

## ЗАПАМОРОЧЕННЯ: ЗОСЕРЕДЖЕНЕ П'ЯТИХВИЛИННЕ РОЗПРАЦЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

Dizziness: a Focused 5-Minute Workup  
Kurt Kroenke  
Consultant 1996; Aug, 1715—1721

*Для виключення декількох серйозних причин запаморочення, як звичайно, достатньо цілеспрямованого анамнезу та фізикального обстеження. Ключовими моментами анамнезу є опис хворим запаморочення своїми словами та подробиці щодо впливу на нього положення тіла. Також корисним діагностичним критерієм є тривалість проміжку запаморочення: короткі приступи більш характерні для вестибулярних розладів. Виміряйте артеріальний тиск та пульс у горизонтальному та вертикальному положеннях пацієнта, щоб виявити ортостатичні розлади, проведіть пробу Голпайка (Hallpike), аускультацию серця та поспостерігайте за хворим під час ходьби та обертання (для виявлення нестійкості ходи). Проба з фіксацією погляду хворого вліво, вправо, вгору та вниз може викликати ністагм (його можуть викликати і різкі оберти головою протягом 10 секунд); цей симптом наводить на думку про вестибулопатію. Лікувальні можливості обмежені; проте у щонайменше двох третин хворих запаморочення минає само по собі через декілька тижнів або місяців.*

*Пацієнт 1.* 63-річний пенсіонер звернувся до вас зі скаргами на періоди запаморочення протягом останніх двох місяців. Він розповідає, що «приступи» тривають приблизно 5 секунд і виникають під час лежання або перевертання в ліжку.

*Пацієнт 2.* 52-річна жінка має випадки запаморочення протягом приблизно п'яти років. Ці епізоди часто змушують її доповзати до ванни, щоб блювати.

*Пацієнт 3.* У 28-річної жінки приблизно місяць тому вперше з'явилися приступи запаморочення. Хвора описує, що вона двічі майже знепритомліла під час таких приступів; також вона описує відчуття більшої втоми, ніж звичайно.

*Пацієнт 4.* 41-річна вчителька має приступи запаморочення протягом більш ніж двох років. Кожний епізод триває кілька хвилин, проте деякі втримуються годинами. Вона почувається так, наче падає, проте власне запаморочення заперечує.

На підставі цих кількох деталей можна попередньо визначити причину хвороби. Перший хворий, цілком імовірно, має доброякісне позиційне запаморочення, симптоми у другій хворій за описом схожі на прояви хвороби Мен'єра. Поєднання запаморочення та втоми у третій хворій вказують на імовірність психічних розладів; а тривалі приступи запаморочення у четвертій хворій наводять на думку (що врешті-решт і підтвердилося) про ідіопатичну причину.

Наскільки широко ви будете обстежувати хворого, який уперше звернувся із симптомами запаморочення? Які питання з анамнезу мають найбільшу діагностичну цінність? Які прості діагностичні тести можна було б провести у вашому кабінеті для підтвердження попереднього діагнозу? І що ви можете сказати хворому про прогноз? Відповіді на ці питання висвітлено в поданій статті.

## Класифікація

Відповідно до відчуттів, які найчастіше описують хворі, запаморочення в загальному класифікують, як один з чотирьох типів:

- ◆ Вестибулярне запаморочення (вертиґо);
- ◆ Серцево-судинне запаморочення (пресинкопе);
- ◆ Сомато-сенсорне запаморочення (порушення рівноваги);
- ◆ Ілюзорне запаморочення.

Вестибулярне запаморочення асоціюється з відчуттям обертання або іншим видом руху. Пресинкопе характеризується відчуттям знепритомлення: відчуття не руху, а наближення втрати свідомості. Сомато-сенсорне запаморочення визначають як відчуття «падіння»; відчуття розладів рівноваги виникають тільки у вертикальному положенні хворого — під час стояння або, що характерніше, під час ходьби. Ілюзорне запаморочення є резидуальною категорією, яка не підпадає під жоден з інших типів класифікації.

