

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

С.В. Морозова

Кафедра болезней уха, горла и носа ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Головокружение – важная междисциплинарная медико-социальная проблема, решение которой направлено на совершенствование существующих и разработку новых методов диагностики и лечения. Выраженность клинической симптоматики, urgency состояния пациента во время приступа головокружения требуют от врача хорошего знания алгоритма постановки диагноза и оказания лечебной помощи. В статье описаны основные заболевания, сопровождающиеся головокружением, выделены опорные информативные дифференциально-диагностические критерии, даны рекомендации по их практическому применению. Приведены результаты исследований, обосновывающих целесообразность использования препарата Вазобрал при головокружении, обусловленном ангиогенными кохлеовестибулярными нарушениями. Подчеркнута эффективность применения Вазобрала у больных старших возрастных групп, в климактерический период. Представлен современный взгляд на основные лечебно-реабилитационные и профилактические мероприятия при головокружении.

Ключевые слова: головокружение, кохлеовестибулярные расстройства, лабиринтит, болезнь Меньера, вертеброгенный вестибулярный синдром, акустическая невринома, Вазобрал

Диагностика и лечение головокружения – актуальная многодисциплинарная проблема, имеющая важное медико-социальное значение. Проблеме головокружения уделяется большое внимание во всем мире. Достаточно сказать, что в последние годы как в России, так и за рубежом выполняются многочисленные отоневрологические, оториноларингологические и неврологические клинические исследования, регулярно проводятся обучающие семинары и научные форумы по различным аспектам вестибулярных расстройств [1]. Жалоба на головокружение достаточно часто предъявляется пациентами, обращающимися за медицинской помощью. У больного, испытывающего головокружение, нередко существенно страдают бытовая и производственная сферы, повышается вероятность возникновения травмоопасных ситуаций, в тяжелых случаях головокружение может стать причиной зависимости пациента от посторонней помощи, инвалидности.

Одной из причин головокружения являются кохлеовестибулярные расстройства (КВР). В России численность больных КВР составляет свыше 10 человек на 10 тыс. населения. При отоневрологическом обследовании пациентов, страдаю-

щих нейросенсорной тугоухостью, применение нагрузочных вестибулярных проб позволяет выявить заинтересованность вестибулярного анализатора более чем в 80 % случаев [2, 3]. Наметьте план адекватных лечебных мероприятий и выбрать эффективные методы профилактики позволяет правильно и своевременно поставленный клинический диагноз, основанный на тщательном анализе жалоб пациента, анамнезе заболевания, результатах комплексного клинко-инструментального обследования.

Причины возникновения головокружения

Головокружение может сопровождать несколько десятков различных патологических состояний: отиатрические заболевания (болезнь Меньера – БМ, лабиринтиты – ЛБ, доброкачественное пароксизмальное головокружение, акустическая, баро-, механическая травмы лабиринта), неврологические и психические заболевания (болезнь Паркинсона, мигрень, болезнь Альцгеймера), дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника (остеохондроз, унковертебральный артроз, протрузии и грыжи межпозвоночных дисков), объемные внутричерепные образования (опу-

холь, абсцесс мозжечка), сердечно-сосудистые заболевания (нарушения сердечного ритма, артериальная гипо- и гипертензия, церебральный атеросклероз), бытовая интоксикация (алкоголизм, курение), ятрогенные причины (прием ототоксических лекарственных средств), лихорадочные состояния, травмы головы и шеи. Следует отметить, что около 500 лекарственных препаратов обладают нежелательным побочным действием в виде головокружения [4]. Ототоксическим побочным эффектом обладают, к примеру, антибиотики аминогликозидного ряда (стрептомицин, тобрамицин, канамицин, гентамицин), петлевые диуретики (ацетазоламид, этакриновая кислота), нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак, ибупрофен, индометацин), противоопухолевые препараты – производные платины (цисплатин, карбоплатин). Головокружение может быть обусловлено применением ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (эналаприла, моноприла), анестетиков (лидокаина), антидепрессантов (алпразолама, amitриптилина, нортриптилина), противомалярийных препаратов (хлорохина), блокаторов кальциевых каналов (нифедипина, никардипина).

