

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ



Тщательный сбор анамнеза и выяснение характера ощущений имеют первостепенное значение при диагностике головокружений.

Оценка жалоб пациента с головокружением

Вопрос

Клиническая значимость ответа

Есть ли иллюзия движения?

- Есть** – системное головокружение, связанное с патологией вестибулярного анализатора
- Нет** – несистемное

Как долго продолжается головокружение?

- Секунды** – вестибулярные пароксизмы, сердечная аритмия, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение
 - Несколько минут** – транзиторная ишемическая атака (до часа), панические атаки
 - От 20 мин до нескольких часов** – болезнь Меньера (до 24 ч), мигрень (до нескольких суток)
 - Дни или недели** – мозжечковый инсульт, демиелинизация
- NB!** При лабиринтной патологии острые приступы головокружения никогда не продолжаются больше 24 ч

Какие факторы провоцируют головокружение?

- Изменение положения головы (запрокидывание ее, поворот в кровати) – доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение и другие виды периферического позиционного головокружения, рассеянный склероз, опухоль задней черепной ямки и др.
- Колебания артериального давления или ритма сердечных сокращений – транзиторная ишемическая атака или инфаркт головного мозга
- Менструация, нарушение сна – **мигрень**
- Нахождение в лифте или другом закрытом пространстве, в скоплении людей, на высоте, выход из дома – **панические атаки**
- Громкие звуки, чихание, сморкание, езда в лифте, перелет в самолете – **перилимфатическая фистула**

Сопровождается ли головокружение потерей слуха?

- Если да, то возможны следующие варианты:**
- болезнь Меньера
 - лабиринтит (вирусный или бактериальный)
 - опухоли (невринома VIII пары черепно-мозговых нервов, менингиома, холестеатома)
 - травма
 - инфаркт лабиринта
 - перилимфатическая фистула
 - сифилис

Связано ли головокружение с потерей сознания?

- Потеря сознания наблюдается только **при головокружениях центрального характера**
- Периферические повреждения никогда не сопровождаются потерей сознания

Сопровождается ли головокружение нарушением походки?

- При острой **односторонней** вестибулярной атаке больной при ходьбе будет отклоняться или падать в сторону пораженного лабиринта, но уже через несколько дней равновесие восстанавливается
- При **двустороннем поражении вестибулярного аппарата** неустойчивость становится постоянной, она особенно заметна при закрывании глаз и тандемной ходьбе
- При вовлечении **мозжечка** больной широко расставляет ноги, что позволяет сразу же отличить эту походку

Для выявления полисистемности, характерной для психогенного головокружения, необходимо активно расспросить пациента о наличии других жалоб и расстройств. Следует выяснить наличие или отсутствие соматических вегетативных симптомов, сопутствующих тревожно-депрессивным состояниям:

- ⊙ сердцебиение;
- ⊙ приливы жара или холода;
- ⊙ потливость, холодные или влажные ладони;
- ⊙ ощущение кома в горле;
- ⊙ чувство нехватки воздуха;
- ⊙ боли в груди;
- ⊙ тошнота, диарея, боли в животе;
- ⊙ сухость во рту;
- ⊙ головокружение, предобморочное состояние;
- ⊙ тремор, мышечные подергивания, вздрагивания;
- ⊙ напряжение и боль в мышцах;
- ⊙ учащенное мочеиспускание;
- ⊙ снижение либидо, импотенция.

Топическая диагностика головокружения

Симптом	Периферическое поражение	Центральное поражение
Характер головокружения	Вращательное, поступательное	Тактильное, поступательное
Направление зрительного головокружения	В сторону быстрой фазы	В любую сторону
Продолжительность головокружения	До двух недель	Недели, месяцы, годы
Тошнота, рвота	Сопутствуют почти всегда	Редко
Нарушения слуха	Сопутствуют почти всегда	Редко
Шум	Сопутствует почти всегда	Редко
Реакция на закрывание глаз	Головокружение усиливается	Головокружение не меняется или ослабевает
Заваливание	В сторону медленной фазы нистага (противоположную по отношению к направлению головокружения)	Чаще в обе стороны
Реакция отклонения рук	Гармонизированная (в сторону медленной фазы нистага)	Часто – в сторону быстрой фазы нистага
Нарушение вертикально-горизонтальной ориентации	Не характерно	Характерно
Направленно нистага	Горизонтальное, ротаторное	Любое
Множественный нистагм	Возможна лишь одна комбинация – горизонтально-ротаторный	Любая комбинация
Характер нистага	Чаще ирритативный, т.е. направлен в сторону очага	Чаще деструктивный, т.е. направлен в противоположную от очага сторону
Фазность нистага	Чаще клонический (соотношение фаз <3:1)	Чаще тонический (соотношение фаз >5:1)
Усиление нистага	При взгляде в сторону быстрой фазы	Часто – при взгляде в сторону медленной фазы
Позиционная зависимость нистага	Не меняет направления	Может менять направление в зависимости от положения головы
Реакция нистага на закрывание глаз	Усиливается	Уменьшается или не меняется
Рикошетный нистагм	Не характерен	Характерен
Тенденция к смене параметров головокружения и нистага	Не характерна	Характерна

Топическая диагностика позиционного головокружения

Симптом	Периферическое головокружение	Периферическое головокружение
Латентный период	Характерен	Не характерен
Зависимость от скорости поворота головы	Зависит	Не зависит
Феномен адаптации	Характерен	Не характерен
Феномен утомления	Характерен	Не характерен
Направление головокружения	В сторону «верхнего» уха	Чаще – в сторону «нижнего» уха
Направление нистага	В сторону «нижнего» уха	Чаще – в сторону «верхнего» уха
Тенденция к смене направления головокружения и нистага	Не характерна	Характерна

Литература

1. Верткин А.Л. Головокружение. М.: Эксмо, 2017.
2. Неретин В.Я., Якушин М.А., Исаев В.М., Якушина Т.Н. Головокружение (дифференциальная диагностика и лечение). Альманах клинической медицины. 2001; 4: 238–46.