

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ЖАЛОБАМИ НА ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

Головокружение и расстройства равновесия – частые симптомы, заставляющие пожилого человека обращаться за помощью к врачам различных специальностей. Представлены результаты исследования наиболее распространенных причин головокружения и неустойчивости у пациентов старше 60 лет. Показано, что у обследованных пациентов самыми частыми причинами этих симптомов оказались заболевания периферической вестибулярной системы, а также дисциркуляторная энцефалопатия и мультисенсорная недостаточность. На основании проведенного исследования предложен алгоритм клинического обследования пациентов с головокружением. Обсуждены особенности лечения наиболее распространенных заболеваний, сопровождающихся головокружением, у пожилых пациентов.

Ключевые слова: головокружение, вестибулярная реабилитация, ДППГ, дисциркуляторная энцефалопатия, мультисенсорная недостаточность, алгоритм обследования при головокружении.

M.V. ZAMERGRAD, MD

First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov, MH RF

EXAMINATION ALGORITHM AND PRINCIPLES OF TREATMENT OF ELDERLY PATIENTS WITH COMPLAINTS OF VERTIGO

Vertigo and balance disorders are common symptoms which force elderly people seek aid of doctors of various specialties. Results of the studies of the most common causes of vertigo and imbalance in patients older than 60 years are described. It is demonstrated that in the studied patients, the most common causes of vertigo were diseases of the peripheral vestibular systems, dyscirculatory encephalopathy and emotional distress. Based on the conducted research, an algorithm for clinical evaluation of patients with vertigo is suggested. Peculiarities of treatment of the most common diseases associated with vertigo in elderly patients are considered.

Keywords: vertigo, vestibular rehabilitation, BPPV, dyscirculatory encephalopathy, emotional distress, examination algorithm for vertigo.

Головокружение часто встречается у пожилых. Так, в возрасте старше 65 лет головокружение в той или иной форме беспокоит каждого третьего, а в возрасте старше 85 лет – каждого второго [1–3]. Большая распространенность этого симптома объясняется многообразием заболеваний, сопровождающихся головокружениями, а также многозначностью самого термина, под которым часто понимают не только ощущение вращения или движения окружающих предметов, но и неустойчивость субъективного или объективного характера.

Диагностические трудности, связанные с определением причин головокружения, делают особенно актуальным создание алгоритма клинического обследования пациента с головокружением, позволяющего с максимальной возможной точностью определить причину головокружения уже во время осмотра пациента, не прибегая к дополнительному инструментальному обследованию.

Целью исследования стало определение наиболее распространенных заболеваний, вызывающих ощущение головокружения у пациентов старше 60 лет, и разработка оптимального алгоритма клинического обследования пациентов с жалобами на головокружение.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы все пациенты в возрасте 60 лет и старше, обратившиеся в 2007–2012 гг. на амбулаторный прием к неврологу в медицинский центр «Гута Клиник» и в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с жалобами на головокружение. Средний возраст пациентов составил $68,2 \pm 6,4$ года. Головокружение было основной и во многих случаях единственной жалобой больных. Критериями исключения из исследования явились выраженные когнитивные нарушения (деменция), психические расстройства, тяжелые и некорректируемые расстройства зрения, выраженные речевые нарушения в виде афазии.

Было обследовано 158 человек (123 женщины (77,8%) и 35 мужчин (22,2%)).

Проводился подробный анализ субъективных ощущений, которые больными назывались головокружением, и делалось заключение о характере головокружения. К системному головокружению относили ощущение мнимого вращения или движения окружающих предметов, а также самого больного в пространстве [4]. Несистемным головокружением обозначали самые разные ощущения, прежде всего чувство неустойчивости,

расстройства равновесия, «легкости в голове» или дереализации [5, 6]. Среди обследованных пациентов у 99 человек головокружение было расценено как системное и у 59 – как несистемное.

Проводилось стандартное соматическое и неврологическое исследование. Особое внимание при исследовании соматического статуса уделялось состоянию сердечно-сосудистой системы (артериальное давление, частота сердечных сокращений, наличие отеков и других признаков сердечной недостаточности; при подозрении на ортостатическую гипотензию проводилась ортостатическая проба).

