Департамент здравоохранения Вологодской области

Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Вологодская областная клиническая больница»

(БУЗ ВО «ВОКБ»)

***“Головокружения в ЛОР практике»***

(информационное письмо-2021 год)

Головокружение — ощущение неуверенности в определении своего положения в пространстве, кажущееся вращение окружающих предметов или собственного тела, ощущение неустойчивости, потеря равновесия, уход почвы из-под ног.

Головокружение подразделяют на вестибулярное и невестибулярное.

Вестибулярное головокружение – это ощущение мнимого вращения или движения (вращения, кружения, падения или раскачивания) окружающих предметов или самого пациента в пространстве. Вестибулярное головокружение часто сопровождается тошнотой, рвотой, нарушением равновесия и нистагмом.

Вестибулярное головокружение может быть центральным (поражение вестибулярных ядер ствола мозга и их связей с другими отделами мозга) или периферическим (повреждение вестибулярного нерва и лабиринта). При центральном головокружении характерны сочетанные симптомы поражения ствола головного мозга или мозжечка (расстройства глотания, голоса или чувствительности, двоение или другие нарушения).

**Сбор анамнеза и жалоб**

Чтобы определить дальнейшую тактику лечения очень важно достоверно собрать жалобы и анамнез пациента.

* Как и когда началось головокружение?
* Как долго оно продолжается?
* Возникает ли головокружение спонтанно или провоцируется определенными обстоятельствами? (смена положения тела, как меняется головокружение при поворотах с боку на бок, при вставании с постели или при укладывании в постель, внешние факторы)
* Сопровождается ли головокружение головной болью
* Сопровождается ли головокружение снижением слуха?
* Сопровождается ли головокружение другими симптомами: двоением, нарушением глотания, расстройствами речи, слабостью в руке или ноге, тошнотой, рвотой?
* Беспокоит ли головокружение постоянно или появляется в виде приступов? При приступообразном головокружении как долго продолжается приступ?
* Сопровождалось и когда-нибудь головокружение падением? (Падения – признак грубого органического поражения систем, поддерживающих равновесие)

Анамнез:

* Наследственность: мигрень, глазные болезни, глазодвигательные или мозжечковые расстройства, сердечно-сосудистые заболевания)
* Анамнез жизни: употребление алкоголя, наркотиков; профессия, род занятий, семья, стрессы.
* Перенесенные заболевания: сердечно-сосудистые (в том числе артериальная гипертония), пульмонологические, желудочно-кишечные и урологические заболевания, расстройства ЦНС, черепно-мозговые травмы, ЛОР-заболевания, психические расстройства. Прием ототоксических препаратов (например аминогликозидов)
* Прием лекарственных средств. Какие препараты принимает больной? Особое внимание следут обратить на психотропные, антиаритмические и гипотензивные средства, препараты для лечения головокружения. Головокружение – побочный эффект многих лекарственных препаратов.
* Аллергические реакции.

**Обследование пациента**

Соматическое и неврологическое обследование при головокружении

|  |  |
| --- | --- |
| Обследование | Возможные нарушения |
| Общий осмотр, оценка высших психических функций | Нарушение сознания, головная боль, когнитивные расстройства |
| Сердечно-сосудистая система | Аритмия, признаки сердечной недостаточности, изменения АД, электрокадиограммы, чсс, положительная ортостатическая проба |
| Отоскопия | Отит, герпетические высыпания, перфорация барабанной перепонки |
| Гортань | Ограничение подвижности голосовых складок |
| Мышцы шеи | Ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, напряжение мышц, болезненность мышц при пальпации. |
| Исследование верхних и нижних конечностей | Проявление атаксии, парезов конечностей (при исследовании координации, мышечной силы и чувствительности в конечностях, сухожильных рефлексов) |
| Черепные нервы | Изменение чувствительности на лице и роговице (тройничный нерв), подвижности мимических мышц (лицевой нерв), мягкого неба (языкоглоточный нерв), силы грудино-ключично-сосцевидной и трапецевидной мышц (добавочный нерв) |

При неврологическом обследовании пациента большое значение отводится анализу пробы Ромберга, ходьбы и нистагма.

