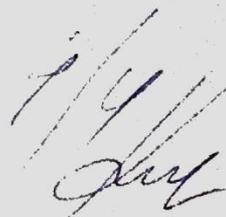


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра Педиатрии ИПО



Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Таранушенко Т.Е.

Преподаватель: к.м.н., ассистент Кустова Т.В.

Реферат

на тему: «Головокружение»

Выполнила: врач-ординатор Ахмедова Э.И.

Красноярск, 2017 год

## Содержание

Введение.....	3
Механизмы поддержания равновесия.....	4
Типы головокружения.....	5
Диагностика головокружения.....	6
Системное головокружение.....	8
Болезнь Меньера.....	9
Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение.....	12
Вестибулярный нейронит (острая периферическая вестибулопатия, вестибулярный неврит).....	13
Лабиринтиты (серозные и гнойные).....	14
Невринома статоакустического нерва (VIII пара черепно-мозгового нерва).....	14
Вертебробазилярная недостаточность .....	14
Несистемное головокружение.....	16
Смешанное головокружение.....	17
Психогенное головокружение.....	18
Лечение головокружения.....	19
Заключение.....	20
Список литературы.....	21

## Введение

Головокружение является одной из наиболее частых жалоб: на приеме у врача общей практики жалобы на ощущение головокружения выявляются у 5% пациентов, у специалиста-оториноларинголога – у 10% (W.Osterveld, 1991).

Головокружение представляет собой симптом и никогда не является болезнью. W.Osterveld (1985 г.) описал около 80 заболеваний, имеющих в качестве симптома головокружение, в 40% случаев причину установить было трудно. Головокружение может быть симптомом самых различных заболеваний: неврологических, психических, сердечно-сосудистых, глаз, ушей и других соматических страданий.

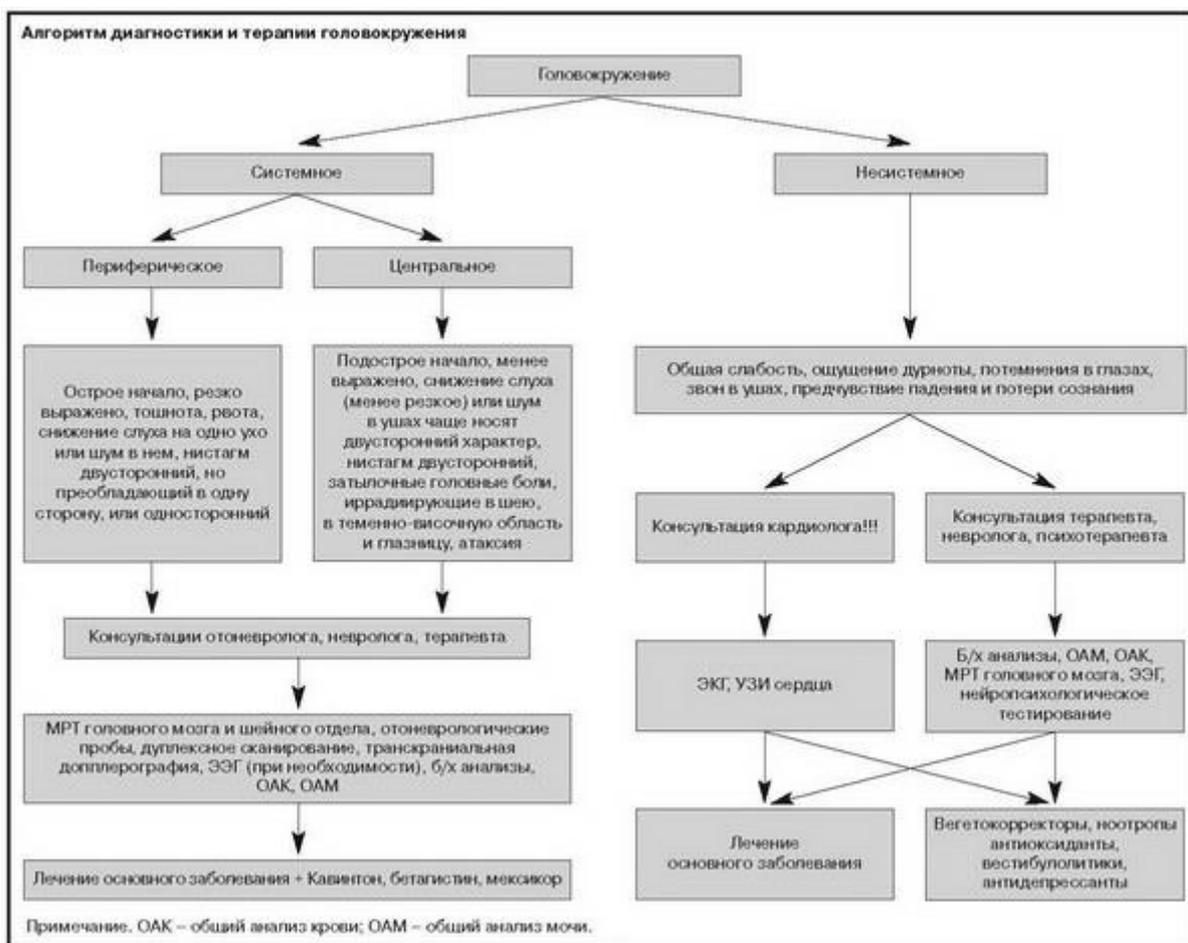
Больные, имеющие ведущим симптомом головокружение, относятся к “трудным” как в диагностическом, так и в терапевтическом отношении. Головокружение, как боль, страх или подавленное состояние, относится к субъективным жалобам больного. Сообщая врачу о головокружении, пациент может иметь в виду самые разнообразные ощущения – чувство вращения, падения, перемещения своего тела или окружающих его предметов, состояние дурноты, общей слабости и предчувствие потери сознания, а также неустойчивость при ходьбе и нарушения походки.