Виды головокружения

В клинической практике принято выделять головокружение проприоцептивное (ощущение вращения собственного тела), тактильное (ощущение движения, качания, неустойчивости опоры под ногами) и зрительное (ощущение векторного движения окружающей обстановки вокруг собственного тела). Крайне важно дифференцировать периферическое и центральное головокружение.

При периферическом (лабиринтном) уровне поражения системное (векторное) приступообразное головокружение начинается остро и продолжается несколько дней. Как правило, оно настолько интенсивное, что пациент вынужден бывает искать опору, сесть или лечь, избегая резких движений и поворотов головы. Периферическое головокружение (вертиго) обычно сопровождается нарушением равновесия, походки, вегетативными расстройствами (тошнотой, многократной рвотой, повышенной потливостью, сердцебиением), снижением слуха и ушным

шумом.

Центральное головокружение чаще несистемное, менее выраженное, но более постоянное и длительное, начинается постепенно, сопровождается умеренными нарушениями равновесия. Важно, что при этой форме головокружения выявляется очаговая неврологическая симптоматика: нарушения тактильной и болевой чувствительности, глазодвигательные, мозжечковые координаторные и балансные расстройства, затуманивание зрения, головные боли.

Принципы диагностики

Качество диагностики вестибулярных нарушений напрямую зависит от оснащенности медицинского учреждения, поскольку современные исследования (видеоокулография и видеонистагмография, использование компьютерных вестибулологических вращательно-маятниковых программируемых кресел, стабилло- и постурография) открывают широкие возможности для объективной регистрации важнейших диагности-

ческих критериев. В план обследования пациента с головокружением включают методы электрокохлеографии, компьютерной аудиометрии, магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга и шейного отдела позвоночника, дуплексного сканирования брахиоцефальных сосудов, интракраниальной ангиографии.

Таким образом, для решения такой сложной задачи, какой является правильная диагностика головокружения, необходимо четко выполнить следующие условия: тщательно собрать анамнез, внимательно выслушать и проанализировать жалобы пациента, провести доступные диагностические приемы и изучить результаты дополнительных лабораторных и инструментальных методов обследования.

Головокружение при заболеваниях внутреннего уха

Интенсивное вращательное головокружение — типичный симптом заболеваний внутреннего уха. Добро-

вазобрал

α-дигидроэргокриптин и кофеин



Единственный вазоактивный препарат с выраженным ноотропным и метаболическим действиями

- Восстанавливает перфузию и метаболизм тканей мозга
- Улучшает память, концентрацию внимания, зрение, слух
- Повышает работоспособность
- Уменьшает головокружение, шум в ушах
- Уменьшает интенсивность, частоту и продолжительность приступов мигрени

На правах рекламы
Т№ 014499/01 и Т№ 014499/02

000 «Къези фармасъютикалс»
125190, Москва, ул. Усиевича 20 стр. 1
Тел., (495) 967-12-12. Факс: (495) 967-12-11

Chiesi
Люди, идеи, инновации

качественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) — одна из самых частых (до 34 %) форм головокружения. Причина ДППГ — перемещение фрагментов отолитов в полукружных каналах лабиринта (чаще слева) из эллиптического мешочка преддверия в задний полукружный канал и раздражение ампулярного рецептора. Встречается у женщин в два раза чаще, чем у мужчин, преимущественно в возрасте от 45 до 60 лет. В анамнезе нередко указания на черепно-мозговую травму, прием алкоголя, острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ).

Заболевание имеет характерную клиническую картину. При поворотах в положении лежа, сгибании и разгибании шеи, при попытке встать или лечь в кровать развивается кратковременный (до 30 секунд) приступ вращательного головокружения. Регистрируется геотропический — ротаторный нистагм, направленный к полу. Возможны как единичные, так и повторяющиеся приступы, которые заставляют пациента занять вынужденное положение или избегать движений, вызывающих головокружение.