Исследование нистагма

Анализ нистагма при неврологическом обследовании больного, страдающего головокружением, имеет большое диагностическое значение. Для выявления нистагма пациенту предлагают следить за перемещением предмета, расположенного перед его глазами, в горизонтальной и вертикальной плоскости. При этом исследование глаз в крайних положениях малоинформативно, поскольку в этом случае может возникать физиологический установочный нистагм, встречающийся у здоровых людей.

Основные типы нистагма при поражениях центральной и периферической вестибулярной системы

**Установочным нистагмом** называют кратковременные подергивания глаз при взгляде в одну сторону или при взгляде как вправо, так и влево. Характер этих движений чаще всего горизонтально-ротаторный, длятся они несколько секунд и нередко наблюдаются у практически здоровых людей

**Спонтанный нистагм** — непроизвольные движения глазных яблок, обычно усиливающиеся при взгляде в одну какую-либо сторону или при взгляде в каждую из сторон; спонтанный нистагм может быть врожденным или возникает в связи с патологическим состоянием ушного лабиринта, центральной нервной системы.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Спонтанный нистагм | | | |
|  | периферический | центральный | примечания |
| Горизонтально-торсионный | + | +/- | Отсутствие подавления нистагма при фиксации взора указывает на его центральное происхождение |
| вертикальный | - | + |  |
| Торсионный | - | + | В большинстве случаев свидетельствует о повреждении ствола мозга |
| Установочный нистагм | | | |
| В крайних отведениях глазных яблок | - | - | Такой нистагм является физиологическим |
| При отведении глаз на 30 градусов | + | + | Повреждение периферических отделов вестибулярной системы, ствола мозга, мозжечка, интоксикации наркотиками или алкоголем |
| Вертикальный при взгляде вверх или вниз | - | + | Свидетельствует о поражении ствола мозга и мозжечка |
| Усиливается при взгляде в сторону быстрой фазы, ослабевает при взгляде в сторону медленной фазы | + (при спонтанном нистагме) | +/- | В соответствии с законом Александера спонтанный нистагм усиливается при взгляде в сторону быстрой фазы. |

Помимо анализа нистагма определить причину головокружения помогают некоторые специальные пробы.

***Проба Хальмаги*** (исследование горизонтального вестибулоокулярного рефлекса). Обследуемому предлагают зафиксировать взор на переносице расположившегося перед ним врача и быстро поворачивают голову поочередно в одну и другую сторону примерно на 15 градусов от средней линии. В норме, благодаря компенсаторному движению глаз в противоположном направлении, глаза остаются фиксированными на переносице и не поворачиваются вслед за головой. При утрате функции одного из лабиринтов поворот головы в сторону пораженного уха не может быть компенсирован одномоментным быстрым переводом глаз в противоположном направлении. В результате глаза возвращаются в исходное положение с опозданием – уже после поворота головы возникает коррекционная саккада, позволяющая вернуть взор в исходное положение. Эта саккада легко выявляется при исследовании. Положительная проба Хальмаги указывает на повреждение периферического вестибулярного аппарата и служит важным дифференциально-диагностическим признаком, позволяющим определить те редкие случаи центральных вестибулопатий, которые проявляются изолированным вестибулярным головокружением (при центральной вестибулопатии с изолированным вестибулярным головокружением проба Хальмаги будет отрицательной).

***Проба Ромберга***. Обследуемого просят плотно сдвинуть стопы, голову слегка приподнять, руки поднять до горизонтального уровня, вначале стоять с открытыми глазами, а затем закрыть глаза. Диагностическое значение имеет пошатывание или падение вперед-назад или в стороны. При одностороннем поражении периферического вестибулярного аппарата больной отклоняется в сторону поражения. При нарушениях глубокой чувствительности (сенсетивной атаксии) пациент относительно устойчив в позе Ромберга с открытыми глазами, но теряет равновесие при закрывании глаз (классическая положительная проба Ромберга)

