



## Может ли быть головокружение изолированным симптомом инсульта?

*В неврологической практике встречаются пациенты с симптомами, требующими дифференциальной диагностики и персонализированного лечения. В рамках симпозиума прозвучали доклады ведущих российских экспертов, посвященные практическим аспектам ведения неврологических больных в клинической практике. Доктор медицинских наук, профессор, руководитель центра диагностики и лечения головной боли кафедры неврологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, заведующий лабораторией нейрофизиологии и фармакологии боли Института фармакологии им. А.В. Вальдмана Александр Витальевич АМЕЛИН рассказал о диагностике и лечении пациентов с головокружением.*

В клинической практике встречаются пациенты с субъективными жалобами на головокружение неясной этиологии. В подобных случаях первостепенная задача врачей-неврологов – правильно определить причину и характер головокружения. Нередко пациентам с жалобами на головокружение необоснованно ставят диагноз субарахноидального кровоизлияния или острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Действительно, изолированное вестибулярное головокружение может указывать на ишемические изменения в стволе мозга. В головном мозге нет свободного пространства, повреждение которого могло бы остаться незамеченным для центральной нервной системы. Однако частота выявления изолированного головокружения у пациентов с подозрением на инсульт зависит от ряда факторов, в частности профессионализма медицинских специалистов и особенностей диагностики. Потенциальной причиной головокружения может быть любое вестибулярное расстройство. В зарубежном исследовании среди причин головокружения у 1666 пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, только в 3% случаев подтвердились ОНМК или транзиторная ишемическая атака (ТИА). У 97% больных

причиной головокружения была периферическая вестибулопатия<sup>1</sup>. В отечественном исследовании с участием 213 пациентов, госпитализированных по поводу острого вестибулярного головокружения, инсульт диагностировали у 21,6%. У 78,4% пациентов причиной головокружения была периферическая вестибулопатия<sup>2</sup>. По мнению экспертов Европейской организации по изучению инсульта, изолированное системное головокружение, не сопровождающееся очаговыми неврологическими симптомами, в большинстве случаев является признаком поражения периферических отделов вестибулярной системы. Остеохондроз шейного отдела позвоночника, изгиб одной или обеих позвоночных артерий, обнаруженный при ультразвуковом исследовании сосудов шеи, не считаются исчерпывающим основанием для заключения о недостаточности вертебрально-базилярного кровообращения. Профессор А.В. Амелин охарактеризовал клинические особенности нарушения кровообращения в вертебрально-базилярной системе. Он отметил, что полиморфизм клинических проявлений при недостаточности вертебрально-базилярного кровотока обязателен.

Кроме того, нарушения кровообращения в вертебрально-базилярной системе отличает характерный симптомокомплекс:

- зрительные и глазодвигательные расстройства;
- нарушения координации движений, равновесия;
- расстройства чувствительности на лице;
- расстройства речи;
- транзиторная глобальная амнезия, элементы афазии.

Наличие не менее двух из перечисленных симптомов и пароксизмальность симптоматики в виде ТИА свидетельствуют о развитии истинной недостаточности мозгового кровообращения. Обычно нарушения кровообращения формируются в бассейне задней нижней, передней нижней, а также верхней мозжечковой артерии.

При инсульте в бассейне задней нижней мозжечковой артерии (синдром Валленберга – Захарченко) головокружение – частый симптом. Данная патология характеризуется такими симптомами, как онемение половины лица, бульбарный синдром, синдром Горнера, ипсилатеральная динамическая атаксия, контралатеральная гемипарезия. Нарушения кровообращения в бассейнах передней нижней и верхней моз-

<sup>1</sup> Kerber K.A., Brown D.L., Lisabeth L.D., et al. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study. *Stroke*. 2006; 37 (10): 2484–2487.

<sup>2</sup> Парфенов В.А., Абдулина О.В., Замерград М.В. Дифференциальный диагноз, прогноз и лечение острого вестибулярного головокружения. *Неврологический журнал*. 2007; 6: 21–25.



## II Всероссийский открытый неврологический дискуссионный форум PATIENT CASES (Санкт-Петербург)

жечковой артерий тоже проявляются головокружением и сопутствующими симптомами.

В многочисленных исследованиях показано, что изолированное головокружение у пациентов с инсультом наблюдается редко. В частности, по данным российских исследователей, из 46 больных, госпитализированных по экстренным показаниям по поводу головокружения, только у двух пациентов с инсультом отмечалось изолированное головокружение. У остальных 44 больных головокружение сопровождалось сопутствующими симптомами<sup>3</sup>.

