

DOI: <https://doi.org/10.51922/1818-426X.2023.3.19>

А. И. Гаманович¹, В. В. Малыгин², П. Г. Хоперский³,
Д. А. Мицкевич³, С. С. Карачаров⁴

ПОД МАСКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ВЕСТИБУЛЯРНОГО СИНДРОМА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический
медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»²,
УЗ «Гродненская университетская клиника»³,
ГУ «1134 военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь»⁴

Освещена проблема дифференциальной диагностики периферического вестибулярного синдрома, под маской которого скрываются такие патологические процессы как доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение, вестибулярный нейронит, болезнь Меньера. Отсутствие конкретизации в диагнозе у данной категории пациентов ведет к ошибочной диагностике, неадекватному лечению, увеличению длительности потери трудоспособности и возникновению тревожно-депрессивных расстройств. В статье представлена дифференциальная диагностика периферического вестибулярного синдрома, примеры терапевтических маневров и случаи из практики. Для эффективной диагностики и лечения необходимо учитывать клинические признаки возникновения и проявления периферических вестибулярных расстройств, особое внимание уделять опросу и детальной характеристике жалоб пациента, проводить специальные позиционные тесты и консультации профильных специалистов.

Ключевые слова: доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение, Болезнь Меньера, вестибулярный нейронит.

A. I. Hamanovich, V. V. Malygin, P. G. Khopersky,
D. A. Mitskevich, S. S. Karacharov

UNDER THE MASK OF PERIPHERAL VESTIBULAR SYNDROME

The article highlights the problem of differential diagnosis of peripheral vestibular syndrome, which hides such pathological processes as benign positional paroxysmal vertigo, vestibular neuronitis, Meniere's disease. The lack of specification in the diagnosis in this category of patients leads to erroneous diagnosis, inadequate treatment, an increase in the duration of disability and the occurrence of anxiety and depressive disorders. The article presents the differential diagnosis of peripheral vestibular syndrome, examples of therapeutic maneuvers and cases from practice. For effective diagnosis and treatment, it is necessary to take into account the clinical signs of the onset and manifestations of peripheral vestibular disorders, pay special attention to the questioning and detailed description of the patient's complaints, conduct special positional tests and consult with specialized specialists.

Key words: benign positional paroxysmal vertigo, Meniere's disease, vestibular neuronitis.

Жалобы на головокружение одни из самых частых на приеме у врача-невролога. Частота в популяции достигает 17–39 % [1]. Актуальность проблемы связана с трудностью диагностики, многообразием патологических состояний сопровождающихся головокружением, а так же существенным влиянием на трудоспособность и повседневную активность. Таким пациентам не редко выставляются диагнозы: периферический вестибулярный синдром, дисциркуляторная энцефалопатия с вестибуло-атактическим синдромом, вегето-сосудистая дистония, синдром позвоночной артерии, острое нарушение мозгового кровообращения, транзиторная ишемическая атака, тревожное расстройство, цервикокраниалгия. Сложности диагностики объясняются тем, что несмотря на разные патогенетические механизмы, в клинических проявлениях данных состояний доминирует головокружение. Анатомо-физиологические особенности и обширные связи вестибулярного аппарата с центральной нервной системой определяют его реакцию на многие патологические изменения. Поэтому знание основ топической и клинической диагностики головокружения позволит улучшить качество проводимых лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий [2, 4].

Головокружение – это искаженное восприятие положения своего тела в пространстве и ощущение мнимого движения собственного тела или окружающей обстановки. Головокружение является симптомом нарушения равновесия. Равновесие – это поддержание положения тела, в том числе при передвижении в пространстве и в других сложных условиях [3–5].

Способность поддержания равновесия обеспечивается нормальным функционированием афферентных систем:

1. Вестибулярной.
2. Зрительной.
3. Проприорецептивной.

Если пациент жалуется на нарушение равновесия или головокружение, в дифференциальную диагностику необходимо включить исследование трех вышеуказанных систем [2].

При дифференциальной диагностике головокружения делят на четыре вида:

1. Острое вращательное (системное) головокружение.

2. Несистемное приступообразное головокружение (ощущение неустойчивости) предобморочное состояние.