Головокружение может быть достаточно интенсивным, сопровождаться тошнотой, рвотой и другими вегетативными нарушениями. Во время головокружения возможны болезненные ощущения различной интенсивности в затылочной области. Изменений отоскопической картины, нарушений слуха, шума в ушах, головной боли не отмечается. После приступа в течение нескольких часов или даже дней часто может сохраняться ощущение неустойчивости, слабость. Временной промежуток между приступами может составлять от нескольких часов до нескольких лет. В основе диагностики ДППГ лежит процедура выявления характерного пароксизмального позиционного нистагма (проба Hallpike). Лечение заключается в проведении терапевтических манипуляций, преследующих цель устранить причину головокружения и феномен постуральной тревожности [5].

ЛБ — воспалительный процесс, поражающий рецепторы слухово-

го и вестибулярного анализатора. Преимущественно возникает как осложнение хронического гнойного среднего отита — эптитимпанита, при проникновении инфекции во внутреннее ухо вследствие разрушения костного лабиринта остеомиелитическим процессом, может быть осложнением острого среднего отита, менингококкового и туберкулезного менингита. По длительности и характеру течения выделяют острый, подострый, хронический ЛБ; по характеру патологического процесса — ограниченный и разлитой, серозный, гнойный и некротический. Наиболее тяжело протекают диффузный гнойный и некротический ЛБ, при которых наиболее вероятно полное выпадение слуховой и вестибулярной функций, развитие внутричерепных осложнений. При ЛБ больные жалуются на системное головокружение, сопровождающееся тошнотой, рвотой, расстройством походки. При диффузном ЛБ головокружение ярко выражено и постоянно. У больных ограниченным ЛБ при сформировавшейся фистуле лабиринта головокружение возникает при туалете уха, надавливании на козелок или при воздействии сильных звуков. Лечение ЛБ комплексное, в основе которого лежат активная системная антибактериальная терапия, saniрующая операция на ухе.

Болезнь Меньера

БМ — собирательное понятие, которое охватывает как клинические, так и теоретические вопросы медицины. Вариабельность клинических проявлений и гипотез, выражающих этиологию и патогенез БМ, нашла отражение в множестве ее классификаций.

В частности, согласно классификации, заболевания выделяют по:

I. Типичной форме (характеризуется наличием типичной триады признаков, описанных Меньером: шум в ухе, снижение слуха, головокружение и расстройства равновесия, вегетативные расстройства) и атипичной форме (проявления отдельных признаков триады).

II. Симптоматической и асимптоматической формам.

III. Врожденную, приобретенную и идиопатическую формы.

Согласно клинической классификации по течению болезни выделяют:

- приступ;
- острый период;
- ремиссию.

В этиологии БМ важная роль несомненно принадлежит эндолимфатическому гидропсу, для выявления которого больному проводят электрокохлеографию. Гидропс лабиринта развивается вследствие гиперпродукции эндолимфы, гидродинамических расстройств и недостаточной резорбции жидкости в эндолимфатическом мешке. Имеют значение также нарушения обмена веществ, расстройства кровообращения, нарушение вегетативной иннервации сосудов внутреннего уха, дисфункция эндокринной системы.

Клиническая картина классической формы БМ характеризуется приступами системного головокружения, сопровождающегося тошнотой и многократной рвотой, снижением слуха (как правило, на одно ухо), ушным шумом, ощущением заложенности или давления внутри уха. В момент приступа больной занимает вынужденное положение, чаще лежа с закрытыми глазами. Яркий свет и громкие звуки усугубляют состояние. Приступ головокружения может начаться без видимой причины — даже во время сна, но часто его провоцируют факторами являются переутомление, ОРВИ, сильное высмаркивание, воздействие резких звуков, неприятных запахов. У большинства пациентов четко прослеживается фазность заболевания: чередование приступов с периодами ремиссии, продолжающейся в течение нескольких месяцев и даже лет, когда состояние пациента улучшается, возвращается способность к полноценному выполнению профессиональных обязанностей. При тяжелой форме приступы могут повторяться ежедневно по несколько раз в день (*status meniericus*).