При исследовании неврологического статуса оценивалась функция черепных нервов, координаторные пробы, походка, включая фланговую, тандемную.

Всем пациентам проводились специфические тесты для оценки состояния вестибулярной системы: позиционные пробы Дикса – Холлпайка и МакКлюра – Пагнини, проба Хальмаги, проба с встряхиванием головы, проба Фукуда, проба Вальсальвы и гипервентиляционная проба. Кроме того, выполнялась видеонистагмография с исследованием спонтанного, установочного и позиционного нистагма, зрительных саккад, плавных следящих движений глаз, оптокинетического нистагма, калорического нистагма.

Для уточнения диагноза по показаниям выполнялись лабораторные исследования (общий анализ крови с исследованием уровня гемоглобина и эритроцитов, оценка уровня глюкозы), проводилось исследование вызванных вестибулярных миогенных потенциалов, тональная пороговая аудиометрия, импедансометрия, электроколеография, постурография или стабилметрия, ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, магнитно-резонансная или рентгеновская компьютерная томография головного мозга.

Диагноз устанавливался на основании анализа жалоб, анамнеза заболевания, результатов клинического, лабораторного и инструментального обследования. Использовались наиболее распространенные и принятые в литературе диагностические критерии [6, 7].

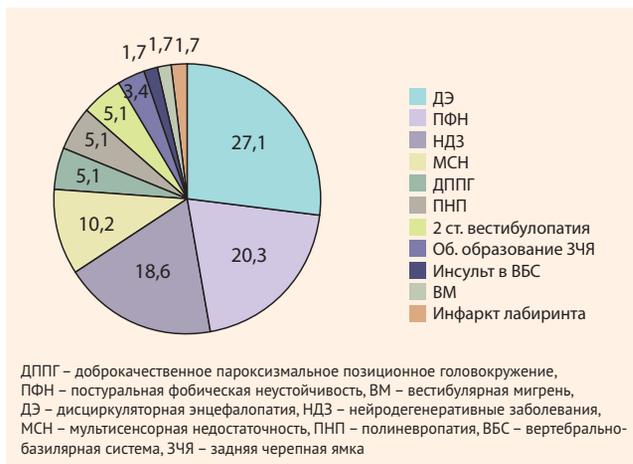
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Чаще всего системное головокружение в анализируемой нами группе пациентов было вызвано заболеваниями периферического вестибулярного анализатора. Среди наиболее распространенных из них – доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), болезнь Меньера, вестибулярный нейронит. Следующей по частоте причиной головокружения оказалась мигрень-ассоциированное головокружение (вестибулярная мигрень). В связи с тем, что в исследование были включены лишь амбулаторные пациенты, инсульт редко становился причиной головокружения. Острое нарушение мозгового кровообращения было зарегистрировано лишь у 1% пациентов с системным головокружением. Причем у всех пациентов с инсультом головокружение не было единственным симптомом заболевания, а

сопровождалось другими очаговыми неврологическими симптомами, которые выявлялись при исследовании неврологического статуса.

Основные причины несистемного головокружения в обследованной нами группе пациентов представлены на рисунке.

Рисунок. Основные причины несистемного головокружения у пациентов 60 лет и старше (%)



Несистемное головокружение чаще всего было обусловлено тремя состояниями: дисциркуляторной энцефалопатией, постуральной фобической неустойчивостью и нейродегенеративными заболеваниями. Причем на долю первых двух из них пришлось чуть менее половины всех случаев несистемного головокружения у пациентов старше 60 лет.

Под головокружением пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией подразумевали ощущение неустойчивости, а не истинного головокружения, характерного для вестибулярных расстройств. При этом на основании анамнестических, клинических и параклинических данных был сделан вывод о том, что причиной этой неустойчивости стали изменения белого вещества головного мозга вследствие хронической цереброваскулярной патологии и повреждения мелких церебральных артерий. При неврологическом обследовании у таких пациентов выявлялась рассеянная очаговая неврологическая симптоматика (например, рефлексы орального автоматизма, анизорефлексия). Нейровестибулярное обследование, напротив, обычно не выявляло отклонений от нормы. В некоторых случаях могли быть нарушены плавные следящие движения глаз и зрительные саккады.