Кожен тип запаморочення пов'язаний зі специфічною імовірною причиною. Назва кожного вказує на неї, а ілюзорне запаморочення має психічну або ідіопатичну причину.

**Вестибулярне запаморочення (вертиґо).** Проспективні вивчення засвідчили, що приблизно половина всіх випадків запаморочення може бути класифікована як вестибулярне запаморочення. Хоча вертиґо іноді має центральний ґенез, у більшості пацієнтів, які звертаються до лікаря широкої практики, воно має периферичні причини. До центральних причин належать невринома VIII пари черепномозкових нервів або інші пухлини мозку, транзиторні порушення мозкового кровообігу, інсульт, а також розсіяний склероз.

Більшість випадків периферичного вертиґо належать до одного з трьох специфічних типів: доброякісне позиційне запаморочення, лабіринтит або хвороба Меньєра. Причиною більше половини випадків периферичного вертиґо вважають доброякісне позиційне запаморочення. Цей діагноз майже у всіх випадках встановлюється клінічно.

**Анамнез.** Для визначення відмінностей між трьома типами периферичного запаморочення, як звичайно, достатньо одного анамнезу. У випадку лабіринтиту запаморочення утримується кілька днів, а потім минає протягом 1-2 тижнів. При доброякісному позиційному запамороченні такі відчуття епізодичні (наприклад, виникають тільки тоді, коли хворий повертає голову або лягає в ліжку) і тривають протягом кількох секунд. Симптоматика при хворобі Меньєра також вказує на тенденцію до епізодичності, проте приступи тривають годинами та повторюються через період від кількох місяців до кількох років.

Такі відмінності в появі та тривалості приступів призводять до характерної клінічної картини. Лабіринтит, як звичайно, змушує хворого ургентно звернутись до лікаря або навіть викликати швидку допомогу. Про доброякісне позиційне запаморочення, як звичайно, пацієнт згадує, звернувшись з приводу інших скарг — хворі говорять про появу відчуття запаморочення протягом останніх кількох місяців при лежанні в ліжку або при перевертанні. Хвороба Меньєра може проявлятися у формі гострих важких приступів, однак характерною рисою хвороби є їх повторюваність.

**Фізикальне обстеження.** Хоча в переважній більшості випадків позиційне запаморочення є доброякісним і периферичним, проте так є не завжди. Деякі додаткові клінічні ознаки дають можливість визначити ці кілька винятків. Найко-

риснішим простим тестом є проба Голпайка (див. рисунок). При позиційному запамороченні (доброякісному і периферичному) початок запаморочення та поява ністагму затримуються на декілька секунд після зміни положення. Такі реакції швидко минають, як звичайно, в межах 5-10 секунд і часто їх не вдається повторити після двох-трьох повторів зміни положення; у контексті запаморочення такий стан відомий як «втомлюваність».

Коли причина є периферичною, запаморочення, як звичайно, є інтенсивним. Коли ж причина центральна, то ністагм переважно є виразним, однак запаморочення часто є незначним. Окрім того, при центральному запамороченні початок негайний і реакція стійка.

**Серцево-судинне запаморочення (пресинкопе).** Цей феномен трапляється лише в 5% усіх випадків запаморочення і, як звичайно, є симптомом серцево-судинних захворювань. Проте корисно розділяти серцеві та судинні причини, тому що останні є сприятливими та набагато поширенішими. Серцеві причини пресинкопе можуть бути або електричними, або механічними: тахікардія або брадикардія вказують на електричну причину, тоді як обструкція у вихідному відділі шлуночка (проявляється шумом у серці) — на механічну. До сприятливих судинних причин пресинкопе зараховують ортостатичну гіпотензію (причиною якої можуть бути вживання певних ліків або цукровий діабет), інші вегетативні нейропатії та вазовагальний рефлекс.