## Механизмы поддержания равновесия

К механизмам поддержания равновесия у человека относятся: вестибулярная, зрительная системы, глубокая и поверхностная чувствительность. Вся информация интегрируется в центральной нервной системе (ЦНС) и модулируется активностью ретикулярной формации, экстрапирамидной системой мозга, лобно-височными долями больших полушарий мозга. Первостепенная роль отводится вестибулярным рецепторам, они определяют силы гравитации, переводят информацию в импульсы, которые расшифровываются мозгом (Luhon, 1984). В результате этого человек осознает положение головы и тела в пространстве, ему доступна информация, которая управляет позными движениями. Деятельность вестибулярных ядер (верхнего, латерального, медиального и нижнего) модулируется и интегрируется множеством афферентных входов (Brodal, 1974). Известно, что вестибулярные ядра связаны с пятью физиологическими системами: глазодвигательными ядрами через продольный медиальный пучок мультисинаптическими связями с ретикулярной формацией; моторной частью спинного мозга через ретикулоспинальные пути и частично медиальным продольным пучком; мозжечком; вегетативной нервной системой, поэтому “полом” в этой разветвленной системе в любом отделе может приводить к ощущению головокружения и потере равновесия.

## Типы головокружения

Головокружение подразделяется на системное и несистемное, а также на различные типы. Первый тип – это системное головокружение. Второй тип головокружения связан с липотимическими состояниями и обмороками различной природы. Третий тип головокружения имеет смешанную природу и представляет собой нарушения походки и неустойчивость. Четвертый тип – психогенное головокружение. Второй, третий и четвертый типы головокружений носят несистемный характер. Несистемное головокружение наблюдается значительно чаще, чем системное вестибулярное головокружение. Оно не связано с поражением самой вестибулярной системы, для него не характерно снижение слуха, отрицательны вестибулярные пробы, как правило, не наблюдается тошнота, особенно рвота.



## Диагностика головокружения

### *Анамнез*

Врачу следует выяснить, что конкретно понимает пациент под головокружением, какова его длительность и частота, какие факторы провоцируют, усиливают или ослабляют головокружение, имеют ли место сопутствующие симптомы. Крайне важно установить, не связано ли головокружение с приемом лекарственных средств, таких как антидепрессанты, антибиотики-аминогликозиды, барбитураты, нитроглицерин, петлевые диуретики, противосудорожные средства, транквилизаторы и т.п., которые могут вызывать ощущение головокружения.