Изменения в неврологическом статусе, а также данные МРТ, согласно которым изменения в мозжечке и стволе мозга были выявлены лишь у 12,5% пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией, позволяют предположить, что неустойчивость у этих пациентов в большинстве случаев была обусловлена повреждением лобно-подкорковых связей вследствие немых лакунарных инсультов или лейкоареоза, а не дисфункцией структур, кровоснабжаемых из вертебрально-базилярной системы

(ствол мозга и мозжечок). Это предположение подтверждается результатами других исследований [8–12]. То есть говорить о вертебрально-базиллярной недостаточности как о причине головокружения у этой категории пациентов, как правило, не представляется возможным.

Дисциркуляторную энцефалопатию в качестве причины несистемного головокружения приходилось дифференцировать с мультисенсорной недостаточностью, которая, по нашим данным, оказалась четвертой по частоте причиной несистемного головокружения у пожилых пациентов. В отличие от дисциркуляторной энцефалопатии, при которой при исследовании неврологического статуса выявлялась рассеянная микроочаговая неврологическая симптоматика, когнитивные нарушения, а при МРТ головного мозга визуализировались распространенные сосудистые очаги и лейкоареоз, при мультисенсорной недостаточности у пациентов с жалобами на головокружение симптомы повреждения головного мозга были выражены слабо (отсутствовала соответствующая очаговая неврологическая симптоматика, когнитивные нарушения, выраженные очаговые изменения на МРТ и лейкоареоз), а основные изменения касались афферентных сенсорных систем (снижение зрения, слуха, проприоцептивные нарушения, элементы вестибулярной атаксии при нейровестибулярном исследовании без признаков выраженной вестибулопатии).

Оптимальный алгоритм клинического обследования пациентов с жалобами на головокружение в амбулаторной практике, помимо стандартного исследования неврологического статуса, должен включать позиционные пробы (Дикса – Холлпайка, МакКлюра – Пагинни), исследование горизонтального вестибулоокулярного рефлекса (проба Хальмаги), исследование зрительного подавления спонтанного нистагма, тест встряхивания головы, пробу Фукуда и ориентировочную оценку слуха при помощи камертональной пробы Вебера

Постуральная фобическая неустойчивость у пациентов старших возрастных групп, как правило, развивалась вследствие перенесенного приступа вестибулярного головокружения (например, эпизода ДППГ в анамнезе) или после внезапного падения (случайного и зачастую не связанного с каким-либо вестибулярным заболеванием).

Периферические вестибулярные расстройства сравнительно редко становились причиной несистемного головокружения у обследованных нами пациентов: они были выявлены в 11,9% случаев. При этом у небольшой части пожилых пациентов несистемным головокружением проявлялись такие вестибулярные заболевания, которые обычно сопровождаются классическим системным головокружением, например ДППГ. Можно предположить, что чувствительность периферического вестибулярного анализатора с возрастом в некоторых случаях снижается, в результате чего наблюдалась тенденция к менее острому

восприятию головокружения, когда вместо системного головокружения возникает чувство неустойчивости и расстройства равновесия.

Таким образом, анализ причин жалоб на головокружение у пациентов старше 60 лет показал, что чаще всего они обусловлены заболеваниями периферической вестибулярной системы (ДППГ, болезнью Меньера, вестибулярным нейронитом), а также мигрень-ассоциированным головокружением. Несистемное головокружение, под которым проанализированные нами пожилые пациенты понимали главным образом чувство неустойчивости, чаще всего было обусловлено хронической цереброваскулярной патологией, психогенными расстройствами, нейродегенеративными заболеваниями (например, болезнью Паркинсона, болезнью Альцгеймера) и мультисенсорной недостаточностью.