**Соматосенсорне запаморочення (порушення рівноваги).** Цей третій тип запаморочення є менш відомим, ніж вестибулярне чи серцево-судинне. Подібно до пресинкопе, соматосенсорне запаморочення є відповідальним лише за 5% випадків усіх запаморочень. Якщо пацієнта запитати: «Ви відчуваєте запаморочення в голові чи в ногах?», то у випадку соматосенсорного запаморочення хворий вибере другий варіант. Цей вид запаморочення описують як порушення рівноваги під час руху хворого. Ретельно зібраний анамнез може точно вказати на цей діагноз або ж практичний лікар може зауважити такий стан, спостерігаючи за ходою пацієнта. Соматосенсорне запаморочення свідчить, що рівновага залежить не тільки від вестибулярного апарату, а й від інших чинників, зокрема від органа зору та соматосенсорної системи.

Зміни зорової орієнтації в довкіллі порушують рівновагу. Важкі порушення зору (наприклад, після операції з приводу катаракти) іноді спричиняють запаморочення через втрату зорової орієнтації. Такі зміни є одним з факторів, які треба шукати у хворих з запамороченням.

Соматосенсорну систему залучено до підтримання рівноваги через різні рецептори. Вони включають периферичні нерви на стопах і пропріоцептори суглобів.

Хворі з соматосенсорним запамороченням найчастіше є особами похилого віку. Як і більшість патологічних станів у геріатрії, таке запаморочення, як звичайно, спричинене порушенням більш ніж однієї системи.

Слід пам'ятати, що зміни внаслідок різних хвороб можуть негативно вплинути на рівновагу осіб похилого віку. Перенесений інсульт, периферичні нейропатії, важкий артрит колінного чи кульшового суглобів або розлади ходи при хворобі Паркінсона можуть сприяти втраті рівноваги.

**Ілюзорне запаморочення.** Психічні порушення, безперечно, відіграють роль у виникненні запаморочень; фактично вони є другою за частотою причиною і становлять приблизно 20% випадків. Лікарю широкої практики треба пам'ятати про такі психічні причини: депресія, тривожні стани, соматоформні розлади, наркоманія і стрес. Усі ці порушення складають більше, ніж 80% психічних

захворювань, що трапляються у практиці сімейного лікаря та проявляються різними симптомами.

**Гіпервентиляція та психічні порушення.** Drachman і Hart в їхньому проспективному вивченні 125 хворих із запамороченнями відзначили гіпервентиляцію, як причину 20-25% усіх випадків. Я вважаю гіпервентиляцію скоріше додатковим симптомом, а не причиною, а її виявлення, як звичайно, вказує на основний первинний психічний розлад — загальне збудження, панічні розлади чи депресію. Справді, Drachman і Hart задокументували значні психічні порушення в 15 з 24 хворих, чиї розлади було класифіковано як «гіпервентиляційний синдром».

Гіпервентиляція як діагностична проба викликає запаморочення приблизно у чверті хворих із запамороченнями, але більшість з них мають первинні вестибулярні або психічні розлади, які можна виявити іншими методами. У більшості пацієнтів, у яких запаморочення можна викликати гіпервентиляцією, його можна також викликати й іншими пробами, наприклад: поворот кругом під час ходьби, раптова зупинка або різкий поворот голови. Отже, гіпервентиляція може бути просто неспецифічним подразником, який викликає запаморочення в тих хворих, у яких воно викликається легко.

### **Очікуйте, що є багатофакторний генез**

Запаморочення поліетіологічне в багатьох хворих, а ідіопатичне — в 10% випадків. Визначити поліетіологічну природу запаморочення необхідно для добору оптимального лікування. Згідно з нашими дослідженнями, 13% хворих мали дві однаково важливі причини. Окрім того, третина пацієнтів мали одну основну причину, а також щонайменше одну іншу додаткову, яка мала важливе значення. Тобто приблизно у половини хворих запаморочення було поліетіологічним.

Хворий з поліетіологічним запамороченням може мати одну причину, яка піддається лікуванню, а іншу — яка не лікується. Наприклад, соматосенсорне запаморочення внаслідок порушення ходи, інсульту чи розладів багатьох органів чуття може не піддаватись лікуванню, а такі ускладнюючі фактори, як тривога, депресія чи ортостатична гіпотензія внаслідок прийому ліків — піддаються лікуванню.