### *Измерение артериального давления (в положении лежа и стоя)*

Значительное снижение артериального давления в вертикальном положении свидетельствует о наличии ортостатической гипотензии и говорит о том, что симптом, имеющийся у больного, не является истинным головокружением, а связан с липотимией, когда пациент резко встает.

### *Проба Ромберга*

Существуют разные варианты этой пробы. Например, пациенту предлагается стоять с плотно прижатыми друг к другу ступнями в тандемной стойке (пятка к носку, ступни на одной линии) или на одной ноге. При этом руки должны быть вытянуты вперед, пальцы расставлены в разные стороны. Усложняют пробу положение кистей ладонями вверх и запрокидывание головы немного назад. Обычно начинают тестирование с самой простой пробы, постепенно усложняя ее. Сначала оценивается равновесие с открытыми глазами, затем – закрытыми. Как правило, если обследуемый сохраняет равновесие с закрытыми глазами, стоя на одной ноге, у него нет объективного нарушения вестибулярной системы.

### *Указательные пробы (пальце-носовая, пальце-пальцевая)*

Пациента просят попадать указательным пальцем сначала одной, потом другой руки либо в кончик своего носа (пальце-носовая проба), либо в палец врача (пальце-пальцевая проба). Сначала оценивается выполнение пробы при открытых глазах, потом – закрытых.

### *Исследование глазодвигательных реакций*

Важный диагностический критерий – обнаружение нистагма – непроизвольного ритмического колебания глазных яблок. Нистагм можно наблюдать, если больной держит голову прямо при отведении глазных яблок в стороны. Нистагм может также быть спровоцирован изменением положения головы.

При необходимости врач должен самостоятельно дополнять перечень наиболее простых и быстрых в исполнении тестов методами инструментальной диагностики. В спорных вопросах не стоит пренебрегать консультацией смежных специалистов (невролога, оториноларинголога, офтальмолога).

При специальном исследовании у ЛОР-врача используются температурные тесты, когда наружный слуховой проход орошается водой, имеющей температуру на  $7^{\circ}\text{C}$  выше или ниже температуры крови. Температурные тесты могут провоцировать чувство вращательного движения и нистагм. Нистагм отмечается во время головокружения и является объективным критерием наличия истинного головокружения. Продолжительность нистагма можно зафиксировать методом электронистагмографии. Наконец, используют ротационное тестирование, при котором пациента вращают на специальном стуле вокруг вертикальной оси и регистрируют движения глазных яблок.

## Системное головокружение

Первый тип – системное головокружение – называют также вестибулярным, или истинным, головокружением, или вертиго. Этот вид головокружения проявляется иллюзией вращения собственного тела или окружающих предметов в определенном направлении в пространстве, сопровождается вегетативными симптомами (тошнотой, рвотой, повышенным потоотделением), чувством страха, нарушением равновесия и нистагмом. Этот тип головокружения может быть обусловлен поражением вестибулярной системы как на периферическом, так и центральном уровнях.

При поражении периферических отделов вестибулярного анализатора страдают сенсорные элементы ампулярного аппарата и преддверия, вестибулярного ганглия и нервных проводников ствола мозга (А.С.Шерemet, 2001), т.е. периферическим поражением вестибулярного анализатора многие авторы считают уровень страдания первого нейрона, а некоторые – патологию только лабиринта (это лабиринтиты, болезнь Меньера, вестибулярный нейронит, сосудистая патология внутри лабиринта, осложнение хронического гнойного отита и др.). Поражение вестибулярной порции между пирамидой и мозгом (задняя черепная ямка – ЗЧЯ) выделяют в особую промежуточную форму (невринома VII черепно-мозгового нерва). Причина периферического поражения вестибулярного анализатора разнообразна: лабиринтиты различной этиологии – вирусные и бактериальные, воздействие ототоксичными антибиотиками, термические, травматические, тромбоз или кровоизлияние в области кровоснабжения лабиринтной артерии, разрушение костной стенки холестеатомой, травмы височной кости с переломом пирамиды, заболевание крови, профессиональные заболевания (шумовые, вибрационные). Нередко вестибулярное головокружение возникает на фоне шейного остеохондроза с вертеброгенно-базилярной недостаточностью, при атеросклерозе, заболевании щитовидной железы, сахарном диабете. Лабиринт может поражаться при сифилисе, ВИЧ-инфекции, при патологии желудочно-кишечного тракта, при вегетососудистой дистонии, наследственной патологии лабиринта и т.д.