*Позиционные пробы*

Одной из наиболее распространенных проб для выявления позиционного головокружения является проба ***Дикс-Холлпайка***. Она характеризуется высокой чувствительностью и специфичностью в отношении ДППГ. Пробу Дикса-Холлпайка целесообразно проводить всем пациентам страдающим головокружением (особенно рецидивирующим). При выполнении пробы больного, сидящего на кушетке с головой, повернутой на 45градусов, быстро укладывают на спинку так, чтобы голова оказалась слегка запрокинутой над краем кушетки. Если при этом после короткого (несколько секунд) латентного периода развивается вестибулярно-торсионным нистагмом (вертикальный компонент нистагма направлен вверх, торсионный в сторону нижерасположенного уха) и продолжающееся 10-40 с, то пробу считают положительной. Возвращение в исходное положение (сидя на кушетке) приводит к повторному возникновению головокружения и нистагма, которые, как правило, менее яркие, чем при переходе в горизонтальное положение. Кроме того, нистагм при возвращении в вертикальное положение будет иметь противоположное направление. При повторении пробы головокружение и нистагм обычно постепенно истощаются. Проба выявляет самую частую разновидность ДППГ, связанную с поражением заднего полукружного канала. При ДППГ, вызванном, например, поражением левого заднего полукружного канала, у больного в положении на спине с головой, повернутой влево и слегка запрокинутой над краем кушетки, после короткого латентного периода возникнет сначала нарастающий, а затем угасающий нистагм, направленный по часовой стрелке вниз к земле.

В некоторых случаях вместо пробы Дикс-Холлпайка удобнее проводить пробу ***Брандта-Дароффа***. Больной из положения сидя на постели поочередно ложится на один и другой бок так, чтобы его лицо оказалось повернутым вверх на 45 градусов. В случае положительной пробы в положении на боку после короткого (несколько секунд) латентного периода появляется характерный вертикально-торсионный нистагм, который сначала постепенно нарастает, а затем затухает (как при пробе Дикс-Холлпайка).

**Алгоритм диагностики головокружения**

Диагностический поиск при жалобах больного на головокружение сводится к трем ос­новным этапам:

* Определение характера головокружений (вестибулярное / невестибулярное)
* Определение уровня поражения вестибулярного анализатора.
* Определение нозологической формы.

Алгоритм дифференциальной диагностики пери­ферического и центрального вестибулярных синдромов

|  |  |
| --- | --- |
| Периферический вестибулярный синдром | Центральный вестибулярный синдром |
| Место поражения – внутрен­нее ухо, вестибулярный ганглий, вестибулярная порция VIII нерва | Место поражения – вестибуляр­ные ядра и центральные вести­булярные пути, мост мозга, про­долговатый мозг, спинной мозг, средний мозг, диэнцефально­подкорковые отделы мозга |
| Как правило, страдает слухо­вая функция (шум в ухе, сни­жение слуха, заложенность) | Слуховые нарушения встречают­ся редко. Только ядерное пора­жение и нарушение в среднем мозге дают снижение слуха. |
| Головокружение носит при­ступообразный характер, чет­ко ограничено во времени (продолжительность редко превышает 24 ч), сопровожда­ется выраженными вегетатив­ными расстройствами. Удов­летворительное самочувствие больного между приступами. | Хроническое течение головокру­жения с отсутствием четких вре­менных границ и выраженных вегетативных расстройств |
| Быстрое наступление ком­пенсации за счет включения центральных компенсатор­ных механизмов – продолжи­тельность остаточной вести­булярной дисфункции редко превышает 1 месяц. | Длительное (месяцы, годы) при­сутствие остаточной вестибу­лярной дисфункции вследствие ограниченности компенсатор­ных возможностей при цент­ральном поражении |
| Спонтанный нистагм; гори­зонтальный и (реже) ротатор­ный, односторонний по на­правлению, бинокулярный | Спонтанный нистагм; кроме го­ризонтального и ротаторного, по направлению может быть вертикальный, диагональный, конвер­гирующий. Может присутство­вать в различных направлениях и быть моноокулярным. |
| Спонтанный нистагм всегда сопровождается спонтанным отклонением рук в противо­положную направлению нис­тагма сторону (в сторону медленной фазы) | Реакция отклонения рук не соот­ветствует медленной фазе. Руки не отклоняются или отклоняются в сторону нистагма. |
| Кроме симптомов поражения VII и промежуточного нервов, другой неврологической симптоматики не отмечается | Характерно сочетание с симпто­мами поражения центральной нервной системы |