Нарушения слуха при БМ имеют отличительные черты, которые со-

ставляют понятие “тугоухость при эндолимфатическом гидропсе”: аудиологически выявляется приблизительно равномерное повышение порогов слуха по всему диапазону частот при воздушном и костном звукопроведении; преимущественно низкочастотная потеря слуха на ранних стадиях заболевания; флюктуирующий характер (непостоянство) остроты слуха. Эти нарушения проявляются субъективно и подтверждаются результатами аудиометрии. Выраженность ушного шума и заложенности уха также непостоянны: они усиливаются перед приступом, достигают максимума во время приступа и заметно уменьшаются в период ремиссии.

Лечение БМ сводится к мероприятиям по купированию приступов и долгосрочному лечению (консервативному и хирургическому). Лечебные мероприятия во время приступа направлены на уменьшение тошноты, прекращение рвоты, снятие головокружения. Больному показаны покой, прием гормональных, вертиголитических и противорвотных средств, а также препаратов, содержащих атропин. В межприступном периоде проводит психолого-социальное консультирование больного, назначают препараты, улучшающие микроциркуляцию лабиринта (бетагистин в суточной дозе 48 мг 3 раза в течение 1–3 месяцев). Используют диуретики, которые при кратковременном применении уменьшают объем

эндолимфы, оказывая тем самым положительное воздействие на течение заболевания. Своевременная отмена препаратов, подавляющих вестибулярную функцию в процессе купирования приступов головокружения, способствует формированию адаптации и компенсации вестибулярной системы. Важным лечебным направлением является вестибулярная реабилитация, осуществляемая с помощью лечебной физкультуры и упражнений на компьютерных стабилметрических комплексах. При БМ противопоказаны прием алкоголя, курение, переутомление, работа в ночное время, на высоте и с движущимися предметами. Хирургическое лечение БМ (резекцию барабанной струны и барабанного сплетения, дренирование эндолимфатического мешка, декомпрессионные операции на сферическом мешочке и перепончатой улитке, лабиринтэктомию) в большинстве случаев проводят при неуспехе консервативной терапии.

Вертеброгенные вестибулярные нарушения

Вертеброгенные вестибулярные нарушения обусловлены гемодинамическими расстройствами в системе вертебробазилярного бассейна, сопровождаются вазомоторными вегетативно-ирритативными проявлениями (головокружением, ушным шумом, тошнотой, синкопальными приступами, пресинкопальными

состояниями), зрительными расстройствами (нечеткостью, затуманиванием зрения), а также болевым синдромом (цервикалгией, отраженными болями, радикулопатией). При наличии патологических изменений краниовертебрального сегмента могут наблюдаться мозжечковые симптомы (неустойчивость в позе Ромберга, плохое выполнение координационных проб, адиадохокнез). Почти в 50 % случаев у пациентов с шейным остеохондрозом имеют место вегетативные нарушения (вестибуло-вегетативнососудистый, вестибуло-кардиальный и вестибуло-абдоминальный синдромы) [6]. Характерным признаком вертеброгенного вестибулярного синдрома является нарушение равновесия, усиливающееся при повороте головы, подтверждающееся результатами стабилографического исследования [7].