3. Несистемное относительно продолжительное головокружение.

4. Психогенное (функциональное) головокружение.

В статье мы ограничимся дифференциальной диагностикой периферического вестибулярного синдрома (ПВС), наиболее часто встречающегося в практике врача-невролога.

ПВС – сопровождается приступами острого вращательного головокружения и является следствием патологии периферического вестибулярного аппарата (от внутреннего уха и вестибулярного нерва до мостомозжечкового угла и ядер вестибулярного нерва в стволе головного мозга) [5, 7, 9].

Основные патологические процессы проявляющиеся ПВС (МКБ-10):

1. Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение (ДППГ) H81.1.
2. Острый вестибулярный нейронит H81.2.
3. Болезнь Меньера H81.0.
4. Вестибулярная пароксизмия H81.3.
5. Лабиринтит H83.0.
6. Инфаркт лабиринта H83.2.
7. Невринома VIII пары черепных нервов H93.3.
8. Перилимфатическая фистула H81.1.

Наиболее часто встречаются первые три формы ПВС и в каждом конкретном случае необходимо проводить дифференциальную диагностику, соответствующие лечебные и профилактические мероприятия. Ограничение окончательного диагноза записью «периферический вестибулярный синдром» недопустимо, учитывая значительные различия в тактике ведения, подходах в лечении, прогнозе и профилактике данных состояний. Для диагностики причин головокружения наиболее важными являются следующие параметры: характер, длительность головокружения, провоцирующие факторы и сопутствующие симптомы. Основным объективным признаком истинного (системного, вращательного) головокружения является нистагм. Связанный с поражением периферического вестибулярного аппарата он имеет свои особенности [4, 9, 10]:

1) ограничен во времени (не более 3 недель);

2) горизонтальный, иногда с ротаторным компонентом;

3) однонаправленный,

4) всегда содружественный;

5) при устранении фиксации взора усиливается;

6) амплитуда нистагма увеличивается при взгляде в сторону быстрой фазы и уменьшается в сторону медленной фазы;

7) при позиционных тестах – геотропный, латентный период 5–10 сек, длительность 15–40 сек;

8) тест встряхивания головы – горизонтальный нистагм;

9) проба Хальмаге – положительная (корригирующая саккада);

10) отсутствие вертикального косоглазия.

Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение – наиболее распространенное нарушение периферического вестибулярного анализатора вследствие канала/купулолитиаза. Смещаясь под действием силы тяжести, отолиты раздражают вестибулярные рецепторы купола полукружного канала и вызывают пароксизм головокружения. Около 20 % всех головокружений приходится на долю ДППГ, 50 % случаев системных головокружений, более 40 % пациентов в возрасте старше 50 лет. Женщины болеют в 2 раза чаще мужчин. В 50–70 % случаев причина не известна, 7–17 % последствия черепно-мозговой травмы, в 15 % последствия перенесенного вестибулярного нейронита, 5,5 % – болезнь Меньера [12]. Примерно у 50 % приступы рецидивируют. В клинической картине эпизоды интенсивного кратковременного (секунды) системного головокружения только при перемене положения головы, сопровождается вегетативной дисфункцией (тошнота, рвота, лабильностью артериального давления и пульса), у многих пациентов – выраженная тревога. При поражении заднего полукружного канала (80 % случаев) головокружение провоцируется подъемом с кровати, запрокидыванием головы. Проведение пробы Дикса-Холлпайка провоцирует горизонтальный ротаторный нистагм направленный в сторону нижележащего уха. Лечебные репозиционные маневры: маневр Семонта, маневр Эпли.

Вовлечение горизонтального полукружного канала (10 % случаев) головокружение является при повороте головы в положении

лежа, иногда при поворотах головы в вертикальном положении. Может сопровождаться каналолитиазом (7 %) или купулолитиазом (3 %). Диагностическая проба: Roll-тест (маневр Панини-Мак-Клюра), при каналолитиазе провоцируется горизонтальный нистагм с латентным периодом до нескольких секунд, длительность до 60 секунд, нистагм провоцируется в обе стороны, но на стороне поражения будет более выраженным. При купулолитиазе – латентный период несколько секунд, либо его отсутствие, длительность более 60 секунд, апогеотропный горизонтальный нистагм. Лечебные репозиционные маневры: при каналолитиазе – маневр Гуфони, маневр Лемперта; при купулолитиазе – упражнения Брандта-Дароффа, конверсионный маневр Гуфони [11].