Поскольку алгоритм клинического обследования пациентов с головокружением должен состоять из таких тестов, которые с наибольшей эффективностью выявляют самые распространенные и самые опасные причины головокружения с учетом наиболее распространенных причин головокружения, выявленных в ходе нашего исследования, оптимальный алгоритм клинического обследования пациентов с жалобами на головокружение в амбулаторной практике, помимо стандартного исследования неврологического статуса, должен включать позиционные пробы (Дикса – Холлпайка, МакКлюра – Пагинни), исследование горизонтального вестибулоокулярного рефлекса (проба Хальмаги), исследование зрительного подавления спонтанного нистагма, тест встряхивания головы, пробу Фукуда и ориентировочную оценку слуха при помощи камертональной пробы Вебера. Использование этих методов клинического обследования у амбулаторных пациентов с жалобами на головокружение позволяет без дополнительного инструментального исследования диагностировать большинство причин головокружения и дифференцировать повреждения центрального и периферического отдела вестибулярного анализатора.

Инструментальное обследование пациентов с головокружением, с учетом наиболее распространенных заболеваний в проанализированной нами группе больных, должно включать такие методы, которые эффективно диагностируют периферические вестибулярные расстройства, а также цереброваскулярные заболевания: видео- или электронистагмографию, калорическую пробу, МРТ головного мозга. В то же время часто назначаемые пациентам с головокружением методы исследования, такие как рентгенография шейного отдела позвоночника, электроэнцефалография и ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, по-видимому, малоинформативны при диагностике наиболее распространенных причин головокружения у пожилых пациентов.

Лечение наиболее распространенных причин головокружения у пожилых пациентов может иметь некоторые особенности, но в целом мало отличается от стандартного. Так, основу лечения ДППГ составляют специальные упражнения и лечебные маневры, которые активно разрабатываются в течение последних 20 лет [13].

В качестве вестибулярной гимнастики, которую больной может выполнять самостоятельно, эффективна методика Брандта – Дароффа [14].

Эффективность лечебных позиционных маневров при ДППГ у пожилых пациентов, по некоторым данным, может быть несколько ниже, чем у пациентов более молодого возраста. [15]. Меньшая эффективность лечебных позиционных маневров у пожилых пациентов может быть отчасти обусловлена техническими сложностями из-за сопутствующих заболеваний, чаще встречающихся у пожилых пациентов (деформирующий спондилез шейного отдела позвоночника, ожирение, экстрапирамидные расстройства, приводящие к ограничению подвижности, и т. д.).

При неустойчивости, вызванной дисциркуляторной энцефалопатией, проводится коррекция факторов риска цереброваскулярных заболеваний путем назначения антигипертензивных средств, статинов, антиагрегантов или антикоагулянтов

Лечение болезни Меньера у пожилых также имеет свои особенности. С возрастом частота приступов может снижаться, тогда как выраженность перманентной периферической вестибулярной дисфункции и тугоухости нарастает. В результате пожилые больные нередко испытывают постоянную неустойчивость, а частота падений существенно повышается. Причем падения могут быть обусловлены не только неустойчивостью вследствие периферической вестибулярной дисфункции, но и отолитовыми кризами Тумаркина, которые развиваются преимущественно на поздних стадиях болезни Меньера [16].

Лечение в таких случаях должно быть дополнено вестибулярной гимнастикой, цель которой – стимуляция центральной вестибулярной компенсации и профилактика падения. При отолитовых кризах Тумаркина в некоторых случаях может быть показана химическая лабиринтэктомия (транстимпанальное введение гентамицина), поскольку консервативное лечение при этом осложнении болезни Меньера неэффективно.

Лечебная гимнастика для тренировки постуральной устойчивости – важный компонент лечения таких заболеваний, как дисциркуляторная энцефалопатия, мультисенсорная недостаточность, нейродегенеративные заболевания и двусторонняя вестибулопатия. При неустойчивости, вызванной дисциркуляторной энцефалопатией, кроме того, проводится коррекция факторов риска цереброваскулярных заболеваний (подбираются антигипертензивные средства, статины, антиагреганты или антикоагулянты). Способность некоторых лекарственных средств повышать эффективность лечебной гимнастики при дисциркуляторной энцефалопатии дискуссионна. Тем не менее, согласно результатам контролируемых исследований, отдельные лекарственные средства могут повысить эффективность лечения головокружения и неустойчивости у больных с хронической цереброваскулярной недостаточностью.