Серйозні причини запаморочення трапляються рідко.

**Пухлина.** У нашому дослідженні ста хворих ми не виявили жодних пухлин. Пацієнти з пухлинами можуть відчувати запаморочення, проте це майже ніколи не є основною скаргою, а також, як звичайно, не є ізольованим симптомом. До пухлин ЦНС, що є причинами запаморочення, належать невринома акустичного нерва та пухлини задньої черепної ямки. Такі хворі, як звичайно, мають втрату слуху чи шум у вухах або інші неврологічні симптоми.

**Серцева аритмія.** У хворих з аритмією більш імовірним є справжнє синкопе, ніж пресинкопе, але можливість пресинкопе треба розглядати у пацієнтів з серцевими факторами ризику.

**Цереброваскулярне запаморочення.** Транзиторне порушення мозкового кровообігу було причиною запаморочення тільки в одного хворого в нашому дослідженні. Хоча це не є імовірною причиною в більшості хворих, проте її слід враховувати в старших осіб з факторами ризику цереброваскулярних захворювань.

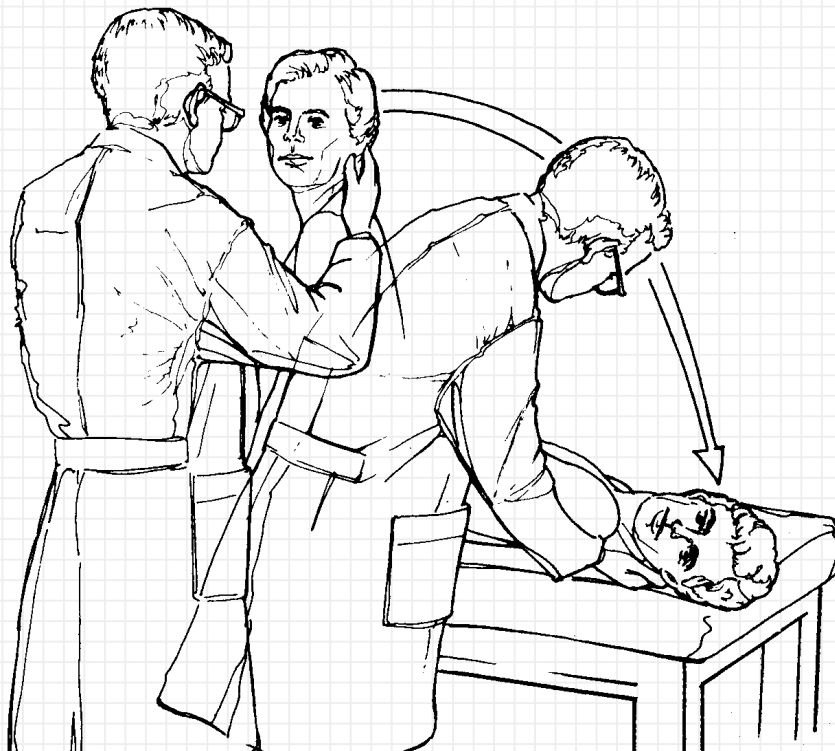
### **Обстеження за 5 хвилин**

Сфокусований 5-хвилинний анамнез і фізикальне обстеження є достатніми для більшості хворих, які скаржаться на запаморочення, незалежно від того, чи це основна скарга, чи симптом, який згадується під час звертання з приводу іншої причини.

### Виконання проби Голпайка

Посадіть хворого на кушетку. Покладіть свою руку на задню поверхню шиї пацієнта, поверніть його голову вбік лицем до себе і швидко покладіть пацієнта на кушетку так, щоб одне вухо було вниз. Допоможіть хворому відновити сидяче положення і повторіть цей маневр з повертанням голови в інший бік і схиленням іншого вуха до поверхні кушетки. Реакція на пробу може бути сильнішою, якщо шию хворого надмірно розігнути (гіперекстензія) над краєм кушетки, проте таке положення не завжди можливе, та й реакція викликається без гіперекстензії у більшості чутливих пацієнтів.

