих предметов;
- ощущение вращения;
- ощущение падения и наклона;
- ощущение раскачивания собственного тела в определенном направлении.

#### **Характерные жалобы для несистемного головокружения:**

- не характерно чувство вращения
- ощущение неустойчивости, проваливания, общей слабости;
- предчувствие падения;
- шаткость, неуверенность при ходьбе и т. п.

**Головокружение – это субъективная характеристика и описательная характеристика этого состояния пациентом лишь ограничивается воображением пациента**

**Для вестибулярного симптомокомплекса характерно наличие:**

- системного головокружения;
- вегетативных симптомов (тошнота, рвота, повышенное потоотделение);
- нарушение равновесия (атаксия);
- спонтанного нистагма в момент головокружения.

**Неврологический осмотр.** При проведении неврологического осмотра особое внимание нужно уделить исследованию черепно-мозговых нервов, выявлению стволовых симптомов. У пациентов, предъявляющих жалобы на неустойчивость, головокружение, стволовые и мозжечковые симптомы, как правило, говорят об инсультах, транзиторных ишемических атаках в вертебробазилярной системе, опухолях, демиелинизирующих процессах задней черепной ямки.

**Нистагм.** При выявлении нистагма предмет, на котором пациент фиксирует взгляд, рекомендовано перемещать на 30 градусов вправо, влево, вверх и вниз, так как в крайних отведениях нистагм может возникать у здоровых людей.

При поражении периферического отдела вестибулярного анализатора нистагм горизонтальный, возможно, с небольшим ротаторным компонентом, однонаправленный (направленность нистагма определяется по направлению быстрого компонента). При приступе головокружения нистагм может быть спонтанным. При центральных поражениях нистагм может возникать в любых направлениях и, как правило, у пациента выявляются стволовые и глазодвигательные нарушения. Вертикальный, бьющий вверх нистагм говорит о срединных поражениях ствола мозга, вертикальный, бьющий вниз – о двустороннем поражении нижних отделов мозжечка. Устраняя фиксацию взора, например, с помощью очков Френзеля: при одностороннем периферическом поражении вестибулярного анализатора нистагм может стать более заметным или увеличить амплитуду. Нистагм при центральном поражении не изменится.

**Координационные пробы.** При исследовании пациента в позе Ромберга или усложненной позе Ромберга (пятка впереди стоящей ноги примыкает к носку сзади стоящей ноги) при мозжечковой или вестибулярной атаксии характерно отклонение или падение в сторону поражения. В случае поражения червя мозжечка больной обычно раскачивается из стороны в сторону и чаще падает назад. При патологии полушария мозжечка возникает тенденция к падению преимущественно в сторону патологического очага. Проведение пальценосовой пробы позволяет выявить дисфункцию полушарий мозжечка в виде интенционного тремора, возникающего при приближении к цели (к кончику носа), или выявить дисфункцию проприоцептивной системы в виде мимопадания или «поиска цели».

**Позиционные пробы.** ДППГ – одна из самых частых причин вестибулярных расстройств. Следовательно, позиционные пробы (проба Дикса-Холлпайка) следует проводить всем пациентам с головокружением.



Рис. 1. Методика Дикса-Холлпайка (правое ухо)

Перед проведением пробы нужно предупредить пациента о возможности возникновения головокружения. Латентное время возникновения нистагма от 5 до 20 секунд. При ДППГ нистагм будет иметь ротаторный характер. Проведение позиционной пробы может также спровоцировать нистагм при поражении ЦНС, но тогда он, скорее всего, будет иметь вертикальную направленность (бьющий вниз нистагм).

При дифференциальной диагностике необходимо проводить диагностику среди следующих патологических состояний:

- 1) синдром мостомозжечкового угла;
- 2) опухоли IV желудочка;
- 3) нарушение кровообращения в вертебробазилярном бассейне (инсульт, ТИА);
- 4) субклавиовертебральный синдром;
- 5) базилярная мигрень;
- 6) рассеянный склероз;
- 7) спиноцеребеллярная дегенерация;
- 8) липотимии;
- 9) эпилепсия (в виде ауры);
- 10) психогенное головокружение.

При этом наиболее частая причина несистемного головокружения – миофасциальная дисфункция, нарушение биомеханики позвоночника, патология шейного отдела позвоночника (спондилез, спондилолистез, нестабильность двигательных сегментов).

#### Лечение

Перед тем как говорить о лечении головокружения, необходимо четко понимать, что мы собираемся лечить и что является причиной развившегося головокружения. От этого будет зависеть успех назначенной терапии.

*Терапия головокружения включает четыре направления:*

1. Купирование приступа (симптоматическая терапия).
2. Воздействие на причину (этиологическая терапия).
3. Коррекция механизмов головокружения (патогенетическая терапия).
4. Обеспечение вестибулярной компенсации и реабилитации.