Приступы системного головокружения, обусловленные врожденной патологией краниовертебральной области (аномалией Киари), являются составляющей типичной клинической картины, которая характеризуется также ощущением тяжести в голове, головной болью в затылочной области, неустойчивостью, ушным шумом, снижением чувствительности роговицы и слизистой оболочки носа, частым нарушением обоняния и вкуса. Симптоматика аномалии Киари патогенетически обусловлена сдавлением каудальных отделов спинного мозга, позвоночной и

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

ЖУРНАЛ “ФАРМАТЕКА” ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ВЕДУЩИХ РЕЦЕНЗИРУЕМЫХ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛОВ И ИЗДАНИЙ, В КОТОРЫХ ПУБЛИКУЮТСЯ (НА БЕСПЛАТНОЙ ОСНОВЕ) ЗНАЧИМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИЙ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА НАУК

Обращаем ваше внимание на необходимость указывать на титульном листе статьи следующие сведения:

- 1) название статьи;
- 2) фамилию, инициалы; полное название учреждения и отдела (кафедры, лаборатории), в котором выполнена работа.

Согласно требованиям ВАК, для публикации в журнале необходимо предоставлять сведения о каждом авторе:

- 1) фамилию, имя, отчество;
- 2) должность;
- 3) полный почтовый служебный адрес и e-mail;
- 4) номер служебного телефона и факса.

ПРИ ПОДГОТОВКЕ СТАТЬИ СЛЕДУЕТ СОБЛЮДАТЬ ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ, РАЗМЕЩЕННЫЕ НА САЙТЕ ЖУРНАЛА

WWW.PHARMATECA.RU

мозжечковой артерий смещенными миндалинами мозжечка более чем на 3 мм ниже линии Чемберлена.

В обследовании пациентов с вертеброгенными КВР большое значение имеют результаты ультразвукового исследования брахиоцефальных сосудов, МРТ шейного отдела позвоночника. Лечение должно быть комплексным, включающим медикаментозную терапию (препараты, улучшающие церебральную гемодинамику, антиоксиданты, витамины, биогенные стимуляторы), курсовой массаж шейно-воротниковой зоны и надплечий, мануальную терапию, лечебную гимнастику, корпорально-аурикулярную акупунктуру.

Акустическая невринома

Головокружение может быть связано с онкологическими заболеваниями [8]. В первую очередь, особенно при односторонних кохлеовестибулярных нарушениях, необходимо своевременно диагностировать или исключить невриному VIII нерва (акустическую неврину) — доброкачественную неврогенную опухоль мостомозжечкового угла с неблагоприятным клиническим течением. Опухоль чаще встречается у лиц 30–60-летнего возраста (при соотношении женщин и мужчин 3 : 2), не описана у детей до периода полового созревания. Приблизительно в 2 % случаев имеет место клинически скрытое течение акустической невриномы. Крайне важна своевременная диагностика, основанная на выявлении таких ранних симптомов акустической невриномы, как шум в ушах (причем больные часто не в состоянии определить, в каком ухе они ощущают шум), и прогрессирующей односторонней высокочастотной нейросенсорной тугоухости. Приблизительно в половине случаев достаточно рано появляются неустойчивость и нарушения равновесия, однако выражены они неярко, поскольку медленный рост опухоли позволяет сформироваться центральным компенсаторным процессам. Головокружение постоянное, без вегетативных проявлений. Выявляется спонтанный нистагм,

характерно снижение, а позднее — выпадение вкуса на передних 2/3 языка на стороне поражения и нарушение слюноотделения. При подозрении на акустическую неврину показано проведение МРТ головного мозга с внутривенным контрастированием, что позволяет диагностировать опухоль размером в несколько миллиметров. Лечение невриномы хирургическое, в условиях нейрохирургического стационара.

