

НЕ КРУЖИСЬ, ГОЛОВА...



Зачастую мы употребляем это выражение в переносном смысле – голова может закружиться от успеха, от счастья и т.п. Однако в его основе лежит представление о чисто физиологическом явлении, которое в реальной жизни доставляет немало неприятных минут и может быть опасно для здоровья и жизни человека.

О том, что является его причиной и как справиться с этим состоянием, рассказывает врач-невролог высшей категории клиники «Линия здоровья» **Александр Михайлович Раков** (на снимке).

– В широком смысле головокружением могут называться различные состояния, которые самому человеку трудно разграничить. Очень часто в обиходе человек воспринимает как головокружение нарушение координации, в том числе из-за нарушений в работе опорно-двигательного аппарата, затруднение ориентации в пространстве, общую слабость и некоторые другие состояния. Между тем в медицинском смысле истинное или системное головокружение – это ощущение мнимого вращения предметов, неподвижной окружающей среды вокруг человека в различных плоскостях.

Чтобы разобраться в том, как возникает это состояние, нужно понимать, что в процессе определения человеком своего тела в пространстве совокупно принимают участие четыре системы. Так, для координации своего тела мы обязательно должны чувствовать пол под ногами – это так называемая проприоцепция, включающая с себя ощущение опоры. Также важен контроль своего положения при помощи зрения. Огромную роль играет такая система, как периферическая часть вестибулярного анализатора, находящаяся во внутреннем ухе и оценивающая положение тела в пространстве с помощью специальных рецепторов. А головной мозг является центральной частью вестибулярного анализатора, которая собирает все сигналы от других систем и выдает обобщенный результат. Если «картинка» в мозге совпадает с теми стимулами, которые поступают от всех других анализаторов, ощущение головокружения не возникает. Соответственно, если случается «поломка» на любом этапе восприятия, может возникнуть неблагоприятное состояние, ощущаемое человеком как головокружение. Причиной может стать, например, полинейропатия нижних конечностей, нередко возникающая при заболевании сахарным диабетом – при этом человек не ощущает опоры под ногами, и ему кажется, что у него кружится голова. Похожая ситуация может возникнуть при заболеваниях органов зрения, когда снижение остроты зрения не позволяет человеку полноценно сориентировать себя в пространстве. И, конечно, нарушения различной тяжести могут возникать при патологии периферической части ве-

стибулярного анализатора или самого головного мозга.

И чтобы определить истинные причины ощущения головокружения у пациента, нужно оценить функционирование всех этих систем. **Сложность состоит в том, что это, как правило, невозможно сделать по какому-то одному исследованию.** Так, многие люди ошибочно считают, что, сделав МРТ или КТ головы, они предоставляют врачу полную информацию о своем состоянии. Однако, например, определенные нарушения во внутреннем ухе по этим исследованиям выявить невозможно. Именно поэтому при диагностике важнейшую роль играют детальный опрос пациента о характеристиках его головокружения и сопоставление этих сведений с клиническими данными, что позволяет установить диагноз и назначить соответствующее лечение.

По сути, первое, что должен сделать врач, – это выяснить, действительно ли у человека кружится голова. Повторюсь, понимание состояния головокружения может различаться у самого человека и врача.

К слову, как и в случае с головной болью, вокруг головокружения создано немало мифов – так, в обиходе принято обвинять в его возникновении «плохие сосуды» или остеохондроз. На практике всё это к истинному головокружению никакого отношения не имеет. Остеохондроз – это отражение естественного старения позвоночника (как, например, морщины на лице – свидетельство старения кожи). Оставим право установки этого диагноза рентгенологам. А «проблемы с сосудами» – это, не побоюсь выражения, свалка, общее понятие, которое чаще всего не отражает сути происходящего. К сожалению, подобные «диагнозы» ставят не только люди себе и другим, но и недостаточно грамотные специалисты пациентам...

Что же касается истинного головокружения, наиболее частой его причиной, с которой мы сталкиваемся на практике, является **доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ)**. Оно возникает при изменении положения тела и головы в пространстве, приступ длится, как правило, до минуты и при нахождении в покое прекращается. Однако любое следующее изменение положения вызывает следующий приступ. Типичный пациент с позиционным головокружением – это женщина в возрасте старше 60 лет, которая во время сна или после него поворачивается в постели, после чего возникает интенсивное головокружение с ощущением вращения окружающих предметов. Приступы ДППГ могут сопровождаться вегетативными симптомами – тошнотой, рвотой, повышением артериального давления. Более того, единожды проявившись, приступы могут повторяться в дальнейшем.

И тут ни при чем ни сосуды, ни состояние головного мозга. Истинная причина кроется во внутреннем ухе (многие люди даже не знают о наличии у них такого органа) – периферической части вестибулярного анализатора. Попробую объяснить упрощенно, на пальцах, что происходит. У нас во внутреннем ухе есть парные полукружные каналы – трубочки, заполненные жидкостью, отвечающие за восприятие углового ускорения. Эта жидкость при движении воздействует на определенные рецепторы, и каждое изменение положения головы в пространстве «оценивается» в центральной части вестибулярного анализатора – головном мозге. При

правильной работе этой системы сигналы от полукружных каналов справа и слева должны поступать в головной мозг синхронно. В непо-средственной анатомической близости к полукружным каналам расположен отолитовый аппарат, содержащий отолиты – микроскопические кристаллы карбоната кальция. Он отвечает за восприятие линейного ускорения при беге, передвижении в лифте и т.п. И вот эти «камушки» могут в определенных условиях попадать в полукружные каналы – как правило, в один из них – и мешать нормальному передвижению жидкости внутри канала. При движении головой получается, что в мозг приходят разные сигналы – один нормальный, а второй с задержкой. Соответственно, мозг не может «понять», где реально находится тело, и пытается выправить ситуацию при помощи очень быстрых движений глазами, так называемого нистагма. Это и становится причиной ощущения вращения окружающих предметов. При неподвижности за 30–60 секунд движение жидкости в полукружных каналах останавливается, приступ прекращается, с тем чтобы возобновиться при следующем движении головы.