#### Купирование острого приступа вестибулярного головокружения

Купирование острого приступа вестибулярного головокружения заключается, прежде всего, в обеспечении максимального покоя для пациента. Антигистаминные препараты (H1-блокаторы) – дименгидринат, дифенгидрамин – тормозят активность центральных вестибулярных структур, оказыва-

ют противорвотное действие. Бензодиазепины – диазепам, лоразепам – тормозят влияние ГАМК на вестибулярную систему, даже в небольших дозах уменьшают головокружение и связанную с ним тошноту и рвоту. Из противорвотных средств чаще применяются прохлорперазин, прометазин, метоклопрамид.

Длительность использования указанных выше препаратов ограничивается их способностью замедлять вестибулярную компенсацию, поэтому не рекомендуется применять эти препараты более 2–3 дней.

Для купирования головокружения при вестибулярном нейроните в первые трое суток заболевания используется метилпреднизолон (в начальной дозе 100 мг с последующим снижением дозы на 20 мг каждые трое суток) в сочетании с бетагистина гидрохлоридом (24 мг дважды в сутки).

При выявлении ДППГ больным проводятся лечебные позиционные маневры. Самый распространенный из них – маневр Эппли.

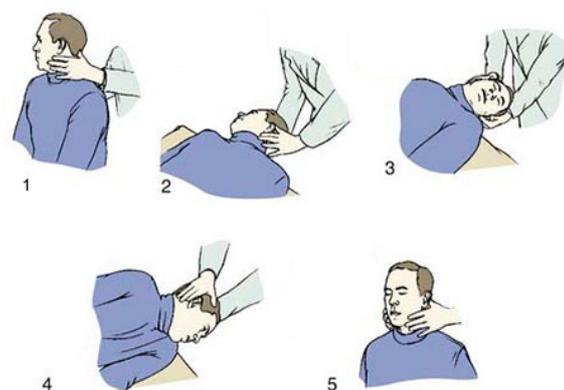


Рис. 2. Маневр Эппли (лечение заднего полукружного канала слева)

**Симптоматическое лечение** головокружения и осциллопии: баклофен, клоназепам (при вертикальном нистагме), габапентин (при маятникообразном нистагме).

**Этиологическое и патогенетическое лечение.** Ведение больных с заболеваниями центральной нервной системы ведется согласно врачебной тактике данного заболевания. При инсульте необходимо лечение основного заболевания (гипотензивные средства,

статины, антиагреганты или антикоагулянты и др.). При вегетативной дисфункции назначаются вегетотропные препараты.

Лечение миофасциальной дисфункции шеи и плечевого пояса с использованием комплекса мягких техник мануальной терапии, физиотерапии, рефлексотерапии. При купировании приступа мигрени (аспирин, агонисты серотониновых рецепторов – триптаны).

Главным компонентом лечения психогенных головокружений является назначение антидепрессанта на длительный срок. Более всего себя зарекомендовали препараты СИОЗС (флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам). Они обладают селективным серотонинпозитивным действием с минимальной вероятностью развития побочных эффектов, в отличие от трициклических антидепрессантов.

**Вестибулярная реабилитация.** Для превентивного лечения пациентам рекомендовано выполнять гимнастику Брандта-Даррофа. Для выполнения методики больной должен после пробуждения сесть в центре кровати, свесив ноги вниз. Затем он укладывается на бок, на сторону пораженного уха, при этом голова повернута кверху на  $45^\circ$ , и, если головокружения не возникло, находится в этом положении 30 с. Если головокружение возникло – до прекращения головокружения. После этого больной возвращается в исходное положение сидя, в котором пребывает 30 с, после чего быстро укладывается на противоположный бок, повернув голову кверху на  $45^\circ$ . Спустя 30 с он принимает исходное положение сидя. Выполнять упражнения нужно по пять раз в обе стороны за один сеанс. Если головокружение возникает хотя бы однократно утром, упражнения повторяются днем и вечером.