При вовлечении переднего полукружного канала, те же провоцирующие факторы как и при поражении заднего полукружного канала, но нистагм бьет вниз и имеет торсионный компонент. Лечебный репозиционный маневр – маневр Яковино. Прогноз ДППГ благоприятный. Возможны рецидивы и спонтанное излечение. Лечение и обследование при впервые возникшем головокружении стационарное – выполнение репозиционных маневров, обучение пациента в выполнении некоторых маневров самостоятельно. Фармакотерапия не показана [10].

Острый вестибулярный нейронит (острая периферическая вестибулопатия) – характеризуется единичным или повторными эпизодами истинного системного головокружения длительностью от нескольких часов до 2–3 недель, сопровождается рвотой в начале приступа, вегетативными проявлениями, слух чаще не страдает. Головокружение может усиливаться при определенных движениях головы, пациент предпочитает лежать на здоровой стороне. Нет различий в заболеваемости по полу. Средний возраст 25–35 лет. В анамнезе перед приступом за 1–2 недели пациенты могут отмечать наличие респираторной инфекции. Прогноз хороший, у 90 % отмечается единственный приступ в жизни, в редких случаях возможна хронизация процесса. Лечение стационарное, симптоматическое: бетагистина гидрохлорид (следует избегать приема одновременно с антигистаминными препаратами), антигистаминные препараты, противорвотные, транквилизаторы,

в тяжелых случаях целесообразно применение глюкокортикостероидов (эффективно в первые три дня заболевания). Необходима консультация оториноларинголога для исключения инфекционного поражения внутреннего уха. Профилактика заключается в адекватной терапии инфекционных заболеваний среднего уха [9].

Болезнь Меньера – заболевание внутреннего уха, обусловленное гиперпродукцией эндолимфы (гидропс) с последующей лабиринтной гипертензией. Характеризуется тетрадой симптомов: периодическими приступами системного головокружения, шумом в ушах, потерей слуха и чувством давления или переполнения в ухе. Критерии болезни Меньера:

1. Два и более спонтанных эпизода головокружения от 20 минут до 12 часов.
2. Сенсоневральная тугоухость с выпадением низких и средних частот.
3. Флуктуация слуховых симптомов (снижение слуха, тиннитус, чувство заложенности уха) с пораженной стороны.
4. Отсутствие других заболеваний соответствующих клинической картине у пациента.

Дебют заболевания в возрасте 30–50 лет, женщины болеют несколько чаще мужчин. Примерно у 50 % пациентов односторонний процесс переходит в двусторонний. Прогноз: прогрессирует снижение слуха, в последствии формируется стабильный дефект, рецидивирующее течение головокружений. Специфических профилактических мер не разработано. Возможна коррекция провоцирующих факторов:

1. Нарушения водно-солевого обмена.
2. Нарушение кровотока.
3. Гормональных заболеваний.
4. Гиповитаминозы.
5. Аллергии.

Лечение проводит оториноларинголог. Диета с ограничением употребления соли, исключение глутамата натрия, алкоголя и никотина, ограничение кофеинсодержащих препаратов и приема аспирина. Средства первой линии – гистаминэргические препараты. При их неэффективности применяют различные хирургические вмешательства: лабиринтэктомию, пересечение вестибулярного нерва, выполнение шунтирующих операций, медикаментозная лабиринтэктомию проводится с помощью аминогликозидов [6, 8, 9].

Для примера приводим случаи и собственной практики.

