

Доброкачественное позиционное головокружение глазами невролога

Проблемы диагностики

- Головокружение может быть результатом более, чем 80 заболеваний и расстройств
- Головокружение — одна из самых ярких междисциплинарных проблем: с пациентами сталкиваются терапевты, врачи общей практики, неврологи, ЛОР-специалисты, кардиологи, психиатры, психотерапевты и т.д.
- С чего начать постановку диагноза?
- О чем спросить пациента?
- Какие методы диагностики использовать?

Головокружение — одна из самых распространенных жалоб в практике врачей*

Второе место по частоте жалоб на амбулаторно-поликлиническом приеме*

- У 7-10% — старше 45 лет*
- У 30% — старше 65 лет**
- У 50% — старше 80 лет**

* Замерград М.В., Мельников О.А. Причины головокружений у пожилых. // Клиническая геронтология, Том 9, №10, с. 13-16, 2003

** А.Д. Соловьева, Головокружение Consilium medicum, Том 03/N 5/2005, стр.21-24

ЧАСТОТА СИНДРОМОВ ВЕРТИГО:

международные данные

- Наиболее распространенными синдромами вертиго были ДППГ, фобическое постуральное головокружение, центральное головокружение, вестибулярная мигрень и болезнь Меньера

ИССЛЕДОВАНИЕ

Идентификация синдромов вертиго у 8546 пациентов, наблюдаемых в амбулаторном неврологическом отделении головокружений

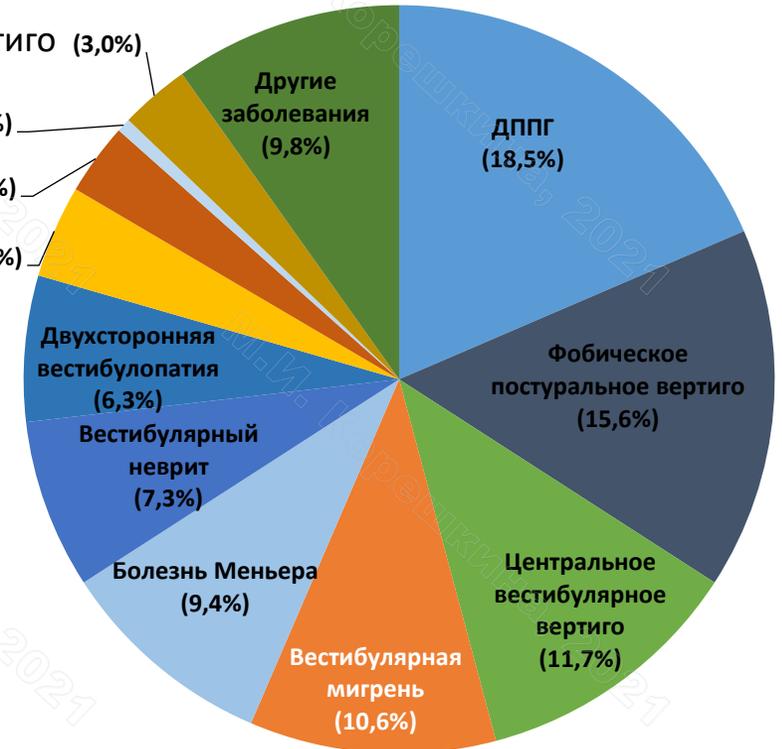
ДППГ, доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение

Неустановленные синдромы вертиго (3,0%)

Перилимфатическая фистула (0,6%)

Психогенное вертиго (3,1%)

Вестибулярная пароксизмия (4,0%)



**Давайте вспомним, какие анатомические
структуры помогают нам определять свое место
в пространстве**





Влияние вестибулярного аппарата на поддержание позы

- Регуляция тонуса мышц относительно силы тяжести
- Поддержание центра тяжести тела в пределах площади опоры сохранение равновесия корректирующие шаги
- Лабиринты играют важную роль в поддержании равновесия при медленных движениях в заучивании двигательных актов → автоматизации (гиппокамп)



**Центр
Тяжести
тела**

Точка опоры

Заболевания вестибулярной системы — самая частая причина головокружения*

Частота синдромов головокружения:
амбулаторный неврологический центр по лечению головокружения (N=8546)*

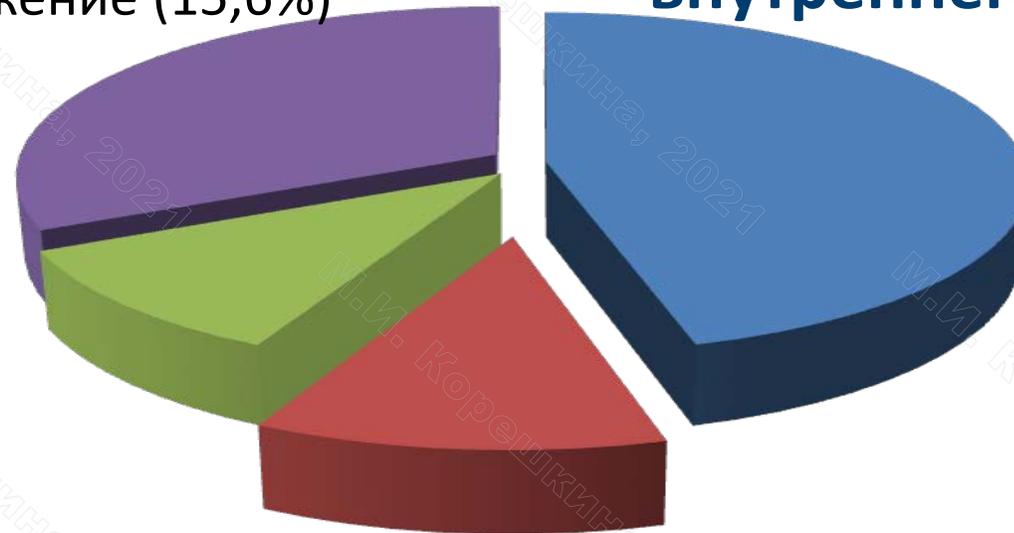
Другие виды головокружения:

- Неизвестные синдромы вертиго (3,0%)
- Фобическое постуральное головокружение (15,6%)
- Психогенное головокружение (3,1%)
- Прочие расстройства (9,8%)

Вестибулярная мигрень
10,6%

Центральное вестибулярное головокружение 11,7%

Заболевания внутреннего уха 45,6%



Головокружение: традиционная классификация*

ВЕСТИБУЛЯРНОЕ

*(Системное, истинное, вертиго,)
связано с вестибулярным
аппаратом*

ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ

поражение лабиринта

НЕВЕСТИБУЛЯРНОЕ

*(Несистемное)
возникает за пределами
вестибулярного аппарата*

ЦЕНТРАЛЬНОЕ

возникает в ЦНС

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

* Шеремет А.С. Головокружение как признак поражения вестибулярного анализатора *Диагностические стереотипы// Consilium Medicum Приложение, 2001, Том 04, N 15*

Головокружение



Вестибулярное
(системное) —
«истинное»
головокружение,
вращательное,
круговое

Несистемное
головокружение —
Липотимические
состояния и
обмороки
различной
природы

Головокружения
смешанного
характера

Головокружения
психогенного
характера

Системное (вестибулярное) — «истинное» головокружение, вращательное, круговое

- Доброкачественное позиционное головокружение
- Вестибулярный нейронит
- Болезнь Меньера
- Герпетическое поражение промежуточного нерва
- Интоксикации
- Инфаркт, аневризма, опухоль мозга различной локализации (мозжечок, ствол головного мозга, полушария большого мозга)
- Вертебрально-базилярная недостаточность
- Черепно-мозговые травмы и посткоммоционный синдром
- Эпилепсия
- Лабиринтит
- Рассеянный склероз
- Краниовертебральные аномалии (платибазия, Арнольда-Киари)
- Сирингобульбия

Несистемное головокружение — липотимические состояния и обмороки различной природы

- Вазопрессорный (вазовагальный) обморок
- Гипервентиляционный обморок
- Синдром гиперчувствительности каротидного синуса
- Кашлевой обморок
- Никтурический обморок
- Ортостатическая гипотензия
- Симпатэктомия
- Артериальная гипертензия
- Сахарный диабет
- Анемия, острая потеря крови, гипопротеинемия
- Дегидратация
- Беременность

Головокружения смешанного характера

- Головокружения при патологических процессах в области шеи (синдром Унтерханштайда, «задний шейный симпатический синдром», «хлыстовые» травмы, миофасциальные синдромы)
- Головокружения при нарушениях зрения и глазодвигательных расстройствах (неправильно подобранные очки, астигматизм, парезы глазодвигательных нервов)
- Лекарственная интоксикация (клофелин, amitриптилин, соннапакс, фенобарбитал, литий, финлепсин, наком, мирапекс, вольтарен, лазикс, антигистаминные средства, оральные контрацептивы, мидокалм, атропин и др.)
- Головокружение у больных с мигренью
- Головокружение при нарушении координации

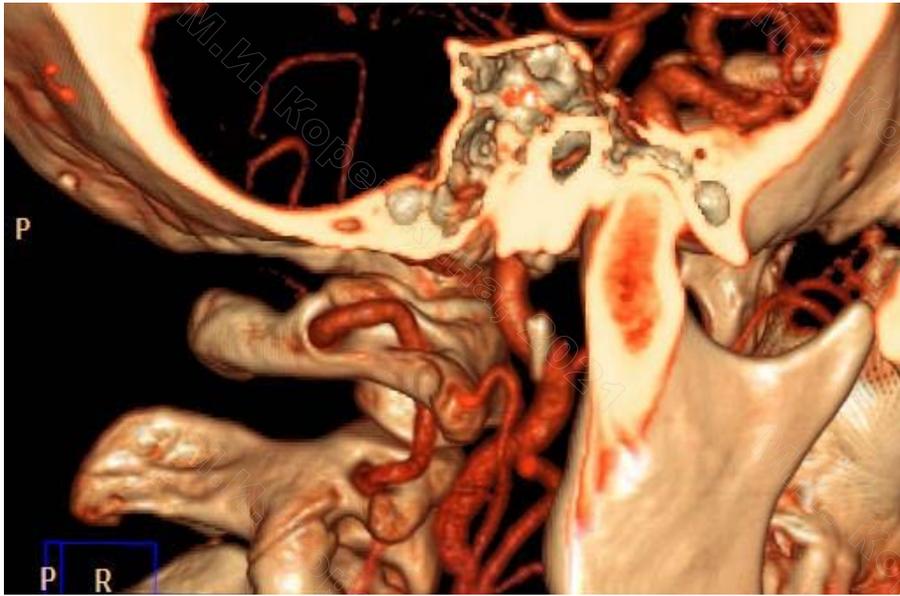
Головокружение при патологических изменениях в области шейного отдела позвоночника

- Краниовертебральные аномалии развития; у пациентов — обычно короткая, неподвижная шея
- Платибазия, базилярная импрессия — перемещение вверх базилярной и мышцелковой части затылочной кости с соответствующим изменением размеров задней черепной ямки — может проявляться сдавлением позвоночных и базилярной артерий, сдавлением продолговатого мозга и миндалин мозжечка
- Аномалия Арнольда-Киари — миндалины мозжечка находятся на уровне большого затылочного отверстия
- Головокружение сочетается с мозжечковой атаксией, поражением черепных нервов (языкоглоточного, блуждающего, подъязычного), пирамидной симптоматикой
- Аномалия Киммерле

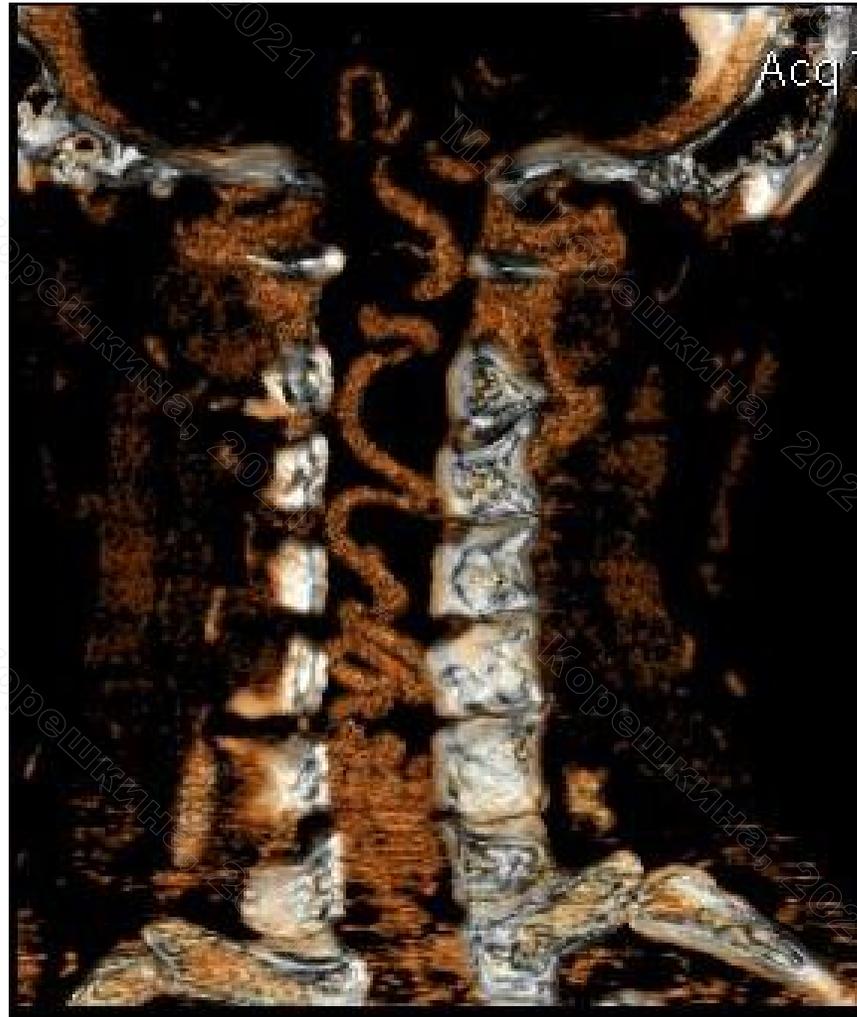
Атипичная аномалия Киммерле с фронтальной плоскостью дополнительного отверстия