## Болезнь Меньера

Является классическим примером острого рецидивирующего системного (вестибулярного) головокружения и считается самостоятельной нозологической формой. При этом поражается преимущественно внутренне ухо. Начало заболевания внезапное или постепенное. Головокружение при болезни Меньера может продолжаться долго (до 12–24 ч). Частота приступов от 1 раза в год до нескольких раз в день. Для болезни Меньера характерно понижение слуха и наличие вегетативных симптомов. Патогенез болезни до сих пор не ясен, известен лишь патоморфологический субстрат болезни (эндолимфатический гидропс).

Периферическое головокружение всегда сопровождается спонтанным нистагмом – горизонтальным или горизонтально-ротаторным различной интенсивности. Характеристика нистагма зависит от положения глаз: нистагм усиливается при взоре в сторону быстрого компонента и ослабевает в сторону медленного компонента. При периферическом поражении состояние глаз нормальное, нарушения глазодвигательных нервов нет. Чаще всего процесс бывает односторонним, сопровождается понижением слуха. Приступы всегда без потери сознания. Для периферического головокружения характерны вегетативные нарушения, которые проявляются тошнотой, рвотой, побледнением, потливостью и др. При неврологическом обследовании патологии не выявляется. Внешние факторы (свет, звук, речь, мелькание предметов, движение глаз) приводят к усилению головокружения.

Выделяют 3 стадии течения БМ:

I (начальная) стадия – характеризуется периодически возникающим шумом в ушах, ощущением заложенности или давления, флуктуирующей нейросенсорной тугоухостью. Периодически возникают приступы системного головокружения в любое время суток, продолжаются от 20 мин до 12 ч, могут сопровождаться тошнотой и рвотой. Иногда у пациента бывает аура – незадолго до приступа усиливается шум в ухе или нарастает заложенность уха. После приступа может отмечаться ухудшение слуха по данным тональной пороговой аудиометрии, преимущественно в диапазоне низких и средних частот. В период ремиссии слуховые пороги могут быть в норме.

II – стадия выраженных клинических проявлений. Приступы головокружения приобретают типичный для БМ характер с выраженными вегетативными проявлениями. По данным тональной пороговой аудиометрии развивается флуктуирующая нейросенсорная тугоухость 2–3-й степени. Основным критерием II стадии БМ является положительный дегидратационный тест (см. ниже), который определяет лечебную тактику.

III (конечная или «перегоревшая») стадия. Головокружения становятся более редкими, не всегда носят системный характер. Больного больше беспокоит ощущение шаткости и неустойчивости. Приступы могут возникать ежедневно или несколько раз в месяц. Шум в ушах присутствует постоянно, нередко усиливаясь в момент приступа. Характерно постоянное ощущение

заложенности уха. Обычно отмечается стойкая (без флуктуаций) и выраженная нейросенсорная тугоухость.

Лечение. Различают терапию БМ во время приступа и в межприступный период.

При приступах в зависимости от их выраженности может потребоваться экстренная госпитализация, при этом назначают покой, седативные, противорвотные средства, вестибулярные супрессанты. Купирование приступа головокружения заключается в использовании дименгидрината (Драмина, Сиэль), бензодиазепиновых транквилизаторов (диазепама) и фенотиазинов (тиэтилперазина). При рвоте используют парентеральный путь введения (диазепам внутримышечно, метоклопрамид внутримышечно, тиэтилперазин внутримышечно или ректально в свечах). В самом начале развития приступа головокружения назначают инъекции 1 мл 0,2% раствора платифиллина подкожно. Все перечисленные препараты используются только для купирования приступа для уменьшения вегетативной симптоматики и не влияют на профилактику рецидивов и течение заболевания.

С целью профилактики рецидивов заболевания в межприступном периоде в первую очередь пациентом должна соблюдаться гипосолевая диета (до 1–2 г соли в день), из ежедневного рациона должны быть исключены кофеин, алкоголь. Немаловажную роль играют информирование пациента о выявленном заболевании, психолого-социальное консультирование. Во многих международных исследованиях доказана эффективность препарата бетагистинадигидрохлорида (Вестибо) в дозе 48 мг/сут в уменьшении частоты и интенсивности приступов.