Принципы лечения вестибулярных нарушений

Несмотря на многочисленные исследования и достигнутые успехи, проблема лечения и реабилитации больных, страдающих головокружением, до настоящего времени не утратила актуальности. Важным аспектом проблемы лечения головокружения является терапия ангиогенных периферических КВР, в этиологии которых ведущая роль отводится нарушению кровоснабжения лабиринта за счет ишемии, микроциркуляторных расстройств, изменений реологических свойств крови, атеросклероза [2, 4, 9]. Церебральные сосудистые заболевания приводят к ишемии, нарушению трофики и метаболизма рецепторов внутреннего уха. Нарушение регуляции сосудистого тонуса, атеросклеротические изменения сосудистой стенки вызывают гемодинамически обусловленную гипоксию лабиринта и как следствие — клинические проявления в виде снижения слуха, ушного шума, головокружения. КВР рассматриваются как одна из форм (нередко как инициальное проявление) сосудистых поражений головного мозга [9, 10]. Это положение приобретает особую значимость применительно к проблемным возрастным группам (период климакса, пожилой и старческий возраст), которым свойственны коморбидность, изменение соотношения выраженности соматического и вегетативного компонентов вестибулярных реакций. Хорошо известно положение о влиянии состояния эндокринной системы на функцию слухового и вестибулярного анализаторов. По мнению ряда исследо-

вателей, гормональные изменения, присущие климаксу, нередко служат фоном, на котором развивается гидропс лабиринта, наблюдается манифестация БМ или учащение приступов [11]. Старшим возрастным группам свойственны нарушения углеводного обмена, гиперлипидемия, вызывающие гемодинамические нарушения в лабиринте и как следствие — головокружение [12].

Основа лечебных мероприятий ангиогенных КВР — это фармакотерапия, включающая применение препаратов, улучшающих церебральный кровоток, нормализующих вестибулярную возбудимость и внутрилабиринтное давление, устраняющих вегетативный дисбаланс и повышенную тревожность. Доказано и этиопатогенетически обосновано длительное использование препаратов, улучшающих кровоснабжение внутреннего уха [13], поэтому выбор оптимального препарата должен быть основан на соответствии его таким требованиям, как достоверно доказанная клиническая эффективность, хорошая переносимость, неинвазивность, удобные формы выпуска и режим дозирования, минимальное число противопоказаний и данных о нежелательном лекарственном взаимодействии.

Применение препарата Вазобрал

В неврологической и оториноларингологической практике для терапии больных, страдающих ангиогенными вестибулярными расстройствами, широко применяется зарегистрированный в России препарат Вазобрал (Кьези, Франция), в состав которого входят α-дигидроэрготриптин и кофеин. Действие Вазобрала основано на его активности в отношении α1- и α2-адренорецепторов сосудов, способности оказывать стимулирующее воздействие на дофаминергические и серотонинергические рецепторы центральной нервной системы [14].

В ходе экспериментального исследования Le Poncin M. и Fiapin J. (1989) установлено, что Вазобрал улучшает энергетический потенциал нейронов коры больших полушарий

головного мозга [15]. Он повышает концентрацию АТФ и АДФ, улучшает реологические свойства крови за счет антиагрегантного эффекта, снижает проницаемость и ломкость капилляров, обладает вазодилатационным эффектом [16]. Важно, что Вазобрал не вызывает постуральной гипотензии и не обладает негативным влиянием на уровень артериального давления. Кофеин оказывает умеренное стимулирующее действие на кору головного мозга, сосудодвигательный и дыхательный центры, активизирует физическую и умственную работоспособность. Оптимальное сочетание α -дигидроэрготриптина и кофеина обеспечивает препарату Вазобрал максимальную эффективность без увеличения дозы основного действующего компонента. Способность Вазобрала повышать энергетический потенциал коры больших полушарий, улучшать церебральный кровоток и снабжение кислородом нейронов обосновывает целесообразность его применения при КВР и БМ, осложненных нарушениями мозгового кровообращения, сенильными поведенческими и психическими расстройствами, вегетососудистыми заболеваниями, сосудистыми ретинопатиями [17, 18].

Препарат имеет две удобные формы выпуска: таблетки и раствор для приема внутрь. Таблетка содержит 4 мг α -дигидроэргокриптина и 40 мг кофеина. Для приема внутрь 1 мл раствора содержит 1 мг α -дигидроэргокриптина и 10 мг кофеина. Рекомендуемая дозировка в среднем составляет 1–2-мерные пипетки емкостью 2 мл после разбавления в небольшом количестве воды или 1/2–1 таблетка 2 раза в сутки во время еды. Длительность приема Вазобрала – 2–3 месяца.