Двусторонняя аномалия Киммерле (МСКТ-ангиография)



Спинальная артерио-венозная мальформация



ВЕРТИГО: КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

- Клиническое течение вертиго может быть переменным¹

Острые тяжелые приступы вертиго могут продолжаться в течение нескольких часов или дней (к примеру, внезапная односторонняя потеря вестибулярной функции)

В качестве альтернативы могут возникать рецидивирующие спонтанные эпизоды (к примеру, вследствие нестабильных вестибулярных поражений или при ДППГ)

- Вертиго обычно классифицируется с учетом одного из трех различных вариантов клинического течения^{1,2}

Приступ вертиго

Длится несколько секунд или минут

Например, вестибулярная пароксизмия

Длится несколько часов

Например, болезнь Меньера или вестибулярная мигрень

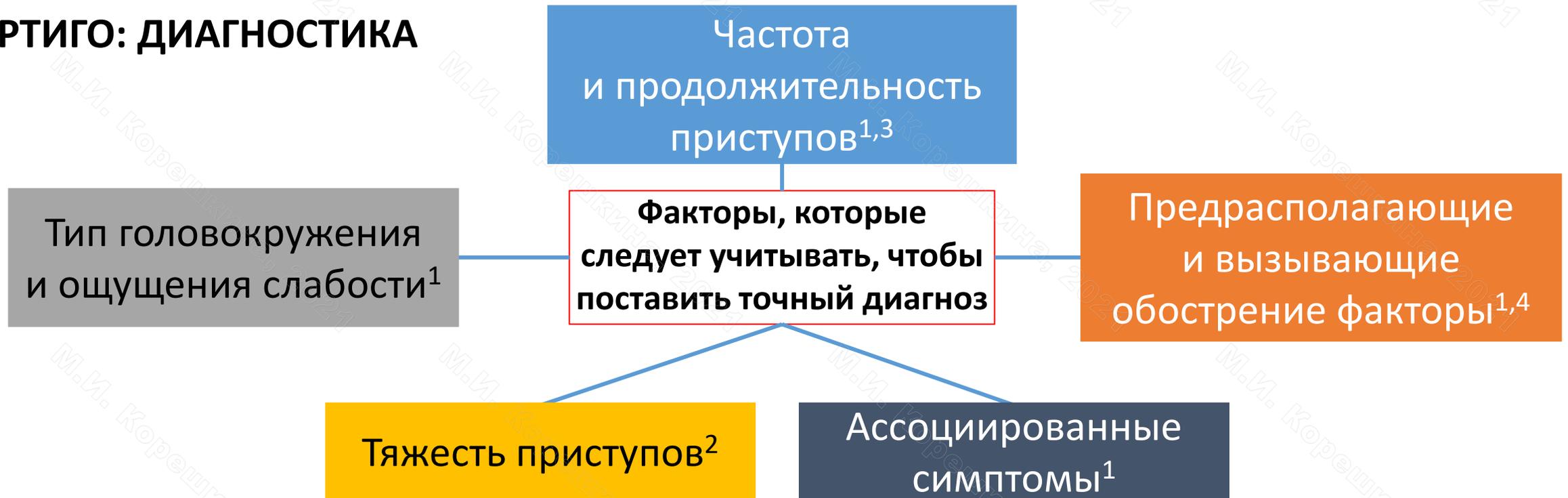
Длится несколько дней, до недели

Например, вестибулярный неврит

1. Hankey GJ, Wardlaw JM. Vertigo. In: *Clinical Neurology*. London: Manson Publishing Ltd; 2002:107–112
2. Strupp M, Brandt T. Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness. *Dtsch Arztebl Int* 2008;105(10):173–180

При клинической диагностике вертиго важно подробно собрать анамнез и узнать, какие симптомы наблюдаются у пациента наиболее часто

ВЕРТИГО: ДИАГНОСТИКА



1. Strupp M, Brandt T. Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness. *Dtsch Arztebl Int* 2008;105(10):173–180

2. Labuguen RH. Initial evaluation of vertigo. *Am Fam Physician* 2006;73(2):244–251

3. Kerr AG. Assessment of vertigo. *Ann Acad Med Singapore* 2005;34(4):285–288

4. Söderman AC, Möller J, Bagger-Sjöback D, et al. Stress as a trigger of attacks in Menière's disease. A case-crossover study. *Laryngoscope* 2004;114(10):1843–1848

Диагностика вестибулярных нарушений

- **Анамнез**
- Очень важно — постоянное или эпизодическое головокружение
- Есть ли снижение слуха или шум в ушах
- Сопровождается ли потерей сознания, падением, дезориентацией, слабостью в конечностях, нарушением зрения?
- Провоцируется ли головокружение определенным положением головы (**доброкачественное позиционное головокружение**)
- Возникает ли головная боль, тошнота, фото- и фонофобия? (**мигрень**)
- Принимает ли больной лекарства и какие?
Совпадает ли головокружение с приемом препаратов?
- Алкоголь, наркотики

Анамнез (выявление положительных Симптомов)

1. Начало

- острое или постепенное
- спонтанное или чем-либо вызванное

2. Изменения со временем

- одиночный приступ
- пароксизмальное
- непрерывное течение

3. Дополнительные симптомы

- утрата слуха
- шум в ушах
- неврологические

4. Характер жалоб

- вестибулярные
- и иные

Традиционные диагностические тесты для выявления головокружения

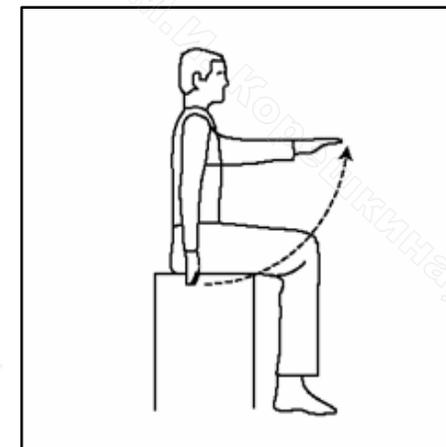
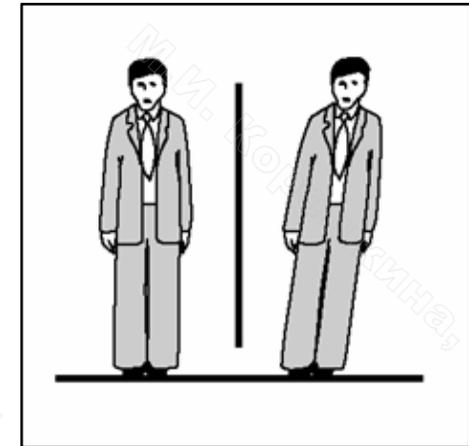
Проба Ромберга (применяется с 1846 года)

Пациент стоит, держа ступни вместе и закрыв глаза. Здоровый человек стоит ровно, а пациент с головокружением отклоняется от вертикального положения, делая попытку скомпенсировать чувство движения, которое он ощущает. Он наклоняется в ту сторону, на которой имеется поражение лабиринта.

Указательная проба Барани

(применяется с 1910 года)

Пациент сидит на стуле перед каким-нибудь объектом. Его просят закрыть глаза и несколько раз указать на объект. Если функция лабиринта нарушена, у пациента возникает иллюзия движения объекта, и он промахивается.



Традиционные диагностические тесты для выявления головокружения

Проба Бабинского-Вейля

(применяется с 1913 года)

Пациент с закрытыми глазами несколько раз делает пять шагов вперед и пять шагов назад в течение 30 сек.

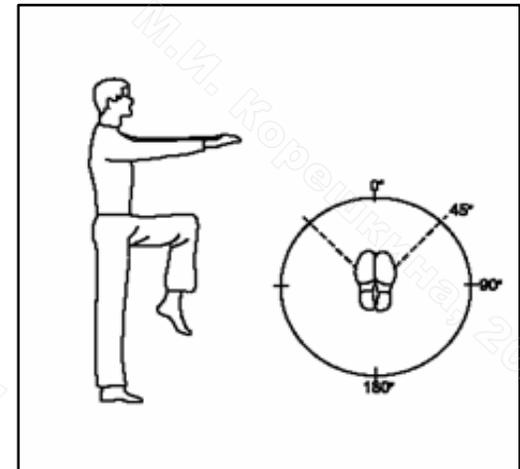
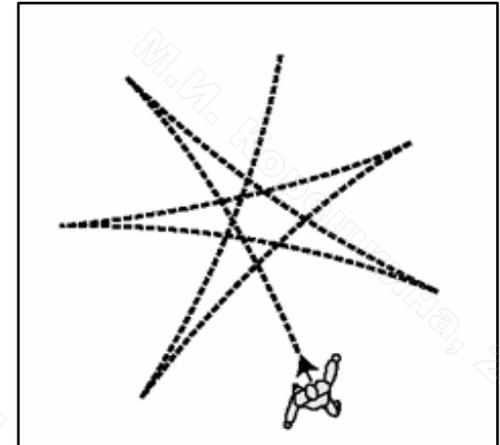
Если имеется одностороннее вестибулярное поражение маршрут пациента будет иметь форму звезды.

Проба Унтерберга

(применяется с 1938 года)

Пациент стоит с закрытыми глазами и вытягивает руки вперед, держа их горизонтально. Затем он ходит на одном месте в течение одной минуты, поднимая колени вверх насколько возможно.

Если имеется вестибулярное поражение, пациент вращается вокруг своей оси.



Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (BPPV)

- Ротаторное головокружение — при смене положения головы и тела — длительность не более 1 минуты
- В положении лежа и стоя — N
- Тошнота
- Осциллопия — пациент не может следить за предметами во время движения — для того, чтобы увидеть предмет четко, нужно остановиться и фиксировать взгляд
- В позе Ромберга — неустойчивость

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ)

- Самая частая причина вестибулярного головокружения – встречается у 10% населения в течение жизни

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ)

- Короткие (не более 1 мин.) приступы системного головокружения, возникающие только при определенном положении головы (чаще в положении лёжа)
- Единичный приступ, либо череда приступов при малейшем движении головы
- Отсутствуют неврологические и какие-либо другие симптомы
- При повторной провокации приступов уменьшается их тяжесть, исчезает нистагм

Причины ДППГ

Наличие свободно перемещающихся в полукружных каналах частиц (дегенерировавшие отоконии)

- На купуле — купулолитиаз
- Свободно плавающие в эндолимфе — каналолитиаз

Купулолитиаз

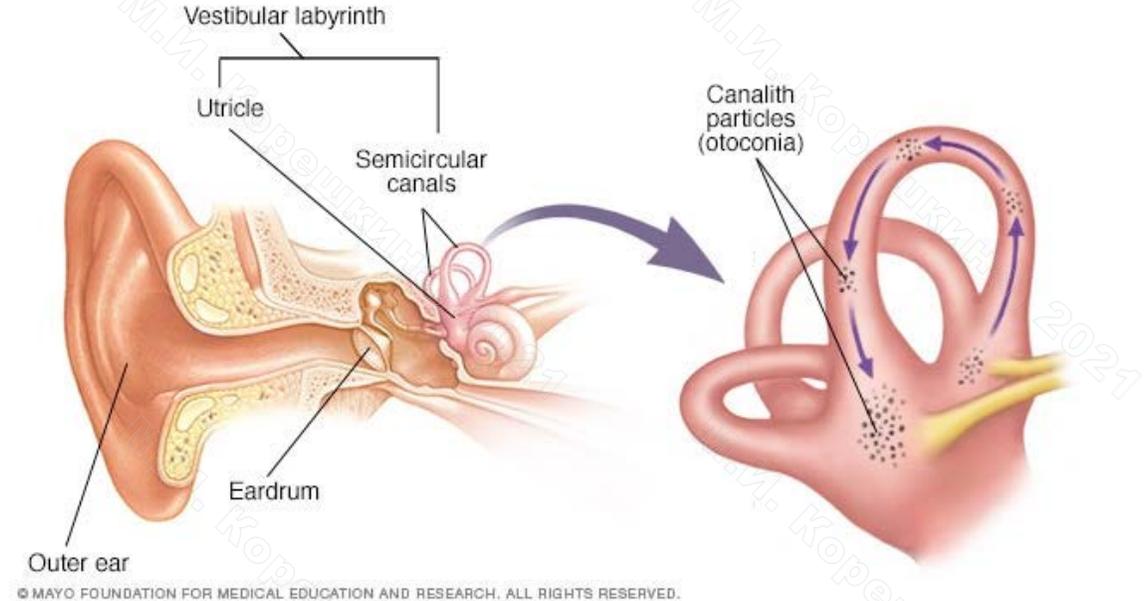


Каналолитиаз



Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ)

- Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение возникает, когда частицы каналитов (отокония) отрываются и попадают в неправильную часть полукружных каналов внутреннего уха, вызывая головокружение



Методы обследования

- Электронистагмография или видеонистагмография
- Цель этих тестов — выявить аномальные движения глаз
- Электронистагмография или видеонистагмография могут помочь определить, вызвано ли головокружение болезнью внутреннего уха, измеряя произвольные движения глаз, когда голова пациента находится в разных положениях

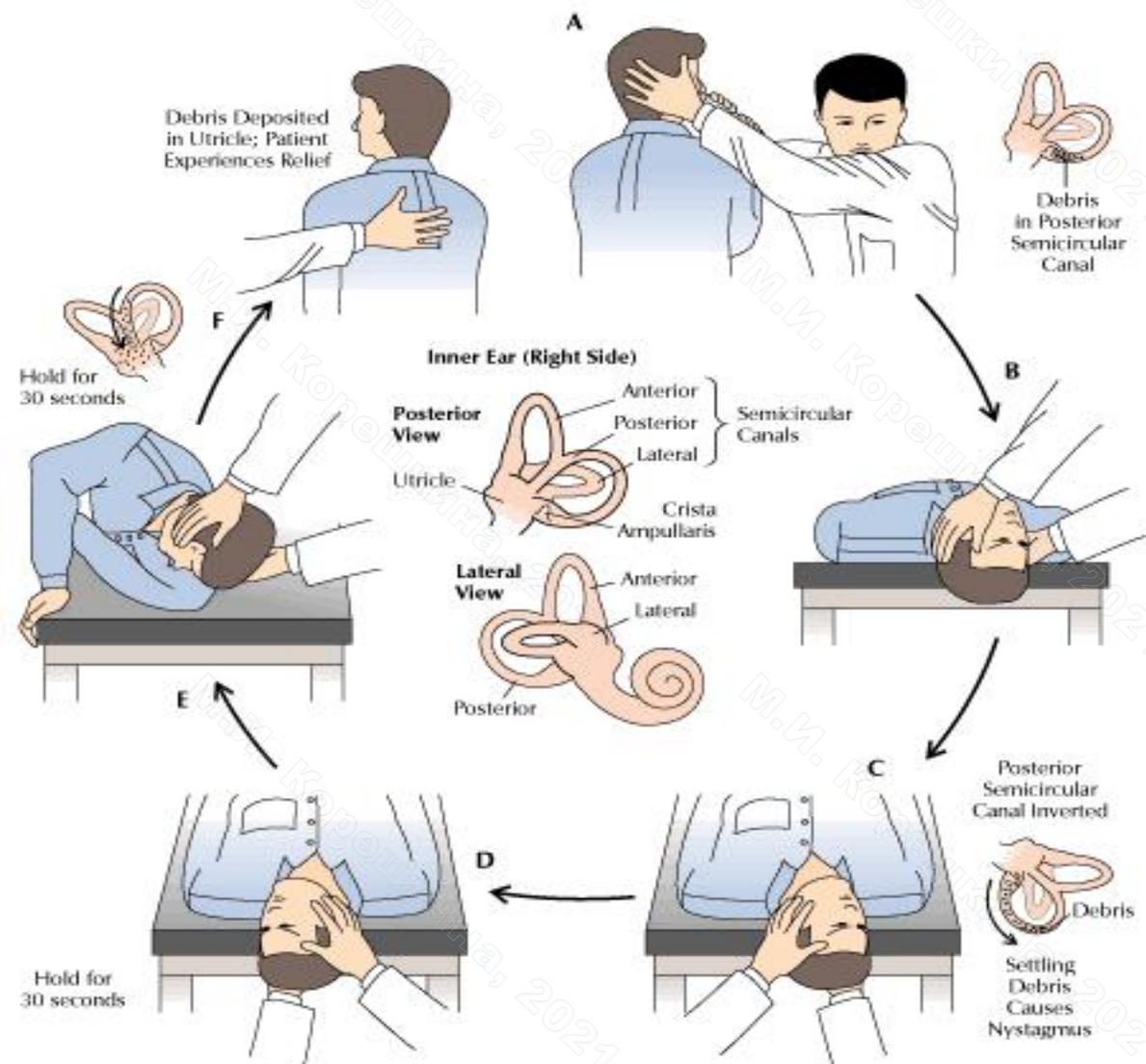
Диагностика и лечение ДППГ

Тест Дикса-Холлпайка



- Если при запрокидывании головы появляется вращательный нистагм, то проба считается положительной для ДППГ
- Пораженном ухом является то, которое при появлении нистагма обращено вниз
- Для лечения применяют маневр Эпли

Маневр Эпли

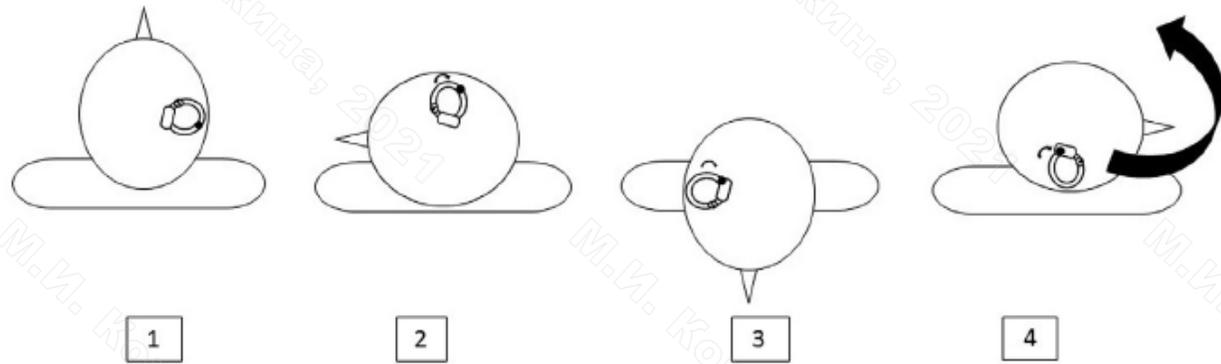


Пробу проводят следующим образом: пациент находится в исходном положении сидя с выпрямленной спиной на кушетке. Испытатель поворачивает его голову в одну сторону примерно на 45 градусов. Затем помогает быстро принять положение лежа на спине. При этом голова испытуемого запрокидывается под углом примерно 120 градусов к туловищу. После этого в течение 30 секунд наблюдают за глазами пациента на предмет обнаружения нистагма. Процедуру повторяют с поворотом головы в противоположную сторону.

Если появился вращательный нистагм, то проба считается положительной, характерной для ДППГ.

Пораженном ухом является то, которое при появлении нистагма обращено вниз.

Лечебные маневры

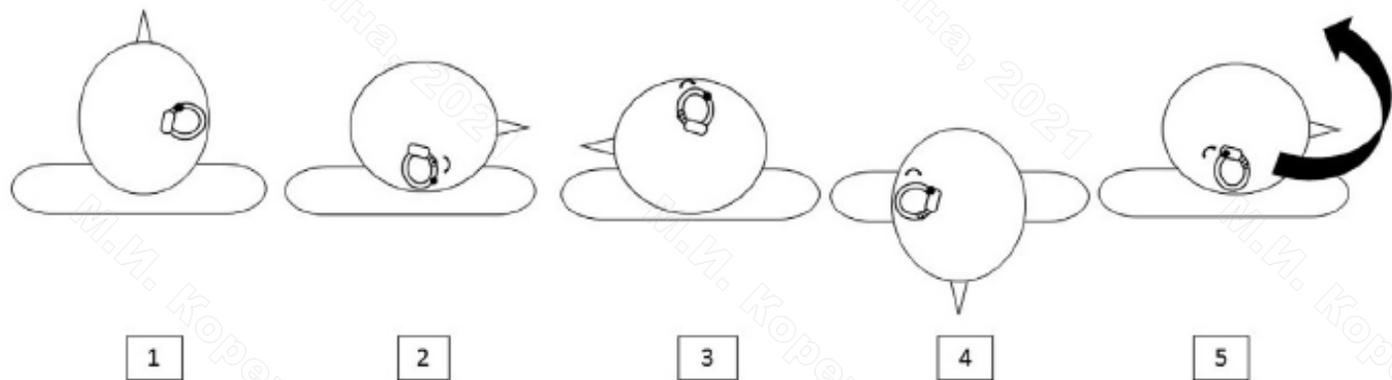


Маневр Лемперта для лечения горизонтального каналолитиаза (изображен для правостороннего —BPPV).

- 1) Исходное положение лежа
- 2) Поворот головы по направлению к здоровой стороне
- 3) Поворот головы носом вниз
- 4) Окончательный поворот головы в положение больного уха вниз и сидя.
(Тело вращается между движениями головы)

Каждое положение сохраняется в течение 60 с или до тех пор, пока спровоцированный нистагм не рассеется

Маневры

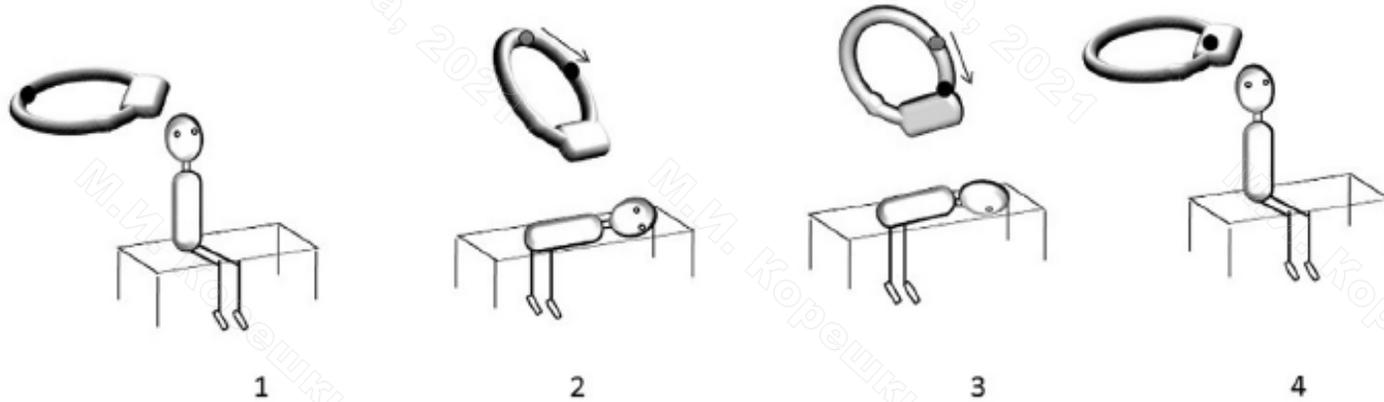


Маневр Тирелли

- 1) Исходное положение лежа.
- 2) Голова сначала поворачивается в пораженную сторону.
- 3) Голова повернута в здоровую сторону.
- 4) Поворот головы носом вниз.
- 5) Окончательный поворот головы в положение пораженного уха вниз и сидя
- 6) (Тело вращается между движениями головы).

Каждое положение сохраняется в течение 60 с или до тех пор, пока спровоцированный нистагм не рассеется.

Маневры

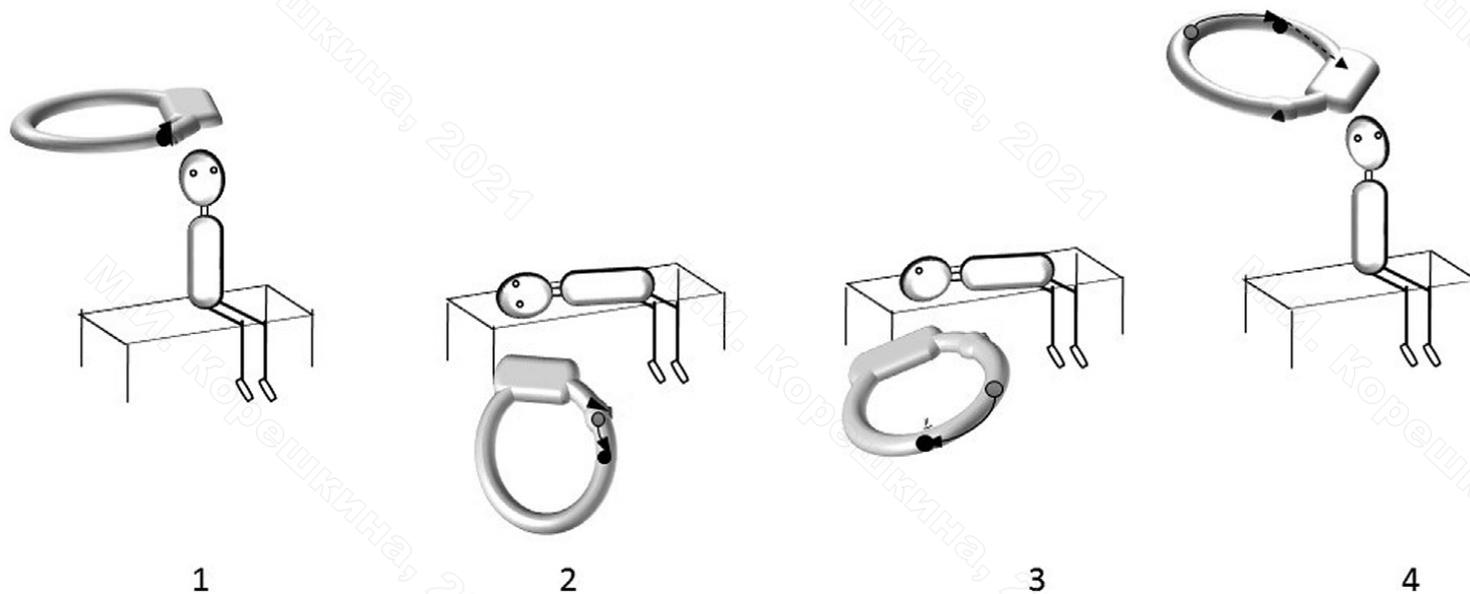


Маневр Гуфони для лечения каналолитиаза горизонтального канала (изображен для правостороннего ВРРВ).