При неэффективности консервативного лечения и большой частоте приступов головокружения используют следующие хирургические методы лечения:

1. Слухсохраняющие хирургические вмешательства направлены на восстановление лабиринтной функции при сохранении слуха посредством нормализации резорбции эндолимфы во внутреннем ухе. К этой группе относят экстралабиринтные вмешательства на эндолимфатическом мешке: дренирование эндолимфатического мешка и доказавшее свою эффективность в многочисленных исследованиях рассечение эндолимфатического протока по В.Т.Пальчуну. Кроме того, для уменьшения гидропса проводятся интратимпанальные введения гидрокортикостероидов.

2. Частично деструктивные вмешательства: перерезка вестибулярной порции VIII черепного нерва интракраниально (селективная нейрэктомия), селективная лазеродеструкция лабиринта; перерезка или резекция барабанной струны или барабанного сплетения.

3. Деструктивные вмешательства на лабиринте: удаление перепончатого лабиринта; медикаментозное разрушение сенсорных структур лабиринта путем интратимпанального введения гентамицина, тотальное разрушение вестибулярного аппарата воздействием ультразвука или лазера при

трансмастоидальном

подходе.

## Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ)

Наиболее распространенное вестибулярное нарушение. Оно характеризуется короткими приступами системного головокружения, которое возникает при определенном положении головы и туловища, особенно при наклонах вперед-назад. Больной ощущает, что “комната поехала”. Головокружение длится несколько секунд. Неврологической симптоматики нет. Течение заболевания может быть самым различным. Иногда приступ бывает кратковременным, возникает один или несколько раз в жизни. Лишь изредка ДППГ сохраняется длительное время. Доброкачественное позиционное головокружение может возникать после черепно-мозговой травмы, среднего отита или стапедэктомии, а также при интоксикациях и вирусных инфекциях. Идиопатические случаи заболевания связаны с дегенеративным процессом с образованием отоконияльных отложений в полукружном канале, в результате чего повышается чувствительность этого канала к гравитационным воздействиям при изменении положения головы.

Неотложная помощь проводится при помощи разного вида репозиционных маневров, зарекомендовавших свою высокую эффективность в многочисленных исследованиях. Выбор маневра зависит от пораженного канала, который определяется при проведении провокационных проб. Медикаментозное лечение используется в виде премедикации перед выполнением маневров у пациентов, склонных к тошноте и рвоте. С целью уменьшения вегетативной симптоматики назначают вестибулярные супрессанты, такие как дименгидринат (Драмина 50 мг по 1–2 таблетки 2–3 раза в день), диазепам непосредственно перед выполнением лечебного маневра или лечебной гимнастики. Для повышения эффективности лечебного маневра и уменьшения симптомов головокружения используют бетагистиндигидрохлорид (Вестибо) в дозе 24 мг 2 раза в день 1–2 нед после разрешения отолитиаза. Хирургические методы лечения, такие как селективная вестибулярная нейрэктомия и пломбировка заднего полукружного канала, применяются крайне редко и только у больных, резистентных к лечению репозиционными маневрами, в случае если приступы головокружения чрезвычайно интенсивные и инвалидизируют пациента.

## **Вестибулярный нейронит (острая периферическая вестибулопатия, вестибулярный неврит).**

Проявляется внезапным продолжительным головокружением с тошнотой, рвотой, чувством страха и нарушением равновесия. Головокружение продолжается несколько дней, далее развивается слабость, неустойчивость. Больные переносят это состояние крайне тяжело. Характерен спонтанный нистагм, часто отмечается позиционный нистагм. Слух не снижен, однако могут возникать шум и заложенность в ухе. У половины больных приступы повторяются через несколько месяцев или лет. Причина заболевания не известна. Вестибулярный нейронит является скорее синдромом, нежели самостоятельной нозологией.

