

Е.Л. Бобех

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ: ПРИЧИНЫ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. О.И. Родионова

Кафедра болезней уха, горла, носа

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

E.L. Bobekh

VERTIGO: CAUSES AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Tutor: associate professor O.I. Rodionova

Department of diseases of the ear, throat, nose

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Головокружение является мультидисциплинарной проблемой, требующей детального дифференциального диагноза и многокомпонентного подхода. Ведущую проблему среди вопросов, касающихся головокружения, составляют определение и дифференциальная диагностика острого приступа головокружения. Ведущими причинами периферического вестибулярного головокружения являются патологии, связанные с поражением лабиринта и вестибулярного нерва. В дифференциальной диагностике причин головокружения и нарушения слуха используются методы физикального обследования, лабораторные и инструментальные методы, среди которых на первый план выходят методы визуализации.

Ключевые слова: головокружение, нистагм, периферический вестибулярный синдром, болезнь Меньера

Resume. Vertigo is a multidisciplinary problem that requires detailed and differential diagnosis and multicomponent treatment. The leading problem among all medical multidisciplinary issues related to vertigo is the definition and differential diagnosis of an acute vertigo attack. The leading causes of peripheral vestibular vertigo are pathologies associated to the labyrinth and vestibulocochlear nerve. The main methods that are used in the detailed definition of the causes of vertigo and audiological symptoms is physical examination and instrumental methods, such as imaging methods.

Keywords: vertigo, dizziness, Meniere disease, peripheral vestibular syndrome, nystagm

Актуальность. Головокружение - одна из самых распространенных жалоб пациента, обращающегося к врачу любой специальности. Головокружение является мультидисциплинарной проблемой, требующей детального дифференциального диагноза и многокомпонентного лечения. Сегодня определено около 80 заболеваний, которые могут сопровождаться подобным проявлением вместе с основной клинической картиной, и лишь около 60% пациентов получают однозначный диагноз и точную причину своего головокружения. При этом важно отметить, что ведущую проблему составляют определение и дифференциальная диагностика острого приступа головокружения, так как именно внезапно возникшее головокружение является причиной около 3,5% обращений пациентов в отделения неотложной помощи [8].

Цель:

проанализировать основные этиопатогенетические аспекты и особенности головокружения разной этиологии

Задачи:

1. Проанализировать и обобщить актуальные литературные данные по исследуемой проблеме;

2. Выявить наиболее частые причины возникновения головокружения;

3. Установить сходства и различия между различными заболеваниями, вызывающими головокружение;

4. Проанализировать выборку пациентов, обращавшихся и впоследствии госпитализированных на стационарное лечение в оториноларингологические отделения 4 городской клинической больницы им. Н.Е. Савченко в период с 2020 по 2023гг. с диагнозами периферический вестибулярный синдром, болезнь Меньера, синдром Меньера, вестибулярный нейронит.

Материалы и методы. Были проанализированы актуальные литературные данные по вопросу головокружения с позиции врачей различных специальностей, а также ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов, проходивших лечение в оториноларингологических отделениях 4 городской клинической больницы им. Н.Е. Савченко в период с 2020 по 2023гг. по поводу головокружения.

Результаты и их обсуждение. Однозначного определения понятию «головокружение» на данный момент не найдено. Можно определять его как ощущение нарушенной ориентации тела в пространстве, как иллюзия вращения либо больного, либо окружающих его предметов. Некоторые авторы приводят следующее определение: головокружение – это ощущение движения в отсутствии движения по факту; пациент может описывать ощущение покачивания, вращения, или по типу чувства потери равновесия [3]. При этом важно понимать, что головокружение – не отдельная патология, не самостоятельное заболевание, а лишь симптом [2].

Существует множество подходов к классификации головокружения. В данный момент Комитет по классификации вестибулярных расстройств Общества Барани ведет работу по созданию Международной классификации вестибулярных расстройств (ICVD), в основу которой положен Европейский подход в их разделении на системное (vertigo) и несистемное головокружение (dizziness). Также головокружение может быть спонтанным (без явного спускового механизма) и провокационным (головокружение, которое возникает в результате воздействия триггера, которым может стать, например, движение головы, положение головы в пространстве, визуальный, акустический стимул, проба Вальсальвы, изменение позы тела и другое) [9].