З кожною зміною положення, нахиленням донизу і підніманням, стежте за ністагмом і попросіть хворого повідомляти всілякі суб'єктивні зміни. Класично при доброякісному позиційному запамороченні у хворих викликається реакція тільки в одному положенні, тому що в них уражений тільки один вестибулярний апарат. Проба позитивна приблизно в половини хворих з доброякісним позиційним запамороченням, як звичайно, в тих, у яких симптоми виникли недавно.



**Анамнез.** Попросіть хворого описати запаморочення своїми словами. Такий опис у більшості випадків дає змогу встановити діагноз. Вертиго є діагнозом у 95% хворих, які без підказки лікаря скаржаться на відчуття руху. Специфічність знижується до 75% у пацієнтів, які відповідають стверджувально, коли їх запитують про відчуття обертання чи руху, так що дуже цінним є опис стану самим хворим, без підказки лікаря. Якщо хворий нездатний самостійно описати скарги, тоді у швидкій послідовності запитайте: «Чи це обертання? Чи це знепритомлення? Чи це відчуття падіння?»

Іншим цінним моментом анамнезу є вплив положення тіла. При доброякісному позиційному запамороченні ефект майже завжди тимчасовий і виникає при зміні положення голови, ляганні або сиданні. Пресинкопе найчастіше викликається ортостатичними змінами; такі хворі повідомляють, що запаморочення виникає тільки тоді, коли вони стоять. Соматосенсорне запаморочення проявляється тільки під час ходіння чи стояння. Тому просто запитуйте про вплив положення (лягання, сидання, стояння і ходьба), що є найціннішими запитаннями при збиранні анамнезу. Найсамкінець запитайте, чи хворий мав справжні втрати свідомості, тому що це трапляється передовсім у цій невеликій підгрупі пацієнтів із запамороченнями, де ви повинні підозрювати серцево-судинні причини.

Постійне запаморочення мають небагато хворих — приблизно 4%. Запаморочення виникає щодня приблизно в половини хворих, щотижня — приблизно в чверті і тільки зрідка — приблизно в четвертини хворих. Немає чіткої кореляції між частотою виникнення та причинами запаморочення.

Однак тривалість є корисним діагностичним критерієм. Приступи запаморочення є короткими (менше хвилини) приблизно в третини хворих, проміжної тривалості (від 1 до 30 хвилин) — в іншій третини, а тривалими (від 30 до 60 хвилин) — ще в третини хворих. Короткі приступи є більш характерними для вестибулярних розладів, ніж для інших видів запаморочення.

**Фізикальне обстеження.** Ваше фізикальне обстеження можна розбити на такі етапи. Виміряйте артеріальний тиск і пульс у горизонтальному та вертикальному положеннях хворого (для визначення ортостатичних змін), виконайте пробу Голпайка, проведіть аускультацию серця та поспостерігайте за хворим під час ходьби та поворотів (звернути увагу на нестійкість та хитання). Деякі з цих етапів можуть бути зайвими для певних пацієнтів. Наприклад, якщо проба Голпайка підтвердить доброякісне позиційне запаморочення, то можна припинити подальше обстеження.

Також корисним може бути визначення ністагму. Хворий сидить і дивиться прямо перед собою. Покажіть свій вказівний палець і попросіть хворого стежити за рухами пальця вліво, вправо, вгору і вниз. У кожному з цих положень кажіть хворому зафіксувати погляд на 5-10 секунд; стежте за появою ністагму. Потім хворий має закрити очі й енергійно потрясти головою (так, наче говорити “ні”) протягом 10 секунд; після чого зафіксувати погляд прямо перед собою на вашому пальці, тоді як ви стежите за ністагмом. Наявність ністагму, як звичайно, підтверджує вестибулопатію, залучено переважно один бік. Виявлення вертикального ністагму є прямою вказівкою для раннього скерування хворого на консультацію і проведення вестибулярного дослідження.