- 1) Больной сидит с прямой головой.
- 2) Больной опущен на здоровый бок из положения сидя.
- 3) Голова повернута вниз на 45 градусов (нос лежит на кровати).
- 4) Больного возвращают в вертикальное положение.

Каждое положение сохраняется в течение 60 с или до тех пор, пока спровоцированный нистагм не рассеется.

Маневры

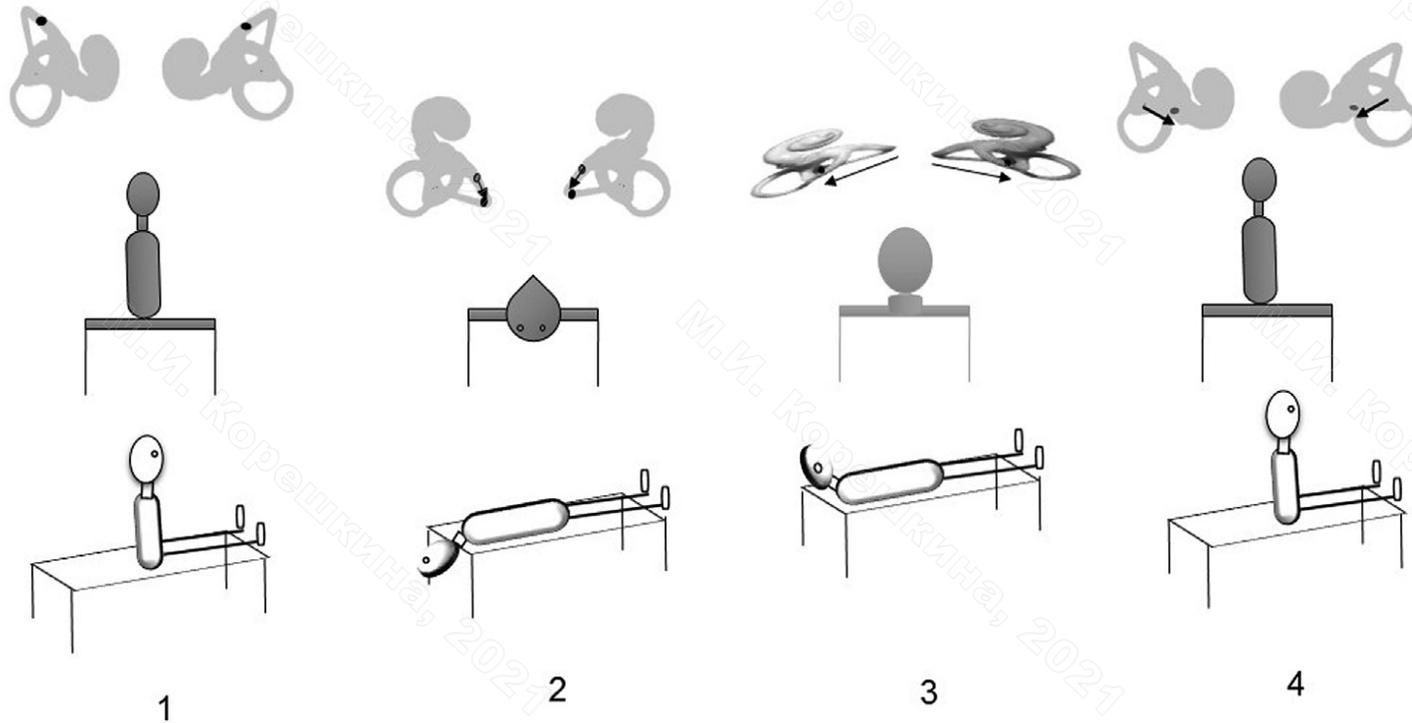


Маневр Аппиани для лечения купулолитиаза в передней канала части горизонтального канала (изображен для правостороннего горизонтального канала купулолитиаза).

- 1) Больной сидит с прямой головой.
- 2) Больного опускают на пораженный бок из положения сидя.
- 3) Голова повернута на 45 градусов вертикально (нос направлен вверх).
- 4) Больного возвращают в вертикальное положение.

Каждое положение сохраняется в течение 60 с или до тех пор, пока спровоцированный нистагм не рассеется.

Маневры



**Маневр Яковино для лечения каналолитиаза переднего канала
(как для левого, так и для правостороннего переднего канала)**

- 1) Пациент сидит с прямой головой.
- 2) Больного возвращают назад в положение свешивания головы.
- 3) Голова выдвигается вперед «подбородок к груди».
- 4) Больного возвращают в сидячее положение.

Каждое положение сохраняется в течение 30 с.

Другие причины головокружения

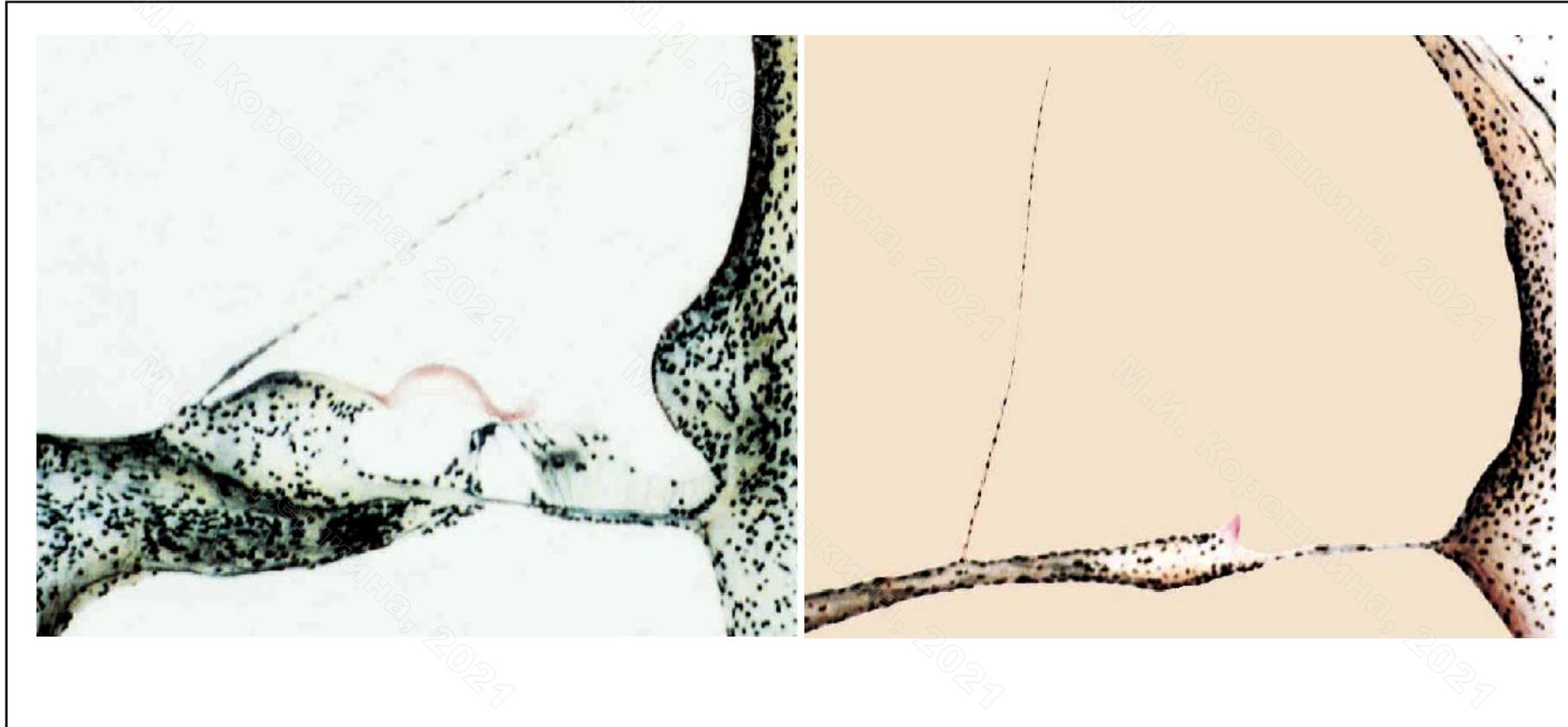
Вестибулярный нейронит

- Наиболее частая этиология — вирус простого герпеса
- Острое развитие симптомов — системное (вращательное) головокружение, тошнота, рвота
- Продолжительность несколько дней
- Регрессирует полностью
- Из неврологических симптомов — только нистагм; нистагм влево при повороте головы влево; падает вправо — в сторону поражения
- Горизонтально — ротаторный нистагм

Болезнь Меньера

- Наиболее часто дебют в возрасте 30-40 лет
- Ранние симптомы — звон в ушах, снижение слуха, искажение звука в пораженном ухе, непереносимость низкочастотного шума, чувство давления в ухе
- Вращательное головокружение — во время приступа предметы вращаются в горизонтальной плоскости в противоположную сторону от пораженного уха, больной падает на пораженную сторону
- Приступ головокружения сопровождается тошнотой, рвотой, побледнением, потом
- Приступ может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов, иногда до 24 ч — диагностический критерий — 2 или более атаки головокружения более 20 минут
- Нистагм меняет направление

При болезни Меньера происходит увеличение объема эндолимфы, которое вызывает растяжение и разрыв мембран, например, мембраны Рейснера



Болезнь Меньера

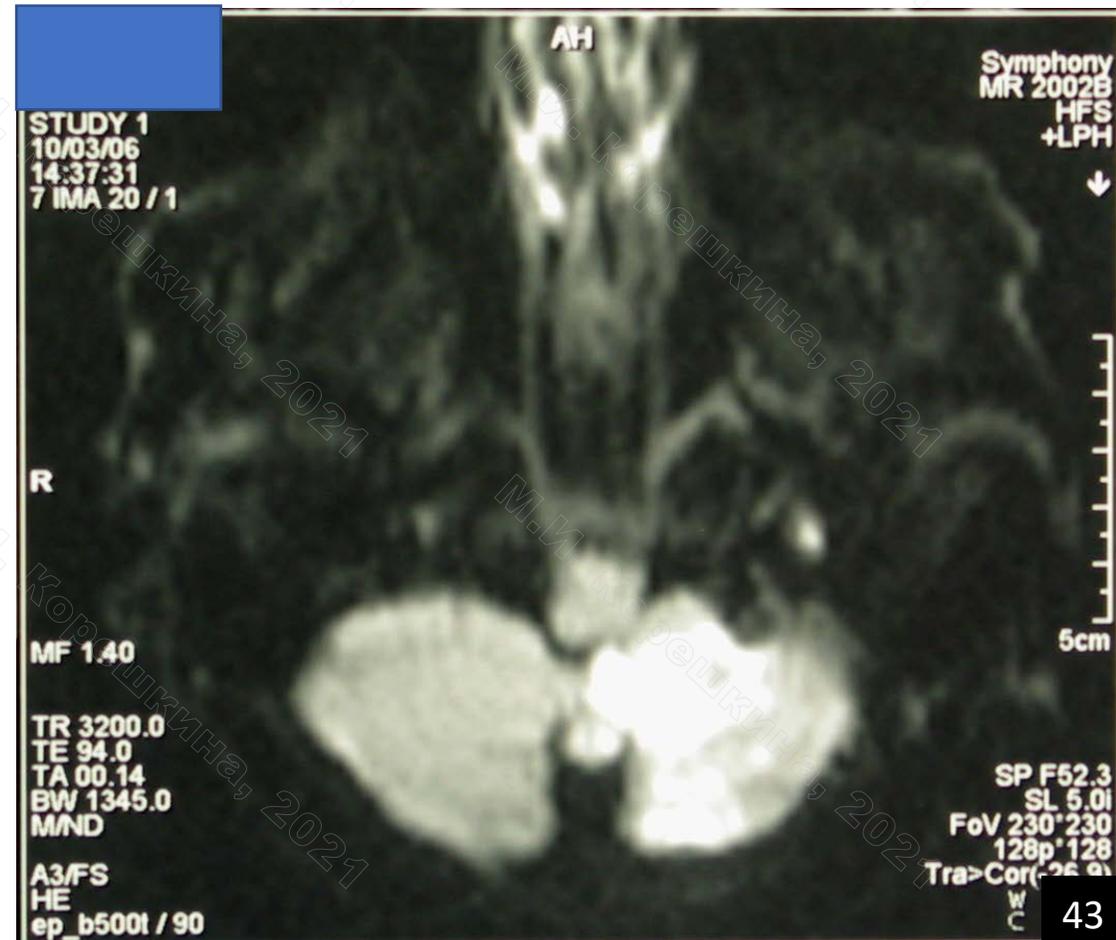
Диагностика

- Вся диагностика проводится оториноларингологом
- Аудиологические пробы — аудиограмма
- Вестибулярный анализ
- Калорическая проба
- Нистагмография
- Электронистагмография

