

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ВОЙСКОВОГО ВРАЧА

Титкова Е.В., Хотянович Н.В.

*Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский
государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Периферический вестибулярный синдром (ПВС) – это симптомокомплекс различных нарушений походки и равновесия, обусловленный дисфункцией периферического вестибулярного аппарата, характеризующийся жалобами на головокружение приступообразного характера, нарушение координации, вестибуло-вегетативные расстройства. Ведущей причиной ПВС в 93% случаев является одно из четырех заболеваний: доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), вестибулярный нейронит (ВН), болезнь Меньера (БМ), вестибулярная мигрень (ВМ). ПВС ассоциирован с риском падений, нарушений координации и точности движения, а также значительным риском рецидивов вестибулярного пароксизма (при ДППГ, БМ и др.). Поэтому своевременное выявление и адекватное оказание медицинской помощи пациентам с ПВС имеет решающее значение для профилактики возможных рецидивов, решения экспертных вопросов и др., что является основанием для стратификация профессионального риска военнослужащих.

Цель: провести клинико-диагностическое сопоставление и анализ оказания медицинской помощи этой категории пациентов с оценкой обоснованности проведенных лечебно-диагностических мероприятий, выявления проблемных вопросов и формулировки практических рекомендаций.

Методы и методы. В ходе исследования проведен ретроспективный, с элементами проспективного, анализ 42 случаев ПВС с оказанием медицинской помощи в стационарных условиях 432 ГВКМЦ. Был проведен анализ данных анамнеза, сомато-неврологического осмотра, клинико-инструментальной диагностики, осмотров врачей-специалистов. Объектом исследования были военнослужащие срочной военной службы, военнослужащие, проходящим военную службу по контракту (далее – военнослужащие) госпитализированных в 432 ГВКМЦ в 2017-2024 гг. по поводу ПВС.

Результаты и их обсуждения. Медиана возраста военнослужащих составила 31,5 лет. Средний возраст манифестации у военнослужащих (n=42) составил 29,6 лет, из них: военнослужащие срочной военной службы – 10 (23,8%); военнослужащие, проходящие военную службу по контракту – 32 (76,2%). Средняя длительность госпитализации – 11,3 койко-дня. По итогам стационарного лечения преобладали 3 основные патологии: ДППГ – 14 (33%), ВН – 16 (38%), БМ – 3 (7,1%). В ряде случаев окончательный диагноз не был установлен (n=4, 9,5%).

Выводы. Наиболее часто у военнослужащих, госпитализированных по поводу ПВС, были установлены три нозологические причины: ДППГ (n=14; 33%), ВН (n=16; 38%), БМ (n=3; 7,1%). Своевременная диагностика и адекватная комплексная терапия позволили за период госпитализации достичь полного регресса вестибулярной дисфункции в 79% (n=33) случаев; в 21% (n=9) случаев сохранялись вестибуло-вегетативная симптоматика, в связи с чем решением ВВК 2 военнослужащих (4,7%) признаны НГМ, 2 (4,7%) ГО, 3 (7,1%) ВН. Вместе с тем отмечены единичные случаи технических дефектов оформления медицинской документации (n=4, 9,5%) в виде некорректной формулировки клинического диагноза без конкретизации нозологической причины («Периферический вестибулярный синдром», «Вестибуло-атактический синдром», «Кинетоз» и др.), а также использование устаревших («собирательных») диагностических терминов («ПВС вертеброгенного генеза», «Цервикогенное головокружением», «Вертебро-базилярная недостаточность», и др.), что не позволяет осуществлять дифференцированную терапию и увеличивает риск рецидивов острой вестибулопатии, длительность госпитализации и др. Выявлены некорректные медицинские рекомендации при проведении вестибулярной реабилитации (при назначении вестибулярной гимнастики у пациентов с ВН и БМ (назначались упражнения Брандта-Даррофа, которые эффективны только у пациентов с ДППГ) или их отсутствие, несмотря на наличие вестибуло-атактических нарушений. Актуальность проблемы ПВС обуславливают целесообразность продолжения изучения значимых аспектов оказания медицинской помощи военнослужащим с этой патологией, а также применением диагностических методов для скрининга, современных методов проведения дифференцированной терапии и реабилитации этой категории пациентов.