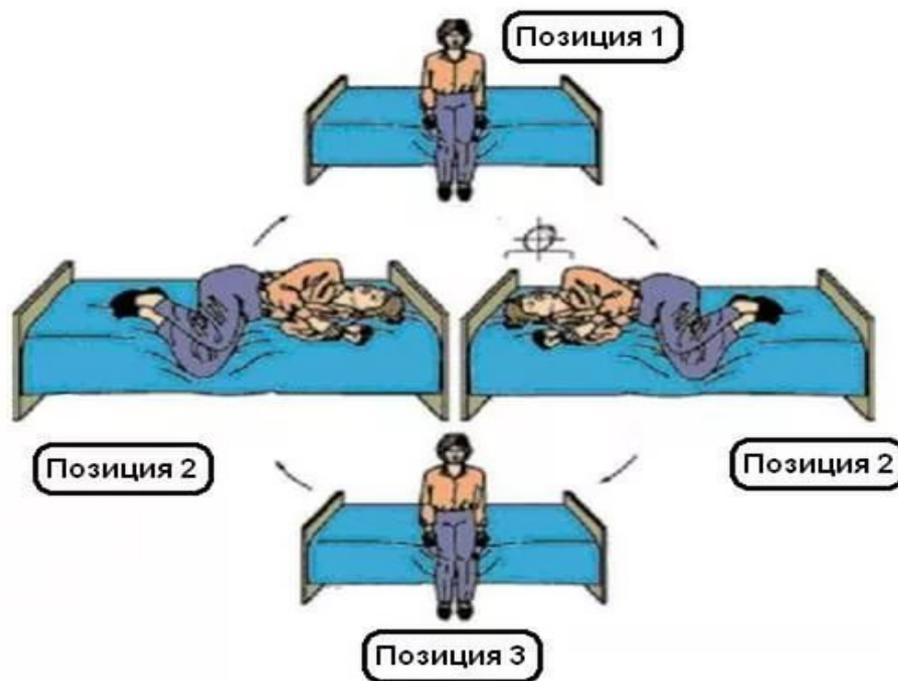


Рис. 3. Вестибулярная гимнастика

Средства, ускоряющие восстановление вестибулярной функции: вертиголитики (беттагистин, циннаризин), психостимуляторы и ноотропы (пирацетам, винпоцетин).

Для компенсации вестибулярных функций в наиболее ранние сроки необходимо

начать проведение вестибулярной реабилитации. Вестибулярную гимнастику следует начинать сразу после купирования эпизода острого головокружения. Она включает в себя различные упражнения на движение глаз, головы, тренировку походки.

Один из современных способов вестибулярной реабилитации – тренировка на стабильной платформе, постурографической платформе. Тренировка основана на принципах биологической обратной связи по опорной реакции.

Учитывая сложность проведения лечебных мероприятий, вызванную много-

компонентным фактором формирования головокружения, необходим тщательный диагностический поиск и междисциплинарный подход к лечебным мероприятиям. При этом необходимо найти баланс между медикаментозным и немедикаментозным воздействием.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ансаров Х. Ш., Курушина О. В., Барулин А. Е., Куракова Е. А. Цефалгии в остром периоде инсульта // Российский журнал боли. – 2015. – № 1 (44). – С. 84.
2. Барулин А. Е., Рыбак В. А., Клаучек С. В. Применение метода сенсомоторного управления дыханием для коррекции дыхательной дисфункции при синдроме вегетативной дистонии // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2003. – Т. 59, № 9. – С. 190–192.
3. Бронштейн А., Лемперт Т. Головокружение. Пер. сангл. Е. В. Гузь; под редакцией В. А. Парфенова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 216 с.
4. Гордеева И. Е., Ансаров Х. Ш., Барулин А. Е. Дифференциальная диагностика основных форм цервикокраниалгий // Российский журнал боли. – 2015. – № 1 (44). – С. 120–121.
5. Замерград М. В. // Неврологический журнал. – 2015. – № 20 (6). – № 45–49.
6. Мирошникова В. В., Бабушкин Я. Х., Курушина О. В., Барулин А. Е. Эффективность топирамата в превентивном лечении мигрени // Российский журнал боли. – 2015. – № 1 (44). – С. 50.
7. Парфенов В. А., Абдулина О. В., Замерград М. В. Неврологический журнал. – 2007. – № 6. – С. 21–25.
8. Kerber K. A., Brown D. L., Lisabeth L. D., et al. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study // Stroke. – 2006. – Vol. 37. – P. 2484–2487.
9. Brandt T., Zwergal A., Strupp M. Medical treatment of vestibular disorders // Expert Opin Pharmacother. – 2009. – Vol. 10 (10). – P. 1537–1548.
10. Strupp M., Brandt T. Current treatment of vestibular, ocular motor disorders and nystagmus // Ther Adv Neurol Disord. – 2009. – Vol. 2 (4). – P. 223–239.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

*В. В. Мирошникова*

**Кафедра неврологии, нейрохирургии, с курсом медицинской генетики, курсом неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии ФУВ ВолГМУ**

Головная боль напряжения (ГБН) является наиболее распространенной формой первичных головных болей. Она составляет 45–80 % среди других видов цефалгий, что значительно превышает распространенность мигрени (8–20 %). Несмотря на высокую распространенность ГБН, диагноз этого вида первичной цефалгии выставляется только 1 % пациентов при первом обращении [1].

ГБН представляет собой особый вид реакции на эмоциональный стресс и развивает-

ся в результате непроизвольного напряжения перикраниальных мышц (лобных, височных, затылочных) и трапецевидных мышц.

Далеко не все реагируют на стресс головной болью, для этого надо иметь особую личность, со склонностью к фиксации на своих соматических ощущениях и неврогическим реакциям.

Помимо личностных особенностей, большую роль играет и специфика функционирования мозга с повышенной активностью болевых