Достоверно доказана хорошая переносимость и безопасность Вазобрала, о чем свидетельствуют клинические исследования по оценке результатов лечения около 6000 больных [17]. Побочные эффекты регистрируются крайне редко: менее чем у 3 % пациентов отмечаются незначительные диспепсические нарушения, у 1 % – побочные эффекты со стороны нервной системы (головная боль, возбуждение, головокружение), в отдельных случаях (0,1 %) констатируются сердечно-сосудистые нарушения (тахикардия, артериальная гипотензия) и кожные аллергические реакции.

Данные о лекарственном взаимодействии Вазобрала в целом благоприятны. Однако необходимо принимать во внимание, что входящий в его состав кофеин может ослаблять действие снотворных препаратов.

Представляют интерес исследования по изучению возможностей применения Вазобрала в гериатрической практике. Работа Pautas С. и соавт. (1985) показала увеличение на 280 % числа функционирующих капилляров через 2 часа после приема Вазобрала [19]. Khalil R. и соавт. (1990) установили, что Вазобрал улучшает память независимо от вспомогательных и неспецифических факторов, связанных с умственной деятельностью [20]. Шпрах В.В. и соавт. (1996) в клинико-лабораторном исследовании на фоне лечения Вазобралом продемонстрировали положительную динамику таких симптомов, как головокружение, головная боль, повышенная утомляемость, раздражительность, нарушение сна у пациентов с начальной стадией атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии [2]. Использование препарата Вазобрал в течение 2–3

месяцев в стандартной дозировке при периферических и центральных КВР позволило добиться достоверных позитивных изменений остроты слуха, выраженности ушного шума и состояния вестибулярной функции в среднем у 80 % пациентов [22].

Повышает эффективность применения препарата Вазобрал его использование в комплексной терапии: комбинация с антиагрегантами и ноотропными препаратами в лечении периферических КВР у больных церебральным атеросклерозом, венозной недостаточностью, нарушением внимания, памяти, ориентации в пространстве [23]; сочетание с курсом вестибулярной реабилитации на стабิโลграфических (постурографических) комплексах при периферических КВР сосудистого генеза [24].

Больному, страдающему головокружением, рекомендуется избегать провоцирующих факторов: длительного пребывания на открытом солнце или в душном помещении, зрительной нагрузки, вождения автомобиля, переедания, употребления спиртных напитков.

Заключение

Таким образом, эффект лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий при головокружении напрямую зависит от своевременности и точности постановки клинического диагноза, учета индивидуальных особенностей пациента, рациональности использования лекарственных препаратов и немедикаментозных мероприятий: вестибулярной тренировки на стабילו- (постурографическом) комплексе, рефлексотерапии, гипербарической оксигенации, гирудо-, мануальной терапии, лечебной физкультуры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Butkovic-Soldo Vertigo from neurologist's point of view. 40-th International Danube Symposium for Neurological Sciences and Continuing Education. Sinaia 2008:12.
2. Бабияк В.И., Базаров В.Г., Ланцов А.А. К проблемам вестибулярной патологии // Новости оториноларингологии и логопатологии. 2000;2(22):67–73.
3. Морозова С.В. Особенности медикаментозной терапии периферических кохлео-вестибулярных расстройств в возрастном аспекте // Справочник поликлинического врача. 2007. № 8. С. 36–40.
4. Дикс М.Р., Худ Дж.Д. Головокружение. М., 1989. С. 220–242.
5. Toupet M, Bensimon JL. Vertige positionnel central ou vertige positionnel paroxystique benin atypique. In: Vertiges 2005. Massan 2006:99–1188.
6. Яковлев Н.А. Шейный остеохондроз: основные неврологические проявления.