Пациентка 46 лет. В течение 3-х лет беспокоят приступы выраженного системного головокружения, длительность приступа в среднем 6–12 часов, приступ сопровождается тошнотой, гулом в правом ухе, чувством заложенности уха. Отмечает постепенное снижение слуха на правое ухо. Неоднократно лечилась у невролога с диагнозом «периферический вестибулярный синдром», консультирована оториноларингологом диагноз «нейросенсорная тугоухость». При осмотре во время приступа: жалобы на шум в правом ухе, тошноту. При осмотре спонтанный горизонтальный нистагм, другой очаговой и общемозговой неврологической симптоматики не выявлено. Приступ купирован в стационаре на фоне приема антигистаминного препарата и транквилизатора. Вне приступа сохраняются лёгкие вестибулярные расстройства, снижение слуха на правое ухо, уменьшение шума. Выставлен диагноз «Болезнь Меньера, с редкими приступами, умеренно выраженная правосторонняя нейросенсорная тугоухость» пациентка направлена для дальнейшего лечения к отоневрологу.

Пациентка 32 лет. При поступлении в стационар жалобы на сильное системное головокружение, сопровождающееся тошнотой, была неоднократная рвота. В анамнезе: проснулась ночью от сильного головокружения, вызвала бригаду скорой медицинской помощи. До госпитализации в неврологическое отделение было исключено острое нарушение мозгового кровообращения, пациентке выполнена компьютерная томография головного мозга, патологии не выявлено. С диагнозом «периферический вестибулярный синдром» госпитализирована в неврологическое отделение. При поступлении: положение вынужденное лежа на правом боку, отмечается спонтанный нистагм, медленная фаза направлена влево, слух не нарушен, при стоянии и ходьбе – умеренные нарушения равновесия, в остальном неврологическом статусе без очаговой и общемозговой симптоматики. Уточнен анамнез, две недели назад перенесла острую респираторную инфекцию с повышением температуры тела до 37,7 °С. В общеклинических анализах без патологических изменений. Выставлен диагноз: «Острый вестибулярный нейронит слева с выраженным

головокружением и атаксией». Проведено лечение: димедрол, диазепам, метоклопрамид. В течение 4-х суток головокружение купировалось, сохранялась легкая астенизация и нарушение равновесия.

Пациентка 54 лет. Жалобы на приступы головокружения при перемене положения тела в постели, неустойчивость при ходьбе. Длительность приступов до одной минуты, проходят самостоятельно, сопровождаются тошнотой, сердцебиением подъемом артериального давления, чувством страха, онемением в руках. Данные приступы беспокоят в течение 2-х месяцев, находилась на стационарном лечении в неврологическом отделении с диагнозом «транзиторная ишемическая атака в вертебробазиллярном бассейне». МРТ головного мозга – без патологических изменений. Направлена в Гродненскую университетскую клинику для дальнейшего дообследования и лечения ввиду сохранявшихся жалоб. Неврологический статус: без очаговой и общемозговой симптоматики. Легкие координаторные нарушения – пошатывание при проведении пробы Ромберга. Астенезирована, эмоционально лабильна. В общем соматическом статусе: артериальная гипертензия III риск 4. При проведении пробы Дикса-Холлпайка, после 5–7 секунд латентного периода провоцируется ротаторный нистагм направленный в сторону нижележащего уха (левого). Выставлен диагноз: «Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение (вследствие каналолиаза в левом заднем полукружном канале)». Проведен лечебный маневр Эпли, после которого пациентка отмечает выраженное улучшение общего самочувствия и отсутствие приступов головокружения.

Особую сложность в диагностике приходится испытывать при наличии у пациентов сопутствующей цереброваскулярной патологии.

Пациент 58 лет. В течение 7 лет беспокоят приступы системного головокружения, возникающие при перемене положения тела – переворачивании на спину, запрокидывании головы, длительностью до 10 секунд. В анамнезе сахарный диабет 2 типа, ИБС, артериальная гипертензия III, риск 4, ТЭЛА. Неоднократно обращался к неврологу по месту жительства с жалобами на приступы головокружения, диагноз: церебро-васкулярная недостаточность, преиму-

щественно в вертебро-базиллярном бассейне на фоне АГ, СД в виде легкого вестибуло-атактического и цефалгического синдрома. Обратился на амбулаторный прием к неврологу поликлиники Гродненской университетской клиники. В неврологическом статусе без очаговой и общемозговой симптоматики. При проведении пробы Дикса-Холлпайка после латентного периода (5–7 сек) провоцируется геотропный вертикально-ротаторный нистагм направленный в сторону нижележащего уха (правого) длительностью около 10 сек. Проведен лечебный маневр Эпли, после чего повторно выполнена проба Дикса-Холлпайка: нистагма не наблюдалось, жалоб на головокружение не было. Выставлен диагноз: Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение (вследствие каналолиаза в правом заднем полукружном канале).