Центральные вестибулярные нарушения

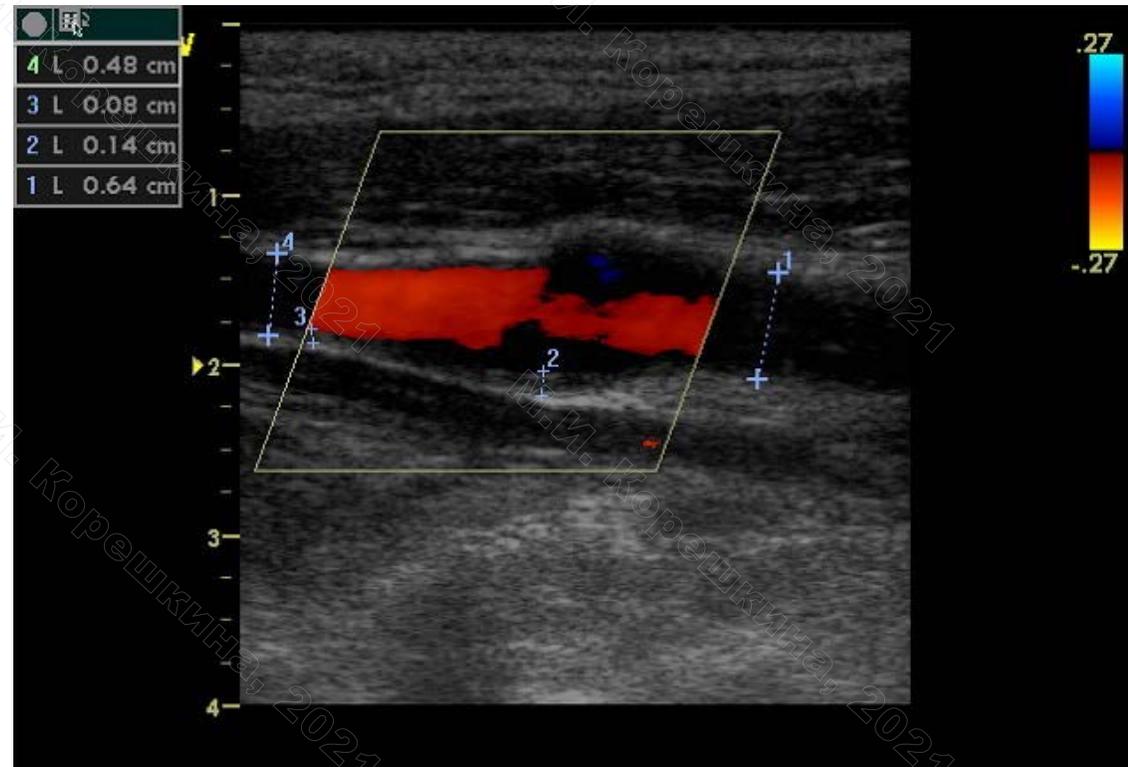
Ишемические стволовые и мозжечковые инсульты

- Диплопия
- Зрительные и глазодвигательные расстройства
- Выпадения полей зрения
- Дизартрия
- Атаксия
- Неврологические симптомы появляются одновременно или вскоре после начала головокружения



Вестибулярные расстройства центрального генеза

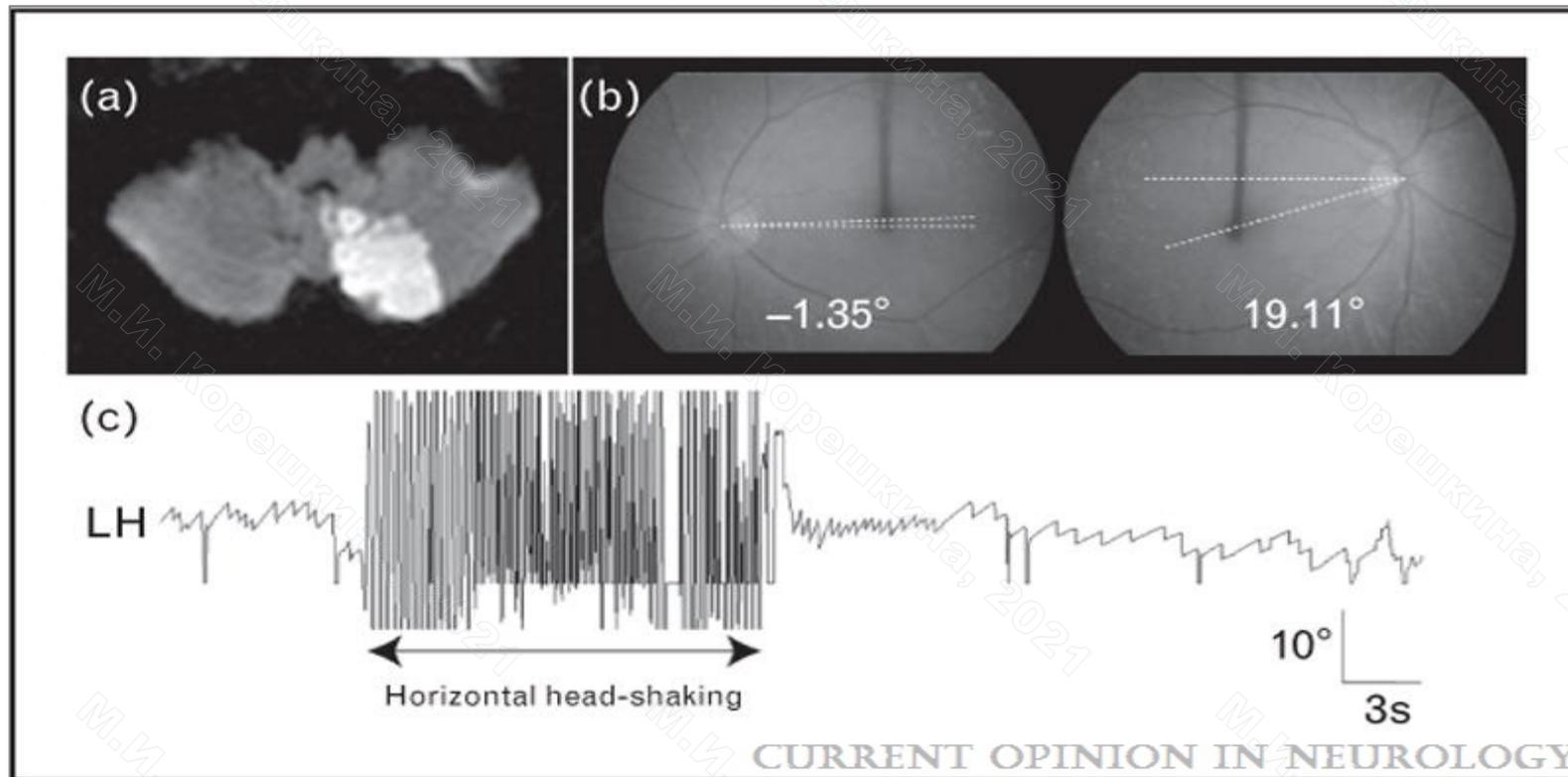
- Синдром Валленберга-Захарченко — окклюзия задней интракраниальной части позвоночной артерии или задней нижней мозжечковой артерии
- Нистагм при переворачивании
- Падение в сторону поражения
- Отклонение глаз по оси
- Изменения болевой и температурной чувствительности на противоположной стороне
- Синдром Горнера
- Головокружение, тошнота, рвота
- Дисфагия, дизартрия



Методы нейровизуализации при головокружении

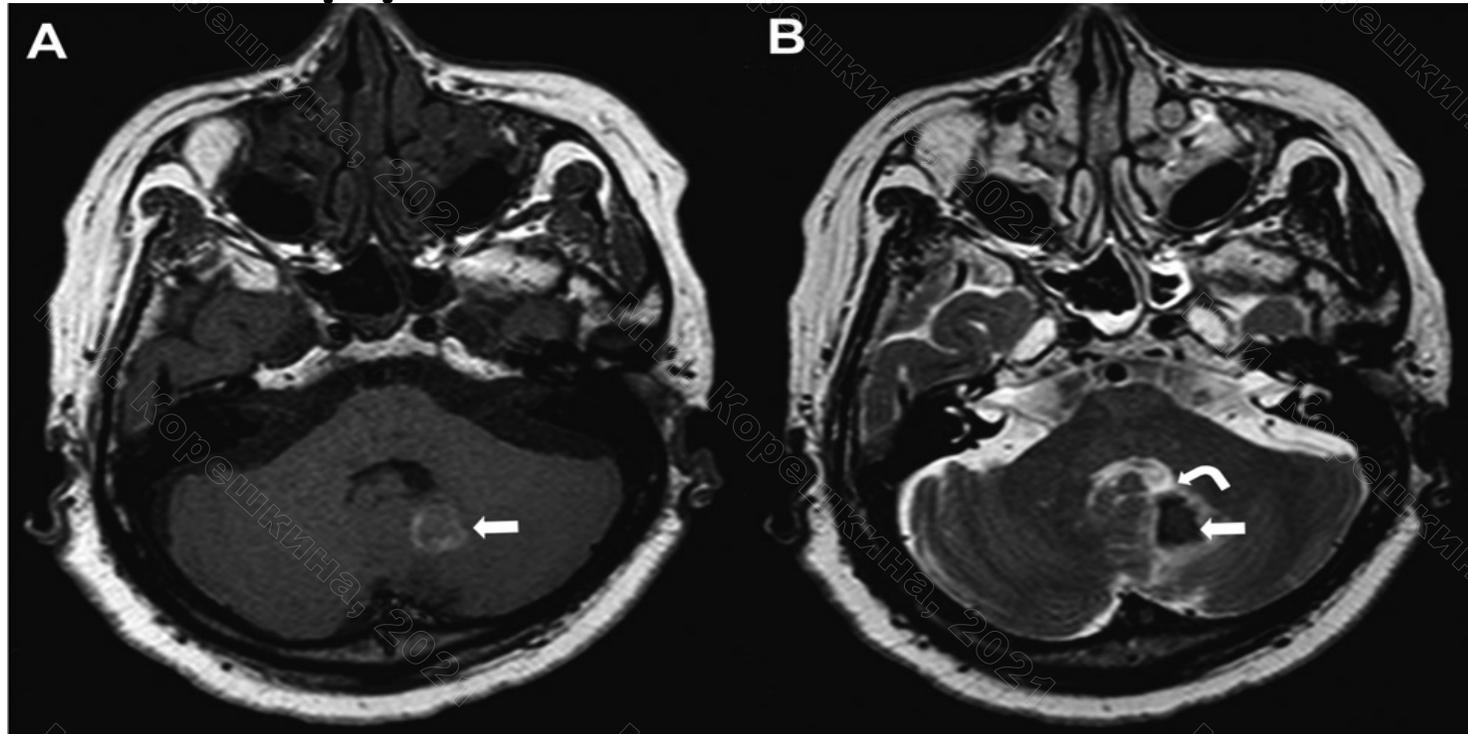
- Проведено обследование 907 пациентов, средний возраст 59 лет, 58% женщины
- Нейровизуализация проведена в 321 случае (35%) — 252 КТ (28%) и 104 МРТ (11%)
- Серьезные изменения были выявлены в 13% (в 42 случаях):
 - инфаркты в 52%, новообразования — 24%, геморрагии — 20%
 - КТ — инфаркты 8, опухоли — 4, геморрагии — 3
 - инфекционное поражение — 1
 - МРТ — инфаркты 5, опухоли — 2, геморрагии — 2

Головокружение при стволовых инсультах и инфарктах мозжечка



Острый вестибулярный синдром у пациента с инфарктом мозжечка. Инфаркт в бассейне средней ветви задней внутренней мозжечковой артерии, сопровождающийся спонтанным нистагмом, который усиливается после поворотов головы в стороны

Геморрагический инсульт и головокружение



МРТ головного мозга через 4 дня от начала головокружения.