Обстеження нервової та серцево-судинної систем дає мало важливої інформації; в нашому вивченні 100 хворих воно не було корисним у жодному випадку. В іншій популяції такі обстеження іноді можуть давати можливість визначення рідкісних причин запаморочення. В осіб похилого віку я вислуховую грудну клітку з тої ж

причини, що і проводжу їх опитування на предмет справжнього синкопе — просто заради перестороги. Однак неврологічне чи серцево-судинне обстеження переважно не є необхідним при перших скаргах на запаморочення, крім тих випадків, коли є інші тривожні ознаки чи симптоми.

### Додаткові методи обстеження

Тільки 20% або навіть менше від усіх хворих з запамороченнями потребують додаткового обстеження. Рідко допомагають аналізи крові, ЕКГ та аудіограма. Для пацієнта з хронічним чи повторним вертиго, якщо причина незрозуміла, найбільш корисним додатковим обстеженням є проби визначення вестибулярної функції. Цінними є чотири методи:

- ◆ Електроністагмографія (ЕНГ);
- ◆ Обертова проба;
- ◆ Динамічна постурографія;
- ◆ Отоневрологічне обстеження.

**ЕНГ.** Як метод, що найчастіше застосовується, ЕНГ є корисною для визначення вестибулярної патології. Однак є кілька обмежень. По-перше, ЕНГ полягає переважно у калоричному дослідженні з холодною водою для індукування ністагму і вертиго, що дуже неприємно для хворих. По-друге, ЕНГ є нефізіологічною пробою, отже, чутливість результатів є сумнівною в деяких випадках. По-третє, ЕНГ визначає відносно обмежену підгрупу вестибулярних причин, отже, незважаючи на користь отриманих патологічних результатів, все ж нормальні результати не виключають вестибулопатії.

**Обертова проба.** Крісло обертається з хворим зі змінною швидкістю і у різних положеннях. Цей тест може виявити патологічний результат у деяких з тих пацієнтів, у яких результати ЕНГ були нормальними.

**Динамічна постурографія.** Ця проба перевіряє не тільки вестибулярну, але й соматосенсорну систему та орган зору, які відповідальні за рівновагу. Хворий стоїть на спеціальній платформі, яка змінює положення для дослідження вестибулярної системи і рухається для дослідження соматосенсорної системи. Для оцінки органа зору є спеціальні пристрої, одні з яких містять обертальний диск, на який хворий дивиться, а при обстеженні іншими хворий закриває очі протягом частини тестування. Таке обладнання є відносно новим і досі ще не є у широкому вжитку.

**Отоневрологічне дослідження.** Невроофтальмолог чи отоларинголог, які спеціалізуються у проведенні таких обстежень, піддають хворого різним пробам, шукаючи непомітні типи ністагму й окорухових змін. На протипагу першим трьом перерахованим методам, цей спирається менше на технологію, а більше на фізикальне обстеження лікарем-експертом.

Було дуже мало порівнянь ефективності цих методів. Drachman і Hart спиралися на ЕНГ, ми — на отоневрологічне обстеження; кожна методика виявляє вестибулярну патологію в половини обстежуваних.

**Аудіометрія.** Цей метод дає змогу виявити невриному акустичного нерва та хворобу Меньєра. Основною метою є визначення асиметрії між двома вухами. При хворобі Меньєра зниження слуху може початися з одного боку і прогресувати до іншого; невринома спричинює втрату слуху тільки з ураженого боку. Втрата слуху, як звичайно, є на низьких частотах, на протипагу зниженню слуху на високих частотах, що виникає з віком, проте є значне перекривання.

**Дослідження стовбура мозку слуховими викликаними потенціалами.** Таке дослідження є найбільш корисним після отримання асиметричної аудіограми або для визначення, чи вестибулопатія, діагностована іншими пробами, є периферичною, що менш тривожно, чи центральною.

**Радіологічні дослідження.** Такі методики, як комп'ютерна томографія чи ядерно-магнітний резонанс, мають обмежене застосування в оцінці запаморочення. На загал їх призначають для хворих, які мають неврологічні ознаки чи симптоми, або коли результати аудіометрії чи вестибулярних проб наводять на думку про патологію ЦНС.