При этом, зная механизм возникновения ДППГ, мы не можем заранее предсказать ни того, случится ли у человека подобный приступ, ни того, будет ли он повторяться в дальнейшем. Есть люди, которые никогда не встретятся с этим состоянием, а есть те, у кого приступы могут стать регулярными.

Что печально, ДППГ – очень четко выявляемое при помощи специальных диагностических проб, но наиболее часто «пропускаемое» в амбулаторном звене заболевание. Мне приходилось сталкиваться с пациентами, которые по несколько месяцев или лет лечатся от мнимых причин головокружения, таких как остеохондроз, «сосуды», ВСД, получая литры бесполезных ноотропных препаратов внутривенно. Между тем причина их состояния – механическая, и никакой таблеткой с ней не справиться. И около 80% таких пациентов можно эффективно помочь уже на первом приеме при помощи лечебных маневров – комплекса движений, направленных на извлечение отолита из полукружного канала. Увы, большинство коллег, работающих в амбулаторном звене (неврологов, отоларингологов) не владеют методиками этих проб и маневров или не могут их применять из-за ограниченности времени приема.

Кстати, помимо специфического лечения, пациентам с приступами ДППГ рекомендовано самостоятельное выполнение определенного комплекса упражнений – **вестибулярная гимнастика**. Впрочем, она показана при любом виде головокружения.

Более сложным по своему патогенезу является **персистирующее постурально-перцептивное головокружение (ПППГ)**, также называемое ранее психогенным. Как правило, оно возникает, когда у человека есть предшествующий опыт какого-либо другого вида головокружения, которое неправильно диагностировали и лечили. Например, пациенту не объяснили причин приступа ДППГ или ошибочно лечили от предынсультного состояния, и у него возникло ощущение опасности этого симптома для жизни. В дальнейшем он начинает опасаться любого головокружения, ограничивать себя в движении, особенно головой, появляется страх открытого пространства, а головокружение может усиливаться при активном движении

людей и предметов вокруг человека, например, на улице или в транспорте. Диагностика ПППГ затруднена, поскольку позиционные пробы ничего не выявляют, а большее значение приобретает фобический компонент. В этом случае помимо вестибулярной реабилитации есть польза от лечения малыми дозами антидепрессантов.

Нередко встречается и **головное головокружение, ассоциированное с мигренью**. Напомним основные характеристики мигрени: 5 приступов за жизнь головной боли средней или высокой интенсивности длительностью от 4 до 72 часов, чаще односторонней и пульсирующей характера, сопровождается в различной комбинации свето- и звукобоязнью, повышенной чувствительностью и изменением восприятия привычных запахов, тошнотой, может усиливаться при физической активности или требовать ее прекращения. При этом приступы могут сочетаться с головокружением, или головокружение может заменять головную боль при сохранении других симптомов. В этих случаях мы можем говорить о вестибулярной мигрени, причем у некоторых пациентов она может приобретать самостоятельное значение. Тут необходим тщательный сбор анамнеза пациента по головной боли и, в случае выявления связи головной боли и головокружения, дальнейшее лечение мигрени по существующим методикам, что позволяет эффективно справиться с головокружением.

Головокружение может также быть симптомом **вестибулярного нейронита** – поражения восьмой пары черепных нервов как следствие перенесенного вирусного заболевания или имеющего инфекционно-аллергическую природу. При этом заболевании головокружение истинное, выраженное, с тошнотой, рвотой, нарушением координации движений и постепенно регрессирует в течение одной-двух недель.

При **болезни Меньера** (заболевании внутреннего уха невоспалительного характера) головокружение сопровождается шумом в ушах и флукурирующим, чаще односторонним снижением слуха на низкие частоты. Приступ головокружения может длиться от 20 минут до 12 часов. Если у пациента заподозрили болезнь Меньера, ему обязательно должна быть проведена тональная пороговая аудиометрия.

Безусловно, к головокружению могут приводить и **органические поражения головного мозга**, например, при инсульте, новообразованиях и т.п. Но, например, в случае инсульта для приступа характерны резкое начало, независимость от положения тела, также у пациента будут присутствовать другие неврологические симптомы – нарушения речи и координации, несимметричность лица и т.п. Достаточно редко встречаются головокружения, ассоциированные с рассеянным склерозом, нарушением ритма сердца и другими заболеваниями.

Также головокружение может вызывать прием некоторых лекарственных препаратов – эту связь обязательно должен учитывать и выяснять врач.

В целом же, диагностика и лечение головокружений – весьма непростое дело и требует от врача обширных теоретических и практических знаний.

И если у человека случаются приступы головокружения, которые мешают полноценно жить, ему обязательно необходимо обратиться к специалисту. Принцип «Само пройдет» в отношении здоровья не работает!