A. T1-взвешенная аксиальная последовательность показывает 1.5×1.4 см — подострое кровоизлияние в полушарии мозжечка

B. T2-взвешенная аксиальная последовательность также демонстрирует острую геморрагию с периферическим отеком и масс-эффектом на четвертый желудочек

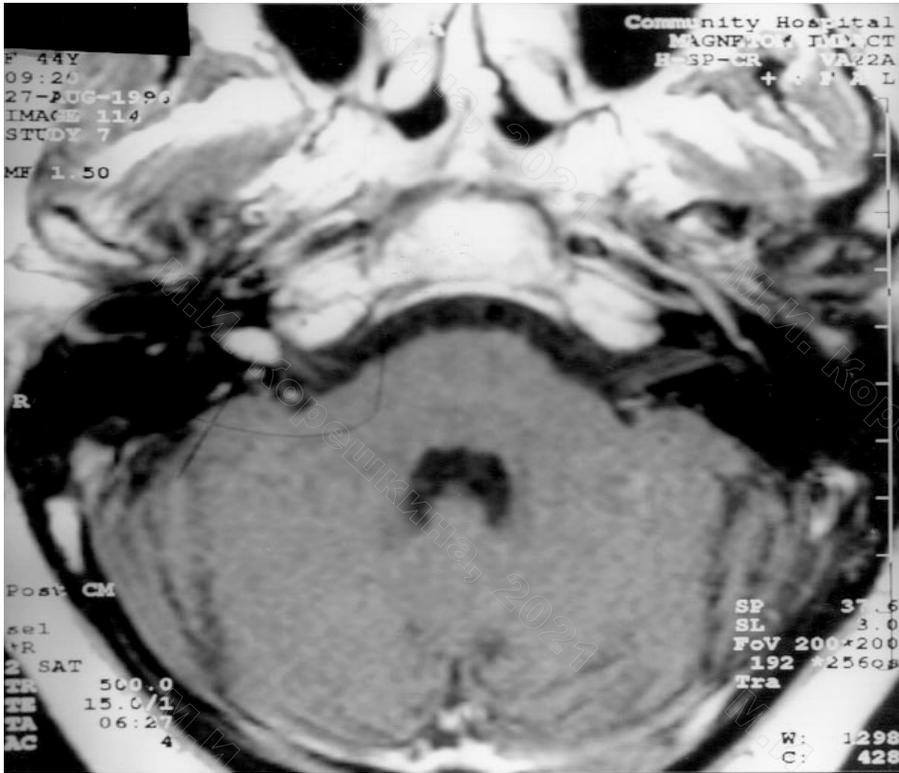


Инсульт — инфаркт мозжечка

- 51-летняя женщина с выраженным головокружением, легкой головной болью и тошнотой в течение 4-х часов
- Нет заболеваний, кроме гипергликемии
- При неврологическом обследовании — спонтанный нистагм при взгляде влево
- Не было пареза лицевого нерва или снижения слуха, не было дизартрии дисфагии или парезов, не было чувствительных нарушений

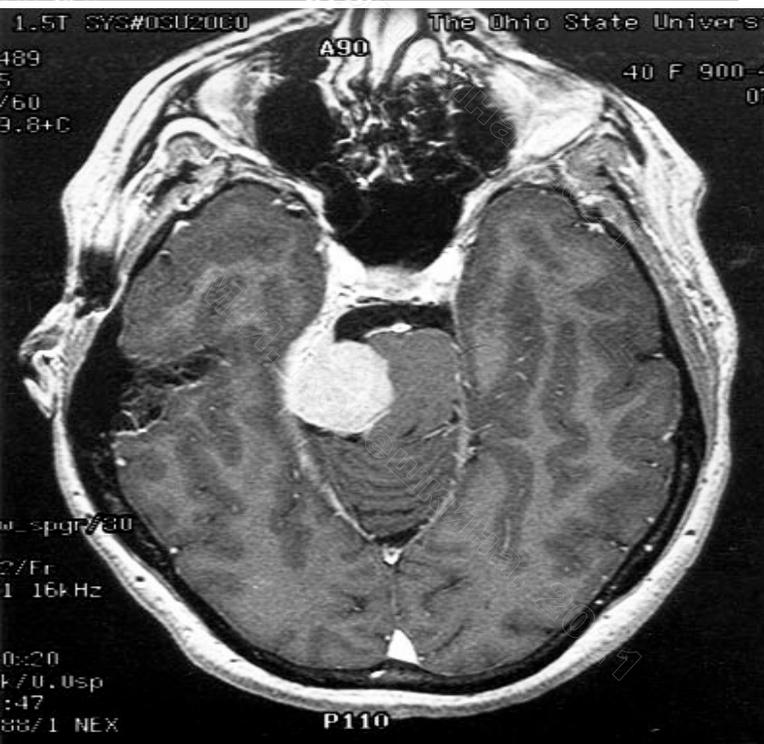
Диффузионно-взвешенное изображение МРТ показывает гиперинтенсивный сигнал — очаг в бассейне правой дорсолатеральной мозжечковой артерии (4 день госпитализции)

Вестибулярная шваннома



- 43-летняя женщина жаловалась в течение 1 года на позиционное головокружение, сопровождающееся тошнотой
- Головокружение появлялось при смене положения тела и головы и продолжалось в течение 1 минуты

На T1-изображении МРТ после контрастирования гадолинием выявлено 1,0 на 0,5 см интракраниальное образование — вестибулярная шваннома в средней мозговой ямке



Менингиома

- 40-летняя женщина страдала позиционным головокружением в течение 1 года
- Пациентка описывала приступы эпизодического ощущения кругового движения и тошноты, которые появлялись при принятии горизонтального положения и продолжались от секунд до минуты
- Симптомы сопровождались шумом справа и ощущением снижения слуха
- На МРТ с гадолинием выявлена 3,0 на 3,2 см экстраксияльная справа образование с уплотнением менингеальной оболочки вдоль кавернозного синуса по консистенции — менингиома

Heidi M. Dunniway, D. Bradley Intracranial tumors mimicking benign paroxysmal positional vertigo
Otolaryngol Head Neck Surg 1998;118:429-36.

Глиома

- 54-летняя женщина — история 7 недель головокружения с тошнотой
- Не было заболеваний кроме головной боли, купированных парацетамолом
- Неврологическое обследование показало ротаторный нистагм, был поставлен диагноз Доброкачественного позиционного головокружения
- Т-1 взвешенное изображение до и после введения контраста выявило образование 5,0 на 3,5 см в области таламуса и среднего мозга с масс-эффектом на окружающие ткани и сдавлением желудочка.
Поставлен диагноз низко-дифференцированной глиомы

Головокружение при хронической недостаточности мозгового кровотока, сосудистой деменции

- 78-летняя женщина
- В анамнезе-ГБ
- МРТ-картина поражения белого вещества
- Неврологический статус
 - Императивное частое мочеиспускание
 - Неустойчивость
 - Головокружение
- Нарушение когнитивных функций
 - Снижено внимание
 - Проблемы с планированием и инициативой



Церебральный атеросклероз

Сосудистая деменция после инсульта

- 75-летний мужчина
- В анамнезе — гипертензия, диабет, ИБС
- 2 инсульта и 1 ТИА
- Неврологический статус
 - - Легкий гемипарез справа
 - - Выпадение правых полей зрения
- Неустойчивость (жалобы на головокружение)
- Гемигипестезия справа
- Ментальный статус
 - Проблемы с ориентацией, счетом
 - Прогрессирующие нарушения адаптации



Вертебрально-базилярная недостаточность

- Снижение мозгового кровотока в бассейнах позвоночных и основной артерий

Симптомы:

- головокружение
- неожиданная слабость в ногах, головная боль
- двоение в глазах
- снижение остроты зрения
- расстройства артикуляции речи
- снижение чувствительности в области вокруг рта
- нарушение равновесия



MR-ангиография: извитость позвоночных артерий

Внезапные потери сознания

- Вазовагальный обморок
- Обморок при кашле, никтурический обморок
- Синдром слабости синусового узла
- Паркинсонизм
- Дроп-атака
- Эпилепсия
- Внутримозговое кровоизлияние
- Тромбоз базилярной артерии
- Черепно-мозговая травма
- Метаболические расстройства (чаще всего гипогликемия)
- Экзогенная интоксикация
- Психогенный припадок

Нейрогенные обмороки (синкопальные состояния)

Обморок (синкоп) — приступ кратковременной потери сознания и нарушения постурального тонуса с расстройством сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности

1. Вазодепрессорный синкоп
2. Ортостатическое синкопальное состояние
3. Гипервентиляционные синкопы
4. Синокаротидные синкопы
5. Кашлевые синкопы
6. Синкопальные состояния при глотании
7. Никтурические синкопы
8. Гипогликемические синкопы
9. Синкопальные состояния истерической природы

Вазодепрессорный синкоп

- Простой, вазовагальный, вазомоторный обморок наступает чаще всего в результате различных, обычно стрессовых, воздействий и связан с резким снижением общего периферического сопротивления, дилатацией периферических сосудов мышц
- Самый частый вариант кратковременной потери сознания
- Есть отчетливый предсинкопальный период

Провоцирующие факторы:

- Испуг, тревога, вид крови, подготовка, ожидание или проведение взятия крови, стоматологических процедур или других медицинских манипуляций
- Возникновение боли во время манипуляций (или — висцерального происхождения: желудочно-кишечные, печеночные, почечные колики и др.)

Ортостатическая гипотензия

- Главный симптом — резкое снижение АД при переходе из горизонтального положения в сидячее или вертикальное положение
- В легких случаях вскоре после принятия вертикального положения больной начинает ощущать предобморочное состояние — липотимию — ощущение дурноты, головокружение, общую слабость, потемнение в глазах, потливость, шум в ушах, неприятные ощущения в эпигастрии, «уплывание почвы из под ног». Длительность липотимии — 3-4 сек
- В более тяжелых случаях развивается обморок

Причины:

1. Патология центральных механизмов регуляции ортостатических реакций
2. Нарушение исполнительных звеньев сердечно-сосудистой системы

Ортостатическая гипотензия

Диагностика

- Исследование на поворотном столе — пассивная смена положения тела
- Постуральная гипотензия считается установленной при падении систолического АД не менее чем на 30 мм рт.ст. при переходе из горизонтального положения в вертикальное
- Для уточнения характера обморока необходимо
 1. Кардиологическое обследование
 2. ЭЭГ

Синокаротидные синкопы

- Синдром гиперчувствительности каротидного синуса
- Нарушение регуляции ритма сердца, тонуса периферических или церебральных сосудов
- Наиболее часто у лиц пожилого возраста, хотя м.б. у пациентов 30 лет
- Характерная особенность — связь с раздражением каротидного синуса — при движениях головой, наклонах головы
- Ношение тугого воротника, затягивание галстука
- 3 варианта
 1. Вагальный (брадикардия)
 2. Вазодепрессорный (снижение АД при нормальной ЧСС)
 3. Церебральный (потеря сознания без изменения сердечного ритма и АД)

Головокружение психогенной природы

Фобическое постуральное головокружение

- Головокружение в положении стоя и при ходьбе, несмотря на нормальное выполнение тестов на устойчивость — пробы Ромберга, стояния на одной ноге, тандемной ходьбы
- Головокружение описывается как неустойчивость
- Приступы головокружения связаны с преодолением моста, лестницы, пустого пространства, различных социальных ситуаций — посещения магазинов, большого скопления людей, метро
- Сопровождается тревогой и вегетативными нарушениями

Мигрень и головокружение?

Мигрень и головокружение

- Практические врачи встречают пациентов с симптомами мигрени и частыми головокружениями
- Мигрень отмечена у 15% населения
- Головокружение также является распространенным симптомом, на долю которого приходится до 15% посещений медицинских учреждений
- Учитывая распространенность обоих состояний, совпадение клинических проявлений вестибулярных симптомов и мигрени на первый взгляд не может показаться удивительным

Мигрень и головокружение

Головокружение гораздо чаще сочетается с мигренью, чем с другими вариантами головной боли, например, головной болью напряжения, что позволяет предположить патофизиологическую связь между ними

Возможные варианты сочетания мигрени и головокружения



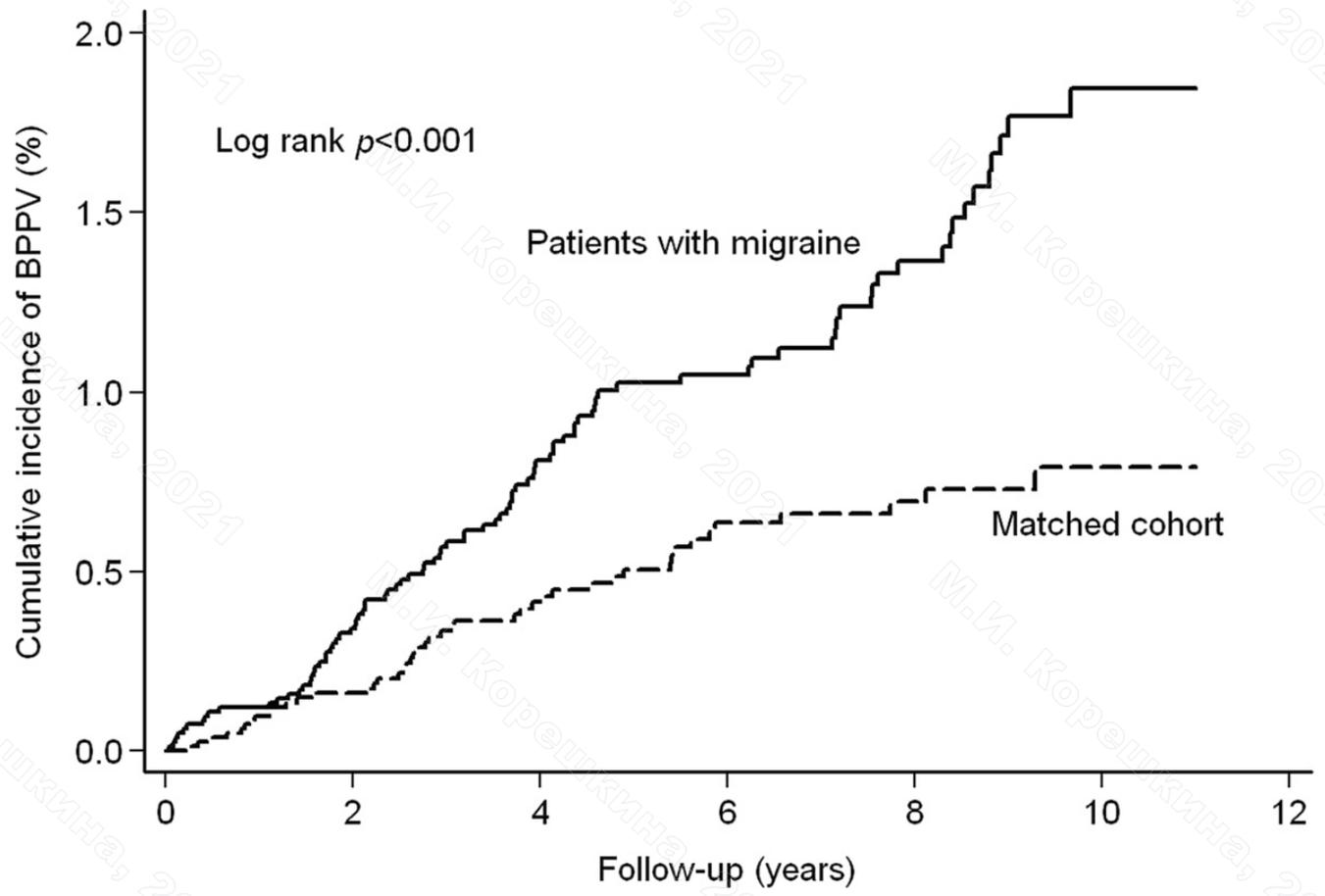
Мигрень и доброкачественное позиционное головокружение