**Кардіологічне обстеження.** Холтеровський моніторинг може бути корисним для хворих з пресинкопе, яке не можна пояснити просто ортостатичною гіпотензією. Але при відсутності справжнього синкопе таке обстеження рідко виявляє патологію.

### Психосоціальні фактори

У третині випадків запаморочення минає спонтанно в межах двох тижнів. Тому, якщо депресія або тривога не є очевидними, відкладіть розпитування про емоційні причини до другого-третього візиту, щоб уникнути негатиного ставлення пацієнта.

Коли ж психіатричний скринінг необхідний, то подальші чотири запитання, задані одне за одним, є безпечним і швидким шляхом виявлення психосоціальних факторів, які можуть сприяти виникненню симптомів:

1. «Чи вас десь непокоїть біль? Чи вас непокоїть загальна слабкість? Який ваш сон? апетит?» (соматичні симптоми).
2. «Що вам подобається робити задля задоволення?» (ангедонія)
3. «Чи мали ви нещодавно які-небудь зміни на роботі чи вдома?» (стрес)
4. «Чи ви відчували останнім часом незадоволення чи смуток? нервозність чи тривогу?» (розлади настрою, тривожні стани).

Багато хворих, у яких основний симптом спричинений психосоціальними факторами, мають в анамнезі (або на момент обстеження) супутні соматичні симптоми, які вони можуть згадати при відповіді на перше запитання. Мало того, біль, втома та порушення сну й апетиту є поширеними знахідками при таких психічних розладах, як депресія, тривога та соматизація. Друге питання допомагає виявити депресію. Переважно я залишаю питання про настрій насамкінець, тому що хворі часто реагують насторожено на пряме запитання про депресію чи тривогу, особливо на початку опитування.

### Ведення хворих

Специфічне лікування є можливим лише при кількох причинах запаморочення (див. таблицю), що складає приблизно третину випадків, які трапляються в широкій практиці.

**Доброякісне позиційне запаморочення.** Специфічні вправи три-чотири рази на день можуть знизити тривалість приступів запаморочення та подовжити міжприступні проміжки. Хворий викликає симптоми запаморочення, сідаючи на ліжко, потім лягаючи відповідним «вухом униз» і утримуючи положення доти, доки запаморочення стихає, потім повертається до сидячого положення. Цей маневр під час вправ треба повторювати доти, доки запаморочення, як реакція на маневр, не минає. Податливість деяких хворих може бути недостатньою, тому що вони не бажають або нездатні викликати таким чином симптоми.



**Таблиця.**  
**Поради та пастки при лікуванні**

- ◆ Меклізин, імовірно, призначають надто часто;
- ◆ Рекомендуйте хворим вправи, які прискорюють зникнення доброякісного позиційного вертиго\*;
- ◆ Скорируйте зворотні причини ортостатичної гіпотензії;
- ◆ Якщо хворі похилого віку мають соматосенсорне запаморочення, порадьте, щоб вони ходили з паличкою;
- ◆ Спробуйте призначити антидепресанти у хворих на депресію та панічні розлади.

\* Мається на увазі, що пацієнт повинен повторювати ту дію, яка викликає симптоми.

**Лабіринтит.** Меклізин, 25 мг тричі на день, може забезпечити деяке симптоматичне полегшення для хворих на лабіринтит.

**Хвороба Меньєра.** Вестибулярні супресори (ліки, що пригнічують вестибулярну активність — прим. *перекладача*), такі як меклізин, можуть контролювати гострі приступи, а діуретики в поєднанні з низькосольовою дієтою полегшують хронічні симптоми. Хірургічне втручання є методом останнього вибору для хворих з рефрактерними симптомами.