Заболевания, сопровождающиеся поражением периферического отдела вестибулярного анализатора

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заболевание | Основная симптоматика | Обследование |
| Болезнь Меньера | Рецидивирующие приступы системного головокружения продолжительностью не более 24 ч, сопровождающиеся снижением слуха на одно ухо, ушным шумом, а также вегетативными расстройствами. Характерны быстрое восстановление после приступа и хорошее самочувствие в межприступный период | Консультация ЛОР-­врача, отоневролога. Аудиометрия. Электрокохлеография. |
| ДППГ | Очень кратковременные (не более 60 с.) приступы системного головокружения с вегетативными проявлениями, возникающие при строго определенных движениях головы или тела, как то повороты в постели на бок, укладывание в постель на спину, переход из лежачего в сидячее положение, запрокидывание головы назад, наклон туловища вперед и вниз. В вертикальном положении самочувствие удовлетворительное. Слуховые расстройства отсутствуют. | Консультация отоневролога. Проведение пробы Дикса–Холлпайка. |
| Острое нарушение кровообращения во внутренней слуховой артерии | Приступ системного головокружения, продолжительностью до нескольких дней, как правило, сопровождающийся снижением слуха и вегетативными расстройствами. Длительный (несколько недель) период восстановления после приступа. | Консультация ЛОР-­врача, отоневролога, невролога. МРТ головного мозга. Дуплексное сканирование магистральных артерий головы. Коагулограмма. |
| Острый Лабиринтит | Приступ системного головокружения, сопровождающийся снижением слуха и развивающийся на фоне острого (или обострения хронического воспаления среднего уха) | Консультация ЛОР-­врача, отоневролога. КТ височных костей. |
| Невринома VIII черепного нерва | Неустойчивость, эпизоды головокружений, ушной шум, снижение слуха | Консультация ЛОР-­врача, отоневролога, невролога. Аудиометрия. МРТ головного мозга |
| Вестибулярный нейронит | Острое системное головокружение, протекающее без нарушения слуха. Возможно после острой респираторной инфекции. Проявляется внезапным и продолжительным приступом вестибулярного головокружения, сопровождающегося тошнотой, рвотой и нарушением равновесия. | Консультация ЛОР-врача, отоневролога. |

**Лечение**

Основной целью лечения является прекращение и последующее предотвращение эпизодов вестибулярного головокружения, поддержание и восстановление функций вестибулярного анализатора. Больной с острым эпизодом периферического вестибулярного головокружения (за исключением ДППГ) чаще нуждается в срочной госпитализации в ЛОР - отделение.

Для купирования приступа острого вестибулярного головокружения проводят блокирование афферентной импульсации раздраженного лабиринта путѐм подкожного введением атропина (1 мл 0,1% р-ра) или платифиллина (1 мл 0,2% р-ра). В первые 2-3 суток заболевания показано использование вестибулярных блокаторов центрального действия, а именно H1-блокаторов, проникающих через гематоэнцефалический барьер: дименгидринат (50-100 мг 2-3 раза в сутки), дифенгидрамин (25-50 мг внутрь 3-4 раза в сутки или 10-50 мг внутримышечно), меклозин (25-100 мг/сут в виде таблеток для разжевывания). Кроме того, в первые 2-3 суток для снижения способности вестибулярных ядер анализировать и интерпретировать информацию, поступающую из лабиринта, возможно использование средств, обладающих седативным эффектом: лоразепам может использоваться сублингвально (в дозе 1 мг) при остром приступе головокружения; диазепам 10 мг (2,0) в/м.