Неотложная помощь. Лечение ВН в начале заболевания направлено на уменьшение головокружения, тошноты и рвоты (симптоматическое лечение). Симптоматическая терапия включает обеспечение пациенту покоя и использование препаратов, относящихся к группе вестибулярных супрессантов: дименгидринат (Драмина) в дозе 50–100 мг каждые 6 ч, также метоклопрамид (Церукал), бензодиазепиновые транквилизаторы (диазепам) и фенотиазины (тиэтилперазин). При рвоте используют парентеральный путь введения (диазепам внутримышечно, метоклопрамид внутримышечно, тиэтилперазин внутримышечно или ректально в свечах). Длительность применения вестибулярных супрессантов определяется длительностью и тяжестью головокружения. Как правило, их не используют более 3 дней, поскольку эти препараты замедляют вестибулярную компенсацию.

В первые 3 сут заболевания показано также применение глюкокортикостероидов (метилпреднизолона в начальной дозе 100 мг с последующим снижением дозы на 20 мг каждые 3 сут). Это приводит к более высокой частоте восстановления вестибулярной функции через год с момента заболевания. Несмотря на предположительно вирусную природу заболевания, применение у больных противовирусных препаратов (отдельно или в комбинации с метилпреднизолоном) не улучшает процесс восстановления.

Сразу после некоторого уменьшения системного головокружения, прекращения рвоты начинают вестибулярную реабилитацию. Вестибулярная реабилитация включает упражнения, при которых движения глаз, головы и туловища приводят к сенсорному рассогласованию. Эти упражнения стимулируют центральную вестибулярную компенсацию. Комплекс вестибулярной реабилитации и характер упражнений зависят от стадии заболевания, подбираются индивидуально для каждого пациента и постоянно усложняются по мере восстановления вестибулярной функции. Назначение бетагистина дигидрохлорида (Вестибо) в сочетании с физической реабилитацией в стандартной дозе 24 мг 2 раза в день демонстрирует ускорение процессов компенсации и улучшение качества жизни.

**Лабиринтиты (серозные и гнойные).** Основными причинами поражения лабиринта являются вирусные заболевания, острый и хронический отиты различной этиологии, травмы и операции. Расстройство равновесия и системное головокружение сопровождаются снижением слуха. В пожилом возрасте могут возникать и сосудистые нарушения при наличии гипер- или гипотонии. В этих случаях лабиринтит возникает в результате сосудистого криза, сопровождается системным (вестибулярным) головокружением, снижением слуха. Симптоматика постепенно регрессирует на фоне патогенетической терапии.

**Невринома статоакустического нерва (VIII пара черепно-мозгового нерва).** Начало заболевания постепенное. Головокружения редкие. Снижение слуха наступает быстро при развитии опухоли во внутреннем слуховом проходе, но чаще она локализуется в области мостомозжечкового угла, и тугоухость развивается годами. Невринома VIII нерва в некоторых случаях может проявляться острым системным головокружением, что может привести к ошибочному диагнозу болезни Меньера, вестибулярного нейронита, лабиринтита и др. Для невриномы характерно сочетанное поражение лицевого, тройничного нервов, признаки поражения мозжечка, изменения на глазном дне. Необходимо раннее обследование с привлечением отоневролога, окулиста, невропатолога, однако наибольшую диагностическую ценность имеет проведение магнитно-резонансной томографии.

Поражение вестибулярного анализатора центрального уровня может быть обусловлено ишемией ствола мозга, рассеянным склерозом, опухолями ЗЧЯ, а также опухолями в других отделах. Патологические процессы, развиваясь в мозге, приводят к нарушению связей вестибулярного аппарата с корой головного мозга (стволовые энцефалиты, выраженная внутричерепная гипертензия, вертебробазиллярная недостаточность, при дегенеративном заболевании мозга). При центральном поражении вестибулярного аппарата вестибуловегетативные реакции в большинстве случаев слабо выражены. Понижение слуха не характерно.