При небольших инфарктах, поражающих узелковые зоны мозжечка или островковую область головного мозга, головокружение может развиваться в отсутствие других сопутствующих симптомов<sup>4</sup>.

Докладчик отметил, что клиническое обследование больных с острым головокружением позволяет дифференцировать инсульт от периферической вестибулопатии почти в 100% случаев. При этом клиническое обследование информативнее, чем инструментальное с использованием магнитно-резонансной томографии. Трехступенчатая оценка глазодвигательных реакций считается более чувствительным методом диагностики инсульта, чем инструментальные методы.

Дифференциальную диагностику инсульта и периферической вестибулопатии осуществляют на основании результатов теста поворота головы (тест Хальмаги), оценки параметров нистагма и выявления скрытого вертикального косоглазия, или так называемого торсионного вертикального синдрома

следствие нарушения вестибуло-окулярного рефлекса в стволовых структурах. Как правило, данный синдром верифицируют при латеральном стволовом синдроме Валленберга – Захарченко.

Об инсульте свидетельствуют отрицательная проба Хальмаги, вертикальный или горизонтальный нистагм, который меняет свое направление при изменении взгляда, разное стояние глазных яблок по вертикали (гипофория, гиперфория) в тесте с попеременным прикрыванием одного и другого глаза<sup>5</sup>. Российские ученые подтвердили данные иностранных коллег, что основными причинами острого и персистирующего головокружения в амбулаторной практике являются доброкачественные пароксизмальные позиционные головокружения, синдром (болезнь) Меньера, вестибулярный нейронит, мигрень и др. Инсульт как причина головокружения имел место лишь в 0,8% случаев<sup>6</sup>.

Лечение острых вестибулярных расстройств при инсульте включает три направления: терапию основного заболевания (гипотензивные средства, статины, антиагреганты и проч.), профилактику падений (использование пациентом трости, поручней и т.д.), гимнастику для тренировки поструральной устойчивости, походки.

Сегодня при головокружении различного происхождения препаратами первого выбора считаются комбинированные лекарственные средства центрально-периферического действия, так называемые

вестибулярные супрессанты. На отечественном фармацевтическом рынке представлен современный вестибулярный супрессант с доказанным действием Арлеверт®. Препарат представляет собой комбинацию хорошо известных эффективных средств для лечения головокружения – блокатора медленных кальциевых каналов циннаризина и антигистаминного средства с антихолинергической активностью дименгидрината. Показанием к применению препарата Арлеверт® у взрослых служит симптоматическое лечение головокружения различного генеза.

По словам докладчика, комбинированный препарат Арлеверт® – один из самых популярных в Германии препаратов-вертиголитиков для лечения пациентов с головокружением.

Арлеверт® продемонстрировал максимальную эффективность у пациентов с вестибулярным головокружением периферического, центрального или комбинированного центрально-периферического генеза по сравнению с монотерапией дименгидрином, циннаризином или бетагистином<sup>7,8</sup>.

Подводя итог, профессор А.В. Амелин подчеркнул, что на фоне применения препарата Арлеверт® существенно снижается выраженность головокружения и улучшается качество жизни пациентов.

Эксперт еще раз напомнил участникам симпозиума о необходимости взвешенного подхода к диагностике пациентов с головокружением, основанного на данных клинического обследования. \*

<sup>3</sup> Парфенов В.А., Абдулина О.В., Замерград М.В. Периферическая вестибулопатия под маской инсульта. Неврологический журнал. 2005; 6: 28–32.

<sup>4</sup> Lee H. Isolated vascular vertigo. J. Stroke. 2014; 16 (3): 124–130.

<sup>5</sup> Kattah J.C., Talkad A.V., Wang D.Z., et al. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. Stroke. 2009; 40 (11): 3504–3510.

<sup>6</sup> Замерград М.В. Возрастные аспекты головокружений. Неврологический журнал. 2014; 19 (3): 21–28.

<sup>7</sup> Pytel J., Nagy G., Tóth A., et al. Efficacy and tolerability of a fixed low-dose combination of cinnarizine and dimenhydrinate in the treatment of vertigo: a 4-week, randomized, double-blind, active- and placebo-controlled, parallel-group, outpatient study. Clin. Ther. 2007; 29 (1): 84–98.

<sup>8</sup> Hahn A., Novotný M., Shotekov P.M., et al. Comparison of cinnarizine/dimenhydrinate fixed combination with the respective monotherapies for vertigo of various origins: a randomized, double-blind, active-controlled, multicentre study. Clin. Drug Investig. 2011; 31 (6): 371–383.