Таким образом, внедрение предложенных нами алгоритмов обследования пациентов с головокружением и неустойчивостью, широкое использование вестибулярной гимнастики и упражнений, направленных на тренировку равновесия, будет способствовать повышению эффективности диагностики и лечения заболеваний, проявляющихся одним из самых распространенных в клинической практике симптомов.



ЛИТЕРАТУРА

- Jönsson R, Sixt E, Landahl S, Rosenhall U. Prevalence of dizziness and vertigo in an urban elderly population. *J Vestib Res*, 2004, 14(1): 47-52.
- Lawson J, Fitzgerald J, Birchall J, Aldren CP, Kenny RA. Diagnosis of geriatric patients with severe dizziness. *J Am Geriatr Soc*, 1999, 47(1): 12-17.
- Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome. *Ann Intern Med*, 2000, 132(5): 337-344.
- Bisdorff A, Von Brevern M, Lempert T, Newman-Toker DE. Classification of vestibular symptoms: towards an international classification of vestibular disorders. *J Vestib Res*, 2009, 19(1-2): 1-13.
- Штульман Д.Р. Головокружение и нарушение равновесия В кн.: Болезни нервной системы. Под ред. Н.Н. Яхно. М., 2005: 125-130.
- Парфенов В.А., Замерград М.В., Мельников О.А. Головокружение: диагностика и лечение, распространенные диагностические ошибки: учебное пособие. 2-е изд. М.: Медицинское информационное агентство, 2011. 192 с.
- Brandt T. Vertigo. Its Multisensory Syndromes. London: Springer, 2000: 503 p.
- Антоненко Л.М., Дамулин И.В. Особенности нарушений равновесия и ходьбы при болезни Паркинсона, прогрессирующем надъядерном параличе и мультисистемной атрофии. *Неврол. Журн.*, 2005, 3: 41-9.
- Дамулин И.В., Жученко Т.Д., Левин О.С. Нарушения равновесия и походки у пожилых. Достижения в нейрогерiatrics. Под ред. Н.Н. Яхно, И.В. Дамулина. М., 1995: 71-97.
- Baloh RW, Ying SH, Jacobson KM. A longitudinal study of gait and balance dysfunction in normal older people. *Arch Neurol.*, 2003, 60(6): 835-839.
- Fife TD, Baloh RW. Disequilibrium of unknown cause in older people. *Ann Neurol.*, 1993, 34(5): 694-702.
- Starr JM, Leaper SA, Murray AD, Lemmon HA, Staff RT, Deary IJ, Whalley LJ. Brain white matter lesions detected by magnetic resonance [correction of resonance] imaging are associated with balance and gait speed. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2003, 74(1): 94-98.
- Fife TD, Iverson DJ, Lempert T, Furman JM, Baloh RW. Practice parameter: therapies for benign paroxysmal positional vertigo (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 2008 May 27, 70(22): 2067-74.
- Brandt T, Daroff RB. Physical therapy for benign paroxysmal positional vertigo. *Arch Otolaryngol*, 1980, 106: 484-485.
- Batuecas-Caletrio A, Trinidad-Ruiz G, Zschaec C, del Pozo de Dios JC, de Toro Gil L, Martin-Sanchez V, Martin-Sanz E. Benign paroxysmal positional vertigo in the elderly. *Gerontology*, 2013, 59(5): 408-12.
- Kentala E, Havia M, Pyykkö I. Short-lasting drop attacks in Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2001 May, 124(5): 526-30.
- Felisati G, Battaglia A, Papini MG, Rossini BM and Pignataro O. Nicergoline in balance alterations in adult and elderly patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Clin. Drug Invest*, 2002, 22: 731-40.
- Nappi G, Bono G, Merlo G et al. Long-term nicergoline treatment of mild to moderate senile dementia. Results of a multicentre, double-blind, placebo-controlled study. *Clin Drug Invest*, 1997, 13: 308-316.
- Winblad B, Fioravanti M, Dolezal T et al. Therapeutic use of nicergoline. *Clin Drug Invest*, 2008, 28: 533-552.
- Delbaere K, Kochan NA, Close JC, Menant JC, Sturniaks DL, Brodaty H, Sachdev PS, Lord SR. Mild cognitive impairment as a predictor of falls in community-dwelling older people. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2012 Oct, 20(10): 845-53.