- М., 1997. 415 с.
7. Слива С.С., Кондратьев И.В., Ороева О.В. Компьютерный стабиллографический тренажер на основе стабиллографа СТ-02 / II Всероссийская конференция по биомеханике памяти Н. А. Бернштейна. Тезисы докладов. Н. Новгород. 1994. Т. 2. С. 90–91.
 8. Благовещенская Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы. М., 1990. 190 с.
 9. Кунельская Н.Л., Камчатов П.Р., Гулиева А.Э. Кохлеовестибулярные нарушения, обусловленные дисциркуляторной энцефалопатией // Российская оториноларингология. 2008. № 1. С. 304–09.
 10. Бойко А.Н., Сидоренко Т.В., Кабанов А.А. Хроническая ишемия мозга (Дисциркуляторная энцефалопатия) // *Consilium medicum*. 2004. № 8. С. 23–25.
 11. Сметник В.П., Кулакова В.П. Руководство по климактерию. М., 2001. 685 с.
 12. Урюпова Г.Н. Головокружение как синдром у лиц пожилого возраста // *Новости оториноларингологии и логопатологии*. 2000. № 3 (23). С. 202.
 13. Hammi H, Perrotin P, Boynand M. Dihydroergocryptine in microcirculatory disease: clinical evaluation and assessment by plethysmography with cooling. *Gaz Med Fr* 1985;92:49–42.
 14. Boissier JR. General pharmacology of ergot alkaloids. *Pharmacology* 1978;16(Supp. 1):12–16.
 15. Le Poncin M, Fiapin J. Simultaneous evaluation of mnesia retentijn, cerebral blood flow and brain metabolism following quantitative microembolization in an rat. Poster at the XIVth symposium on cerebral blood flow and metabolism, Bologne, Italy, 1989.
 16. Pech A, Cannoni M, Zanaret M. Etude de l'activite therapeutique du Vasobral en pathologie ORL. *J Fr Oto-rhino-laryng* 1984;33:149–52.
 17. Babeau P, Serizet A. Essay therapeutique randomise en doubleinsu d'une association de mesylate de Dihydroergocryptine et de cafeine (Vasobral) en medecine ambulatoire dans les troubles psycho-comportementaux de la senescence. *Sem Hop Paris* 1986;62:1137–42.
 18. Cahn R, et al. Vulnerabilite neuronale selective de l'hippocampe au cours de l'ischemie cerebrale chez la getbille etude de la Dihydroergocryptine. *Hesuscitation* 1989;18(1):37–38.
 19. Pautas C, Lacaze F, Legeai J. Effects of Dihydroergocryptine on platelet and erythrocyte aggregation in relation to its adrenergic activity. *IFICS Med Sci* 1985;13:863–65.
 20. Khalil R, Viallet F, Szimanski-Lientaud J. Psychometric investigation of the effects of Vasobral on structural memory factors. *La Vie Medicate* 1990;6:232–40.
 21. Шпрах В.В., Молоков Д.Д., Татаринова М.Б. и др. Вазобрал в лечении начальной атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1996. Т. 2. № 96. С. 39–40.
 22. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Тимербеева С.Л. и др. Эффективность Вазобра-ла в лечении кохлеовестибулярных нарушений сосудистого генеза // *Клиническая фармакология и терапия*. 1997. № 6(3). С. 92–94.
 23. Ледаев М.Я., Мельникова Г.И., Санжаровская Н.К. и др. Опыт применения Вазобра-ла в лечении кохлеовестибулярных расстройств // *Новости оториноларинго-логии и логопатологии*. 1998. № 4 (16). С. 37.
 24. Морозова С.В. Лекарственная терапия периферических кохлеовестибулярных расстройств в климактерическом периоде // *Справочник поликлинического врача*. 2007. № 13. С. 47–50.

Информация об авторе:

Морозова Светлана Вячеславовна — доктор медицинских наук, профессор кафедры болезней уха, горла и носа ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова.

Тел. 8(916)-735-13-63