**Пресинкопе.** У хворих, у яких пресинкопе спричинене медикаментозною ортостатичною гіпотензією, треба відмінити ліки-винуватці, якщо це можливо. Якщо хворі мають важкий перебіг хронічної ортостатичної гіпотензії внаслідок цукрового діабету чи інших периферичних нейропатій, то їм може допомогти піднімання кінця ліжка, на якому вони лежать головою, застосування спеціальних панчів з градуйованим тиском (Jobst) чи призначення флюдрокортизону, починаючи з 0,1 мг/день і при потребі індивідуально підвищуючи дози до клінічної ефективності. Аритмії чи клапанні стенози підлягають відповідному лікуванню.

**Соматосенсорне запаморочення.** Якщо можливо, скоригуйте порушення чутливості та ортопедичні розлади; якщо потрібно, призначте використання палички чи іншу допомогу для пересування.

**Ілюзорне запаморочення.** Якщо можливо, лікуйте психічні розлади.

**Коли причину запаморочення не можна з'ясувати**

Запаморочення є одним з кількох «легких» симптомів, які часто кидають виклик усім зусиллям діагностики. Коли запаморочення стійко утримується, при додатковому візиті спробуйте такий підхід: розпитайте, що хворого непокоїть (характерна риса) і чого він хоче (очікування).

**Характерна риса.** Спитайте хворого: «Що непокоїть вас найбільше з приводу цього симптому?» або «Що, на вашу думку, може бути причиною запаморочення?». Іноді такі питання відкривають приховане занепокоєння, як у хворого зі слабким та спрйятливым запамороченням, але чий родич чи товариш має пух-

лину мозку або недавно переніс інсульт. Якщо вам вдається виявити справжнє переживання хворого, то спробуйте полегшити його.

Якщо ж пацієнт відповідає: «Я не знаю, ви ж лікар», то спробуйте додати: «Ви знаєте, більшість людей мають певні переживання чи занепокоєння з приводу того, що з ними може бути щось негаразд».

**Очікування.** Якщо хворий все ж таки не задоволений, спитайте: «Що, на вашу думку, могло би вам допомогти?». Найчастіше хворий попросить про додаткове обстеження, якісь ліки чи консультацію ще якогось спеціаліста.

**Цілющі слова.** Хворим з нез'ясованим запамороченням чи іншими симптомами запропонуйте такі пояснення та заспокоєння.

*Проблема є поширеною.* Переконайте хворого в тому, що ви часто бачите й інших пацієнтів з такими ж скаргами, це звільнить його від відчуття самотності та додасть віри у ваші поради чи запевнення.

*Поступовість динаміки.* Поясніть, що поліпшення часто відбувається повільно і прогрес вимірюється у «мікрометрах». Приготуйте хворого до хвилеподібного перебігу з «добрими» та «поганими» днями.

*Відсутність прогресування.* Поясніть хворому, що його стан переважно є доброякісним і не загрожує каліцтвом чи смертю.

*“Законність скарг пацієнта”.* Заохотьте пацієнта своїм розумінням: «Я радий, що ви сказали про це. Запаморочення справді може впливати на працездатність вдома та на роботі».

*Невідомість причини.* Зізнайтесь, що нині рівень медичних знань є недостатнім: «Деякі симптоми часто не можна пояснити, відсутні конкретні фізикальні та психологічні пояснення їх причини».

## Прогноз

У випадку запаморочення невтішний прогноз є рідкістю. Природний перебіг підпадає під правило “третин”: приблизно одній третині хворих стає краще протягом двох тижнів; стан хворих другої третини полегшується через кілька місяців. В останньої третини симптоми стійко втримуються. Таким чином, більшість випадків минають спонтанно без втручання, і навіть хронічні випадки не супроводжуються підвищеним ризиком інсульту, пухлини чи іншої серйозної хвороби.

Отже, вичерпне обстеження та численні лабораторні дослідження не мають сенсу при первинному звертанні хворого з цими скаргами, майже завжди, що вони дадуть корисну інформацію. Навіть у стійких випадках мінімальне фізикальне обстеження та анамнез на загал є більш корисними, ніж більшість лабораторних обстежень. Коли ж запаморочення стійко втримується, то найціннішими додатковими методами можуть стати психіатричний скринінг і вестибулярні проби.

Переклад Федора Юрочка