Мигрень и ВРРВ

Мигрень чаще встречается у пациентов с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением, чем в контрольной группе, сопоставимой по возрасту и полу

- Chu C-H, Liu C-J, Lin L-Y, et al. Migraine is associated with an increased risk for benign paroxysmal positional vertigo: A nationwide population-based study. J Headache Pain 2015; 16: 62.

Нарастание встречаемости доброкачественного позиционного головокружения при мигрени и в контрольной группе с течением лет



Chu C-H, Liu C-J, Lin L-Y, et al. Migraine is associated with an increased risk for benign paroxysmal positional vertigo: A nationwide population-based study. J Headache Pain 2015; 16: 62.

Достоверные факторы риска для развития ВРРВ при мигрени

Возраст ≥ 40 лет,
артериальная
гипертензия

Цереброваскулярные
заболевания

Хроническая
обструктивная болезнь
легких (ХОБЛ)

Ишемическая болезнь
сердца (ИБС)

Количество
посещений невролога
в год по поводу
мигрени

(все $P < 0,05$)

ВЕРТИГО: ЦЕЛИ и варианты ЛЕЧЕНИЯ

- Целью лечения вертиго является удаление иллюзии движения и ослабление или удаление нейровегетативных и/или психоаффективных симптомов, а также усиление процесса вестибулярной компенсации
- Имеется ряд вариантов лечения, которые могут использоваться изолированно или в комбинации друг с другом:

Медикаментозная
терапия

Вестибулярная
реабилитация

Когнитивная
поведенческая
терапия

Хирургическое
лечение

Вестибулярная мигрень

Эпидемиология вестибулярной мигрени

- Вестибулярная мигрень является одним из наиболее распространенных вестибулярных расстройств, поражающих до 1% населения в целом и 11% пациентов специализированных клиник головокружения
- Семейное возникновение вестибулярной мигрени с аутосомно-доминантным наследованием было документировано в нескольких семьях

Критерии диагностики вестибулярной мигрени

А 1.6.6. Вестибулярная мигрень (ICHD-3 и ICVD —
Barany Society's International Classification of Vestibular Disorders)

А. По крайней мере пять эпизодов, удовлетворяющих критериям С и D

В. Анамнез мигрени 1.1 без ауры или 1.2 мигрени с аурой

Вестибулярные симптомы средней или тяжелой интенсивности, длящиеся от 5 минут до 72 часов

D. По крайней мере 50% эпизодов связаны по крайней мере с одной из следующих трех симптомов мигрени:

1. головная боль, по крайней мере, с двумя из следующих четырех характеристик:

а) односторонняя

б) пульсирующий характер

в) умеренная или сильная интенсивность

г) обострение при обычной физической нагрузке

2. Фото- и фонофобия

3. Визуальная аура

Е. Не является другим заболеванием по МКГБ-3 или другим вестибулярным расстройством

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2018; 38: 1–211.

Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine: Diagnostic criteria. J Vestib Res 2012; 22: 167–172.

Характеристики головокружения для постановки диагноза Вестибулярной мигрени А 1.6.6. (Barany Society's International Classification of Vestibular Disorders)

а) спонтанное головокружение:

i. внутреннее головокружение

(ложное ощущение собственного движения)

ii. внешнее головокружение

(ложное ощущение, что предметы вращаются)

Характеристики головокружения для постановки диагноза Вестибулярной мигрени А 1.6.6. (Barany Society's International Classification of Vestibular Disorders)

- б) позиционное головокружение, возникающее после изменения положения головы
- в) визуально индуцированное головокружение, вызванное сложным или большим движущимся зрительным стимулом
- г) головокружение, вызванное движением головы, возникающее во время движения головой
- д) головокружение, вызванное движением головы с тошнотой (в настоящее время не включены в классификацию вестибулярной мигрени).

Характеристики головокружения для постановки диагноза Вестибулярной мигрени А 1.6.6. (Barany Society's International Classification of Vestibular Disorders)

Вестибулярные симптомы оцениваются как умеренные, когда они мешают, но не препятствуют повседневной деятельности, и тяжелые, когда ежедневная деятельность не может быть продолжена

Продолжительность эпизодов сильно варьирует

Характеристики головокружения для постановки диагноза Вестибулярной мигрени А 1.6.6. (Barany Society's International Classification of Vestibular Disorders)

Примерно у 30% пациентов приступы длятся минуты, у 30% приступы длятся часы и еще у 30% приступы длятся несколько дней

Остальные 10% имеют приступы длительностью всего несколько секунд, которые, как правило, повторяются во время движения головы, зрительной стимуляции или после изменения положения головы

Характеристики головокружения для постановки диагноза Вестибулярной мигрени А 1.6.6. (Barany Society's International Classification of Vestibular Disorders)

- Есть ряд пациентов, которым может потребоваться четыре недели, чтобы полностью восстановиться после эпизода
- Однако, основной эпизод редко превышает 72 часа
- Одного вестибулярного симптома достаточно для диагноза в течение одного приступа мигрени
- Различные симптомы могут возникать во время различных приступов
- Сопутствующие симптомы мигрени могут возникать до, во время или после вестибулярных симптомов
- Приступы мигрени могут провоцироваться головокружением

Вестибулярные симптомы у пациентов с вестибулярной мигренью и соответствующая терминология, определенная Международной Классификацией вестибулярных расстройств (ICVD)

Термины, обычно используемые пациентами:

- Вращение, раскачивание
- Неустойчивость
- Головокружение
- Затуманенный
- Пьяный или страдающий морской болезнью
- Ощущение парения или ходьбы по воздуху или подушке
- Катание на американских горках или карусели

Вестибулярные симптомы у пациентов с вестибулярной мигренью и соответствующая терминология, определенная Международной Классификацией вестибулярных расстройств (ICVD)

Вестибулярные симптомы, определяемые (ICVD)

- Спонтанное головокружение
- Зрительно индуцированное головокружение
- Позиционное головокружение (после смены положения головы)
- Головокружение, вызванное движением головы (во время движения головы)
- Головокружение, вызванное движением головы (ощущение нарушенной пространственной ориентации)

Головокружение при вестибулярной мигрени

•Продрома

- Головокружение в продромальный период мигрени отметили 9% пациентов

Lampl C, Rapoport A, Levin M, et al. Migraine and episodic vertigo: A cohort survey study of their relationship. J Headache Pain 2019; 20: 2–6.

•Сопутствующий симптом

- Головокружение (dizziness) как сопутствующий симптом отмечено у ряда пациентов

Akdal G, Bvestibular symptoms in migraineurs. Acta Otolaryngol 2015;135: 435–439

Головокружение встречается у 59% пациентов во время приступа (чаще у женщин)

Bisdorff A, Andree C, Vaillant M, et al. Headache-associated dizziness in a headache population: Prevalence and impact. Cephalalgia 2010; 30: 815–820

•Vertigo

- Встречается в 6,4%, чаще при МА, чем при МО

Menon B and Kinnera N. Prevalence and characteristics of migraine in medical students and its impact on their daily activities. Ann Indian Acad Neurol 2013; 16: 221–225

Мета-анализ частоты головокружения при мигрени

- Мета-анализ показал, что 95% доверительный интервал составляет 13,7-61,5% для головокружения (dizziness)
- 26,7-41,5% для головокружения (vertigo)
- эти результаты необходимо интерпретировать с осторожностью из-за значительной неоднородности исследований

Review

Cephalalgia  International Headache Society

Dizziness and vertigo during the prodromal phase and headache phase of migraine: A systematic review and meta-analysis

Cephalalgia
2020, Vol. 40(10) 1095–1103
© International Headache Society 2020
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/0333102420921855
journals.sagepub.com/home/cep


Afrim Iljazi^{1,2,*}, Håkan Ashina^{1,*}, Richard B Lipton³,
Basit Chaudhry¹, Haidar M Al-Khazali¹, James G Naples⁴,
Henrik W Schytz¹, Vlasta Vukovic Cvetkovic¹, Rami Burstein⁵
and Sait Ashina⁶

Мигрень и эпизодическое vertigo

- Исследование проведено среди 487 пациентов:
356 женщин [73.1%] и 131 мужчина [26.9%]
- Мигрень без ауры — 375 пациентов (77%), мигрень с аурой — 112 (23%)
- Выделено 3 группы пациентов:
 - А. головокружение во время головной боли
 - В. головокружение за < 2 ч до боли
 - С. головокружение от 2 до 48 ч до приступа головной боли

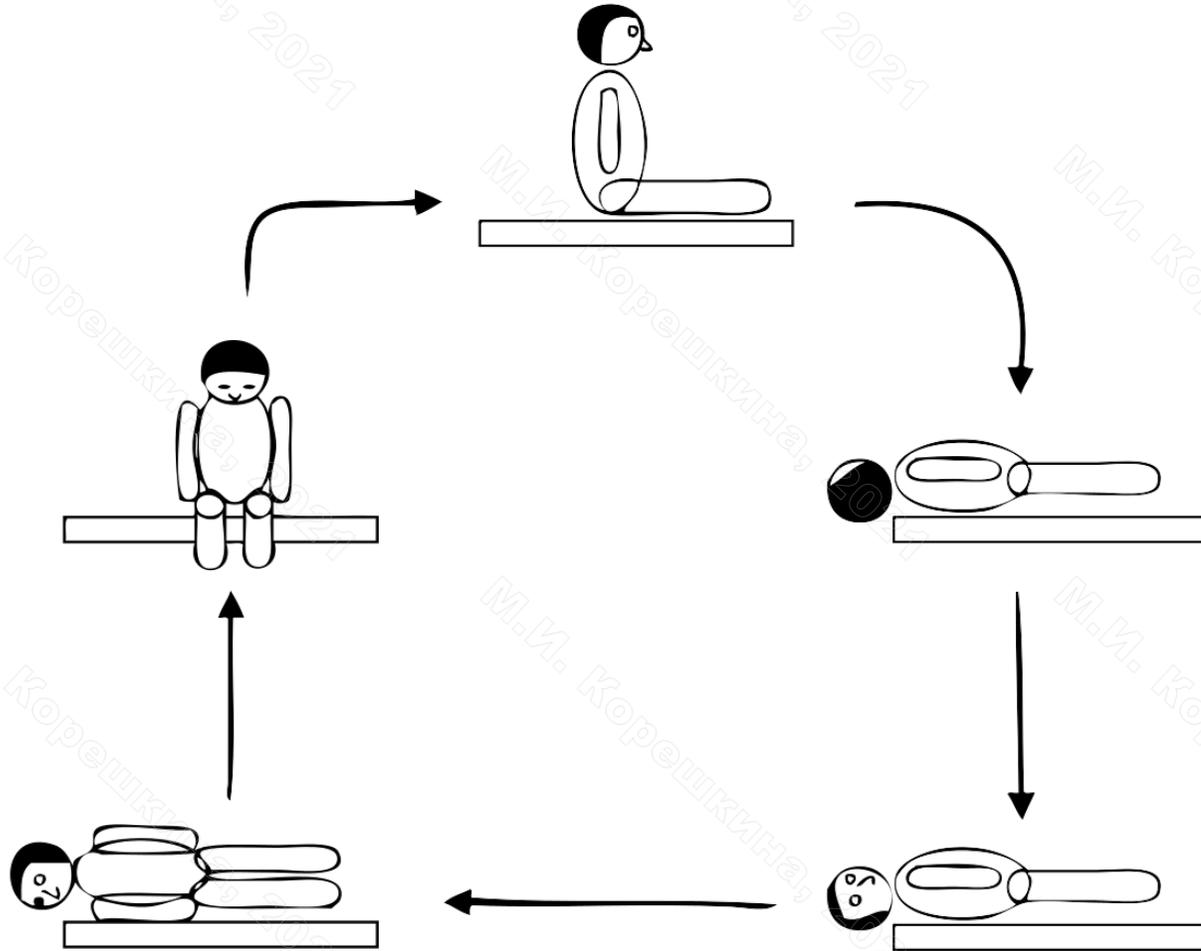
Выводы исследования:

- Эпизодическое головокружение — симптом скорее фазы головной боли, а не продромы
- Многие из этих эпизодов удовлетворяют критериям диагностики вестибулярной мигрени

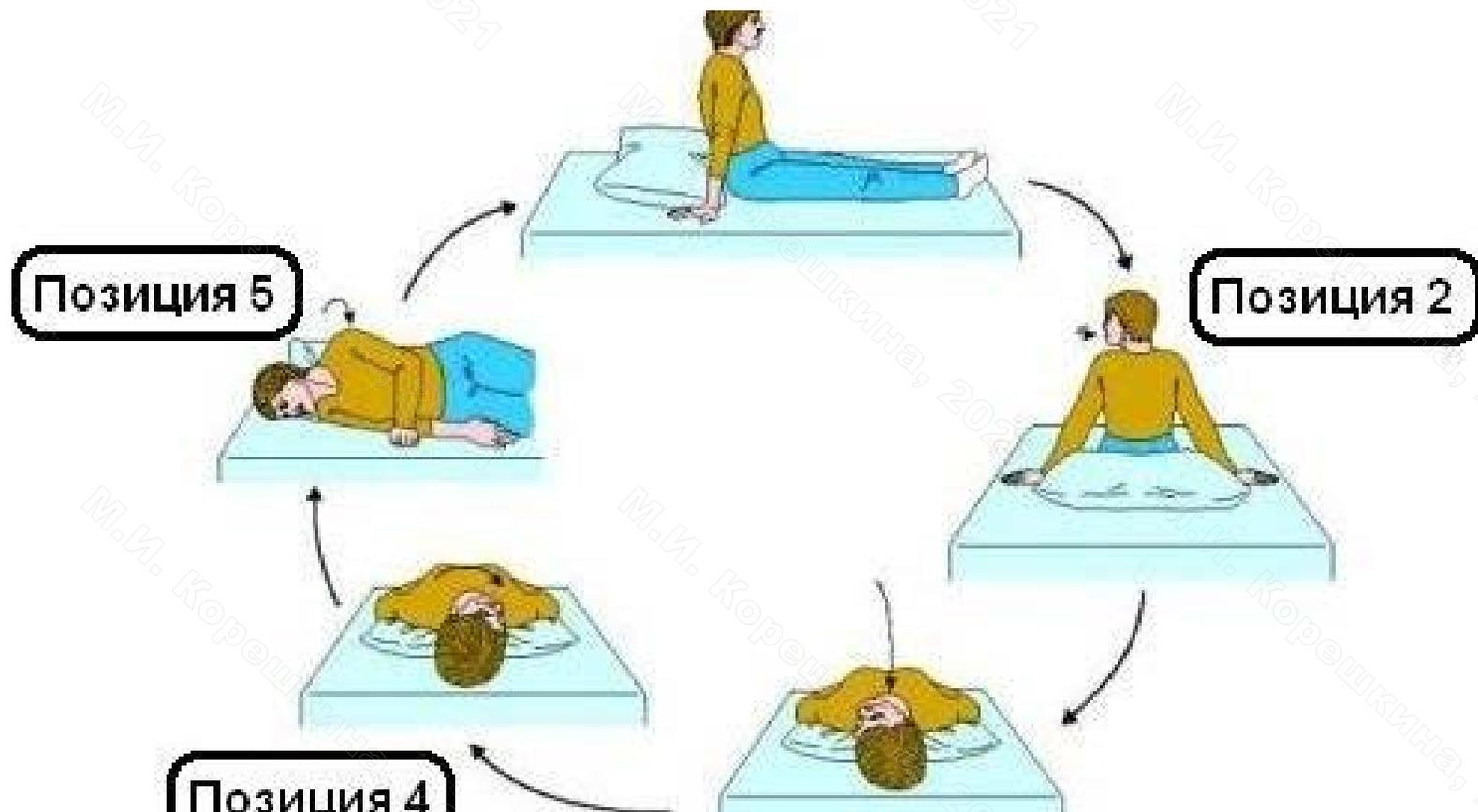
Лечение головокружения

- **этиопатогенетическое**
- **симптоматическое**

Маневр Эппли применяется для диагностики и лечения доброкачественного позиционного головокружения



Маневр Эппли применяется для диагностики и лечения доброкачественного позиционного головокружения



- Вестибулярная реабилитация — разновидность лечебной гимнастики, основанная на специальных упражнениях, способствующих стабилизации зрения и поддержанию равновесия

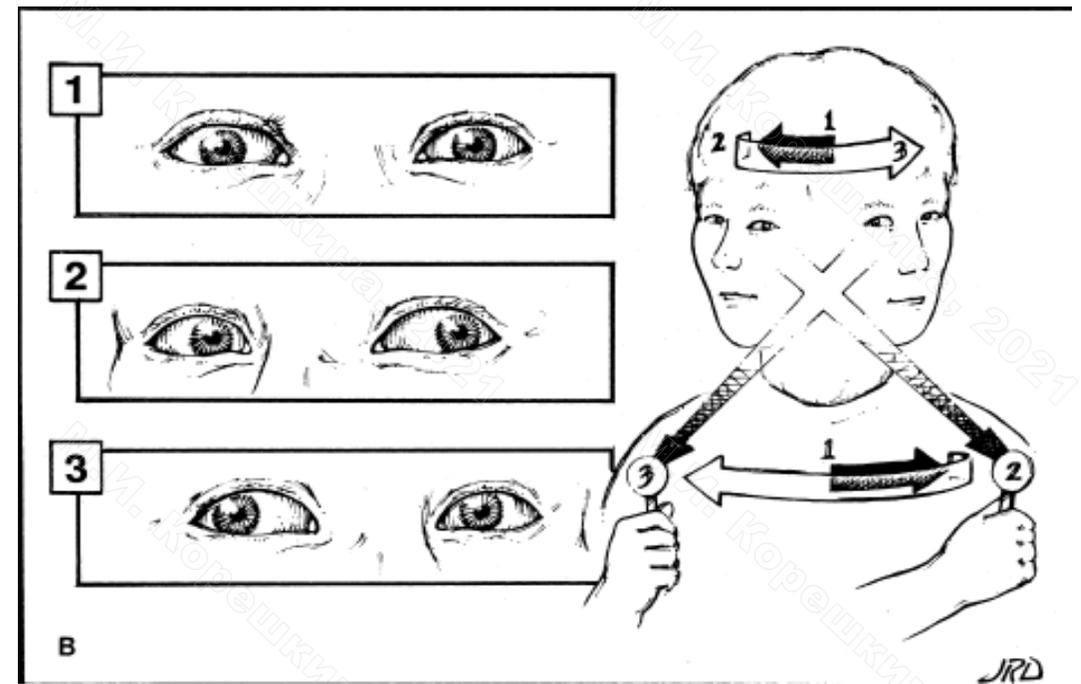
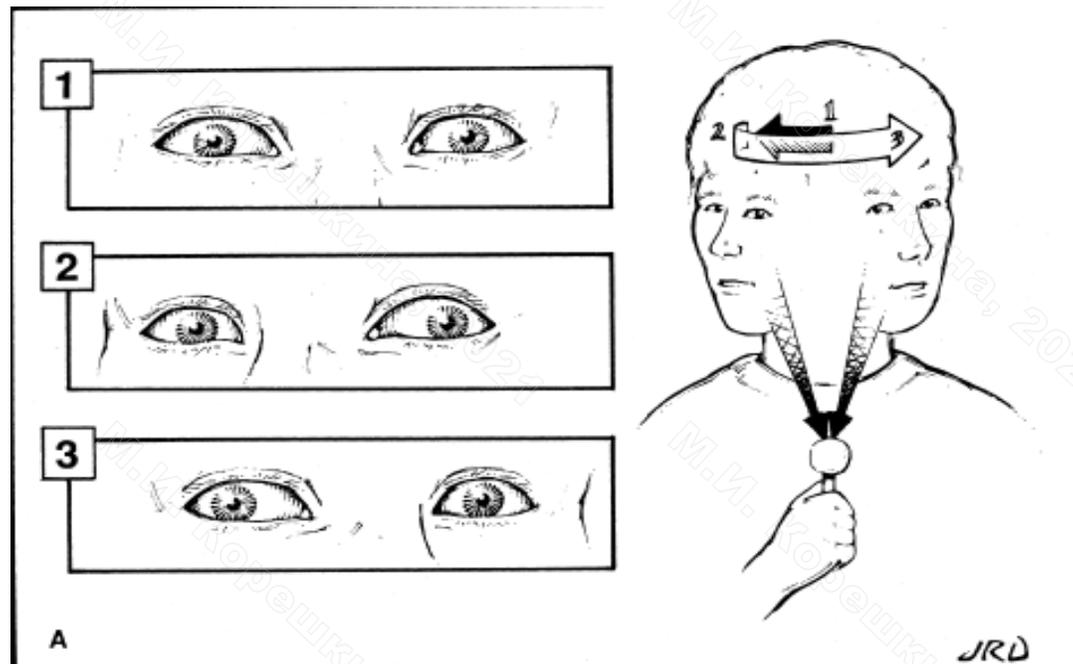


Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction (Review)
Hillier SL, McDonnell M

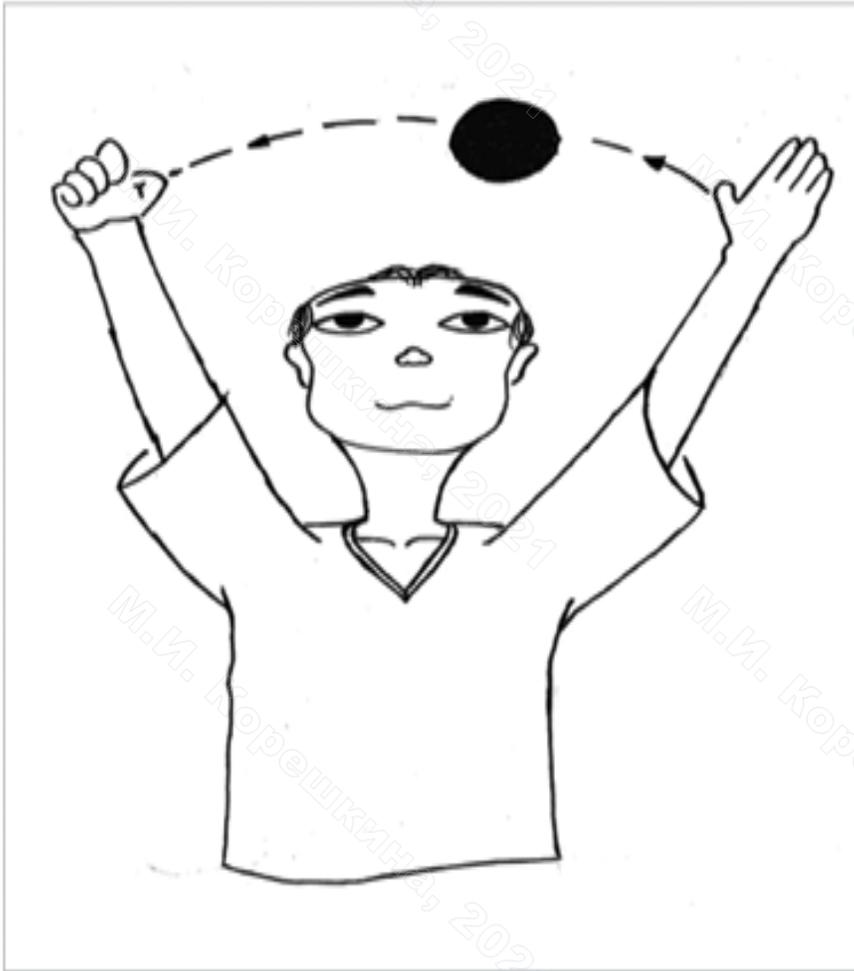
The Cochrane Library
2011, Issue 2

Примеры упражнений на вестибулярную адаптацию

Упражнения Т. Sawthorne и F.S. Cooksey



Примеры упражнений на сенсорное замещение



Выводы:

Надо очень подробно собирать анамнез развития головокружения, проводя дифференциальный диагноз между различными вариантами головокружения

В лечении использовать не только медикаментозную терапию (бетагистин от 24 мг 2 раза в день до 48 мг 3 раза в день при болезни Меньера, длительно от 2-х до 6 месяцев), но и различные немедикаментозные методы, в том числе вестибулярную гимнастику



**ВСЁ
О ГОЛОВНОЙ
БОЛИ**

13 научно-практическая конференция
«Новые возможности диагностики и лечения головных болей»

23 октября 2021

Санкт-Петербург

Двойной формат — вживую — отель Амбассадор и онлайн

Приглашаем к участию!

www.headinfo.ru



**ВСЁ
О ГОЛОВНОЙ
БОЛИ**

Благодарю за внимание!

Готова ответить на вопросы

Марина Корешкина

Невролог, доктор медицинских наук

Санкт-Петербург

Член Российского общества головной боли

Член International Headache Society

www.headinfo.ru