Таким образом, под маской периферического вестибулярного синдрома, а в некоторых случаях острого и хронического нарушения мозгового кровообращения протекает различная патология периферического вестибулярного аппарата. Отсутствие дифференцировки нозологической единицы в каждом конкретном случае ведет к ошибочной диагностике, неэффективному лечению, длительной утрате трудоспособности и появлению тревожно-депрессивных и соматизированных расстройств. Для эффективной диагностики и лечения необходимо учитывать клинические признаки возникновения и проявления периферических вестибулярных расстройств, особое внимание уделять опросу и детальной характеристике жалоб пациента, проводить специальные позиционные тесты и консультации профильных специалистов.

Литература

1. Антоненко, Л. М. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2016. – № 8 (1). – С. 56–60.
2. Бассетти, К. Л. Дифференциальный диагноз в неврологии. Руководство по оценке, классификации и дифференциальной диагностике неврологических симптомов; перев. с нем. – М.: МЕДпресс-информ, 2017.
3. Беллер, Х. Практическая неврология. – Т. 2: лечение. – М.: Мед. Лит., 2005. – 416 с.
4. Бронштейн, Т. Головокружение. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 216 с.
5. Голубев, В. Л. Неврологические синдромы: руководство для врачей. – 7-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2019. – 736 с.
6. Косивцова, О. В. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2018. – № 10. – С. 96–101.

7. Лихачев, С. А. Вестник оториноларингологии. – 2013. – № 6. – С. 87–90.

8. Маслова, Н. Врач. – 2017. – № 9. – С. 49–52.

9. Михновец, В. П. Головокружение: клиника, диагностика, лечение: Практическое пособие для врачей. – Минск: Беларусь, 2005. – 143 с.

10. Пирадов, М. А. Тактика врача-невролога: практическое руководство. – М.: ГЕОЭТАР-Медиа, 2022. – 208 с.

11. Bhattacharyya, N. Otolaryngol Head Neck Surg. – 2017. – Vol. 156 (3_suppl). – P. S1–S47. – doi: 10.1177/0194599816689667.

12. Parnes, L. S. Canadian Medical Association journal. – Vol. 169 (7). – P. 681–693.

References

1. Antonenko, L. M. Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika. – 2016. – № 8 (1). – S. 56–60.

2. Bassetti, K. L. Differencial'nyj diagnoz v nevrologii. Rukovodstvo po ocenke, klassifikacii i differencial'noj diagnostike nevrologicheskikh simptomov; perev. s nem. – М.: MEDpress-inform, 2017 s.

3. Beller, H. Prakticheskaya nevrologiya. – Т. 2: Lechenie. – М.: Med. Lit., 2005. – 416 s.

4. Bronshtejn, T. Golovokruzhenie. – 2-e izd. – М.: GEOTAR-Media, 2022. – 216 s.

5. Golubev, V. L. Nevrologicheskie sindromy: rukovodstvo dlya vrachej. – 7-e izd. – М.: MEDpress-inform, 2019. – 736 s.

6. Kosivcova, O. V. Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika. – 2018. – № 10. – S. 96–101.

7. Lihachev, S. A. Vestnik otorinolaringologii. – 2013. – № 6. – S. 87–90.

8. Maslova, N. Vrach. – 2017. – № 9. – S. 49–52.

9. Mihnovec, V. P. Golovokruzhenie: klinika, diagnostika, lechenie: Prakticheskoe posobie dlya vrachej. – Minsk: Belarus', 2005. – 143 s.

10. Piradov, M. A. Taktika vracha-nevrologa: prakticheskoe rukovodstvo. – М.: GEOETAR-Media, 2022. – 208 s.

11. Bhattacharyya, N. Otolaryngol Head Neck Surg. – 2017. – Vol. 156 (3_suppl). – P. S1–S47. – doi: 10.1177/0194599816689667.

12. Parnes, L. S. Canadian Medical Association journal. – Vol. 169 (7). – P. 681–693.

Поступила 28.03.2023 г.