**Вертебробазиллярная недостаточность** – частая причина головокружения у пожилых людей, имеющих сосудистые факторы риска. Головокружение начинается остро, продолжается несколько минут, сопровождается нарушением равновесия, тошнотой и рвотой. Кардинальным признаком вертебробазиллярной недостаточности являются дополнительные симптомы: нарушение зрения, двоение, дизартрия, падения, слабость и онемение в конечностях. Приступы головокружения нередко бывают первым симптомом вертебробазиллярной недостаточности, но если эти эпизоды повторяются на протяжении многих месяцев и тем более лет, а другие симптомы не появляются, то диагноз вертебробазиллярной недостаточности сомнителен. Такие признаки, как остеохондроз шейного отдела позвоночника, иногда

изгиб одной или обеих позвоночных артерий, обнаруженный при ультразвуковом исследовании сосудов шеи, также не являются достаточными основаниями для заключения о недостаточности вертебробазиллярного кровообращения. В настоящее время доказано, что изолированное системное головокружение, не сопровождающееся очаговыми неврологическими симптомами, в подавляющем большинстве случаев является признаком поражения периферических отделов вестибулярной системы.

## Несистемное головокружение

Второй тип головокружения – несистемное головокружение в картине липотимического состояния характеризуется ощущением дурноты (общей слабости, тошноты), холодным потом, предчувствием падения или потери сознания. В основе его лежат липотимические состояния или обмороки. Причиной синкопы могут быть вазодепрессорный синкоп, гипервентиляционный синдром (в том числе и психогенного генеза), синдром гипервозбудимости каротидного синуса, кашлевой синкоп, никтурический, гипогликемический синкоп, ортостатические обмороки различного происхождения). При головокружении данного типа нередко имеется артериальная гипотензия. Головокружение сопровождается астеническим состоянием после острых инфекционных и соматических заболеваний, анемии, острой потери крови.

Несистемное головокружение возникает при резких поворотах головы, в душных помещениях, появляются звон в ушах, нечеткость окружающей обстановки. Частой физиологической причиной несистемных головокружений у женщин является беременность, а среди патологических причин – сахарный диабет. Головокружение второго типа нередко возникает как проявление периферической вегетативной недостаточности, при таких неврологических заболеваниях, как синдром Шая–Дрейджера и других дегенеративных заболеваниях ЦНС.

Для уточнения природы головокружения и обмороков необходимо кардиологическое обследование с целью исключения кардиальной патологии. Определенное диагностическое значение имеют проба Даньини–Ашнера, проба Вальсальвы. Эти пробы указывают на повышенную реактивность блуждающего нерва. Такие больные плохо переносят тугие воротнички, душные помещения.

## Смешанное головокружение

Третий тип головокружения имеет смешанную природу, это состояние трудно оценить словесно, возникает оно при передвижении больного и проявляется в неустойчивости тела, нарушении походки, зрительными или слуховыми расстройствами. Характер головокружения неоднороден и не всегда четко определяется. Данный тип головокружения может возникать при патологических процессах в области шеи. Сюда относятся головокружения при врожденной костной патологии (синдром Арнольда–Киари), при шейном остеохондрозе и остеопорозе (например, в картине заднего шейного симпатического синдрома), гиперэкстензии, хлыстовой травме. Существенное значение имеет наличие патологического процесса в шее, что может привести к синдрому Унтерхарншейдта.

Нарушения равновесия и походки (дисбазия), связанные с паретическими, атактическими, гиперкинетическими, акинетическими, апрактическими или постуральными расстройствами, иногда воспринимаются и описываются больными как состояния, напоминающие головокружения. Однако анализ ощущений больного показывает в таких случаях, что головокружения в прямом смысле этого слова у пациента может и не быть, но есть снижение контроля над своим телом в процессе его ориентации в пространстве.

Головокружение может возникать у некоторых людей при неудачно подобранных линзах, а также может быть побочным эффектом некоторых фармакологических препаратов.

## Психогенное головокружение

Четвертый тип – психогенное головокружение. Жалобы на головокружение входят в “десятку” самых частых жалоб, предъявляемых пациентами с психогенными, а именно с невротическими расстройствами. Психогенное головокружение облигатно сопровождается выраженными страхом и тревогой, а также вегетативными нарушениями – сердечно-сосудистыми и дыхательными. Наиболее часто головокружение отмечается на фоне гипервентиляционного синдрома, учащенное и поверхностное дыхание приводит к метаболическим расстройствам, повышению нервно-мышечной возбудимости и др. При этом пациенты определяют свои ощущения как дурноту, легкость в голове, нередко симптомы головокружения сочетаются с шумом и звоном в ушах, повышенной чувствительностью к звуковым стимулам, неустойчивостью при ходьбе.