Целесообразно использование бетагистина – слабого агониста Н1-гистаминовых рецепторов и блокатора Н3-нистаминовых рецепторов микроциркуляцию по 24 мг 2 раза в день (48 мг – суточная доза) в течение 2-3 месяцев и более. Блокада Н3 рецепторов приводит к вазодилятации и улучшению кровообращения во внутреннем ухе. Одновременно с этим стимуляция Н1-рецепторов приводит к повышению проницаемости капилляров улитки, нормализует давление эндолимфы в улитке и лабиринте. Кроме того, бетагистин повышает содержание серотонина в головном мозге, что снижает активность вестибулярных ядер.

При головокружении на фоне цереброваскулярных заболеваний назначают гипотензивные и вазоактивные средства, антиагреганты, ноотропы и препараты, улучшающие микроциркуляцию, нормализующие венозный отток (уровень доказательности IV).

Лечение ДППГ – лечебные манѐвры, призванные репозиционировать отолиты. При необходимости на время выполнения лечебных манипуляций назначают вестибулярные супрессанты.

Маневр Эпли

Исходное положение: сидя, голова повернута на 45° в горизонтальной плоскости в сторону пораженного уха. Пациент отклоняется назад примерно на 105° в такое положение, чтобы голова немного свисала, вызывая этим смещение скопления в канале и прогиб купола вниз и провоцируя приступ ДППГ. Эта позиция сохраняется в течение 3 минут. Голову поворачивают на 90° к здоровому уху. Голову вместе с туловищем поворачивают еще на 90° вправо, смещая скопление статолитов по направлению к выходу из канала. Эта позиция сохраняется в течение 3 минут. Позиционный нистагм, направленный в сторону пораженного уха (более высоко расположенного). Пациент перемещается в положение сидя.

Прием Семонта для терапии купулолитаза заднего полукружного канала. При выполнении этой методики пациент сначала находится в положении сидя с головой, повернутой в сторону здорового уха. Затем больного укладывают на бок в сторону больного уха, при этом положение головы сохраняется, то есть лицо пациента смотрит вверх. Спустя 1-2 минуты больного быстро перекладывают через исходную позицию на другой бок, теперь уже лицом вниз. В этом положении пациент остается 1-2 минуты, а затем медленно, сохраняя все тот же поворот головы, садится в исходное положение.

Гимнастика Брандта-Дароффа

Пациент должен сесть на кровать, выпрямив спину. Затем необходимо лечь на левый (правый) бок с повернутой кверху головой на 45° (для сохранения правильного угла удобно представить стоящего рядом с Вами человека на расстоянии 1,5 метров и удержать взгляд на его лице). Задержаться в таком положении на 30 секунд или пока головокружение не исчезнет. Вернуться в исходное положение сидя на кровати. Затем необходимо лечь на другой бок с повернутой кверху головой на 45°. Задержаться в таком положении на 30 секунд. Вернуться в исходное положение сидя на кровати. Повторить описанное упражнение следует 5 раз.

**Прогноз заболевания**

Прогноз заболевания зависит от причины периферического головокружения, своевременности и адекватности проводимого лечения, наличия сопутствующей патологии. Примерные сроки нетрудоспособности составляют от 3 дней при болезни Меньера, до 1 месяца при вестибулярном нейроните. Возможно длительное сохранение атаксии при вестибулярном нейроните, одностороннее или двустороннее снижение или выпадение вестибулярной функции. Раннее начало вестибулярной реабилитации улучшает прогноз заболевания. При ДППГ верно поставленный диагноз позволяет в течение 1-3 дней полностью избавить пациента от вестибулярного головокружения после выполнения соответствующих манѐвров.

Используемая литература:

1. Клинические рекомендации от 2014 по Головокружениям
2. В.А. Парфенов, М.В. Замерград, О.А. Мельников «Головокружение. Диагностика и лечение, распространненные диагностические ошибки»

Врач-оториноларинголог Дыкун А.С.

Зав.оториноларингологическим отделением

БУЗ ВО «ВОКБ» Беляев В.М.