Нередко психогенное головокружение возникает во время панической атаки. Ее симптомы в виде страха, одышки, сердцебиения, тошноты могут возникать одновременно с симптомами дурноты, “предобморочного состояния”, страха падения и нарушения равновесия.

Интересным является тот факт, что психогенное головокружение нередко возникает у пациентов с врожденной неполноценностью вестибулярного аппарата, которая проявляется с детства в виде плохой переносимости транспорта, качелей, каруселей, высоты и и.д. В этих случаях существующая с детства вестибулопатия принимает участие в симптомообразовании при психогенном заболевании и тем самым играет важную роль в возникновении жалоб на головокружение.

## Лечение головокружения

Лечение головокружения складывается из нелекарственных методов и лекарственной терапии. Больные, имеющие вертиго, подвергаются определенной тренировке. Разработаны специальные комплексы упражнений (адаптационной терапии), которые развивают у пациентов способность контролировать головокружение.

К лекарственной терапии относится применение противотошнотных препаратов, таких как прохлорперазин и циннаризин, положительный эффект дают меклозин, пирацетам. Анксиолитики назначают для купирования приступов страха при острых приступах головокружения при болезни Меньера, применяют диуретики и диету с низким содержанием соли. Используют и хирургическое лечение.

Гистаминергическая система играет определенную роль в сердечно-сосудистых рефлексах, в интенсификации диуреза, выделении желудочного сока и некоторых гормонов, в метаболических превращениях, феноменах сна и бодрствования, а также оказывает влияние на мозговую циркуляцию. В настоящее время различают три типа гистаминовых рецепторов: постсинаптические  $H_1$  и  $H_2$ , а также пресинаптический  $H_3$ .

Бетагистин – синтетический препарат, имеющий сродство к  $H_1$ - и  $H_3$ -гистаминовым рецепторам, расположенным во внутреннем ухе, вестибулярных ядрах ЦНС. Механизм действия его полностью неизвестен. Действует он главным образом на гистаминовые  $H_1$ - и  $H_3$ -рецепторы внутреннего уха и вестибулярных ядер ЦНС. Путем прямого агонистического воздействия на  $H_1$ -рецепторы сосудов внутреннего уха, а также опосредованно через воздействие на  $H_3$ -рецепторы улучшает микроциркуляцию и проницаемость капилляров, нормализует давление эндолимфы в лабиринте и улитке. Вместе с тем бетагистин увеличивает кровоток в базилярных артериях. Бетагистин также обладает выраженным центральным эффектом, являясь ингибитором  $H_3$ -рецепторов ядер вестибулярного нерва. Нормализует нейрональную трансмиссию в полисинаптических нейронах вестибулярных ядер на уровне ствола головного мозга. Клиническим эффектом являются снижение частоты и интенсивности головокружения, уменьшение шума в ушах, улучшение слуха в случае его понижения.

Как видно из сказанного, головокружение для больных является эмоциональным стрессом. Поэтому к ним должно применяться щадящее отношение и продуманные терапевтические воздействия.

## Заключение

Головокружение для пациентов является большим стрессом. Поэтому к ним должно применяться щадящее отношение и продуманные терапевтические воздействия. Врач должен проводить все необходимые диагностические исследования и осуществлять наблюдение за пациентом вне приступа. Так же с целью предотвращения головокружения у пациента врач может проводить профилактические беседы.

## Список литературы

1. А. Д. Соловьева. Головокружение//ConsiliumMedicum. 2004; № 02; 112-115.
2. М.В.Путилина. Алгоритм диагностики и комплексной терапии головокружений врача общей практики//ConsiliumMedicum. 2012; №2; 50-55.
3. А.Л.Гусева, Ю.В.Левина. Головокружение периферического генеза: этиология, диагностика и принципы реабилитации//ConsiliumMedicum. 2016; №13; 61-67.
4. Головокружение. Что важно знать?// Справочник поликлинического врача. 2015; № 6-08; 15.
5. А.Д.Соловьева. Отдел патологии вегетативной нервной системы ММА им И.М. Сеченова. Головокружение// Справочник поликлинического врача. 2005; № 05.