Ведущими причинами периферического вестибулярного головокружения являются патологии, связанные с поражением лабиринта и вестибулярного нерва. Говоря об остром периоде головокружения, наиболее частыми причинами такого состояния являются вазовагальный обморок/ортостатическая гипотензия (22,3%), вестибулярные причины (19,9%), нарушения водно-электролитного баланса (17,5%), сердечно-сосудистые нарушения (14,8%) и цереброваскулярная недостаточность (6,4%) [8].

Одним из самых представительных примеров клинической картины, сопровождающейся периферическим вестибулярным головокружением, является доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (далее – ДППГ). По данным многочисленных исследований, минимум у 20% пациентов, которые обращаются к врачу с жалобой на головокружение, будет диагностировано ДППГ [3]. Его причиной является отложение кристаллов карбоната кальция в полукружных

канальцах лабиринта (отолитиаз), что приводит к повышению чувствительности вестибулярных рецепторов на изменение положения головы [2]. Типичная клиническая картина представлена в виде кратковременных приступов головокружения, возникающих только при изменении положения головы в определенном порядке, и часто пациенты сами знают, в каком, и могут на это положение указать [2]. Приступы головокружения не сопровождаются отологической симптоматикой – слух при данной патологии не нарушен.

Другой патологией, сопровождающейся периферическим вестибулярным головокружением, является нейроваскулярный конфликт преддверно-улиткового нерва – патологическое состояние, вызванное сдавлением черепного нерва (в данном случае, VIII пары) сосудом, с развитием соответствующей клинической симптоматики. Анатомо-топографические особенности структур, расположенных в области мостомозжечкового угла, обуславливают развитие васкулярных контактов. Считается, что причинным сосудом при васкулярной компрессии VIII нерва в подавляющем большинстве случаев является передняя нижняя мозжечковая артерия, т.е. её аномалии (в виде петли, провисания, долихоэктазии), а местом конфликта – зона выхода корешка нерва из ствола мозга (root entry/exit zone) ввиду изменения в этой зоне строения миелиновой оболочки [1]. Данный синдром характеризуется тяжелым вращательным головокружением с тошнотой и/или рвотой, нарушением походки, ощущением неустойчивости, также имеет место шум в ушах, снижение слуха. Ряд авторов подчеркивают отсутствие специфических клинических проявлений, которые будут точными и структурированными критериями установки данного диагноза [1].

Говоря о вопросах дифференциальной диагностики головокружений, нельзя не упомянуть такую патологию, как болезнь Меньера. Её место в структуре причин головокружений варьируется по данным различных авторов, но в среднем процент достигает порядка 6%. Чаще всего болезнь Меньера встречается у людей молодого и среднего возраста, начинается преимущественно с одностороннего поражения [2]. В этиопатогенезе развития заболевания на первый план выходят местные вазомоторные расстройства в сосудах лабиринта, в результате чего повышается продукция эндолимфы (эндолимфатический гидропс), что оказывает раздражающее действие на вестибулярные рецепторы [2]. Однако понятие эндолимфатического гидропса используют как в отношении болезни, так и в отношении синдрома Меньера. Различие заключается в том, что болезнь Меньера – идиопатическое состояние, а синдром вторичен по отношению к различным процессам, влияющим на продукцию и резорбцию эндолимфы (эндокринные нарушения, травмы, электролитный дисбаланс, аутоиммунная патология, паразитарные и др. инфекции, синдром Когана (интерстициальный кератит) [4]. Клиническая картина складывается из периодических приступов сильного головокружения длительностью от 1-3 до 5-6 часов, сочетающихся с нарушениями слуха по типу полноты, распирания, шума, звона в ухе, и снижения слуха [2]. Однако John C Li в своей публикации от 2020 года предпочитает выделять своеобразную тетраду симптомов и клинических проявлений: флуктуирующая потеря слуха, ситуационное эпизодическое головокружение по типу ощущения вращения, иногда весьма тяжелой степени, тиннитус (шум и звон в ушах), ощущение полноты в ухе [4]. Для диагностики болезни Меньера используются

диагностические критерии, разработанные в 2015 году коллективами Общества Барани, Японского общества исследования равновесия, Европейской академией отологии и отоневрологии, Американской академией оториноларингологии и хирургии головы и шеи и Корейского общества изучения равновесия [6]. Для диагностики, в том числе и для дифференциации болезни Меньера от других патологий, которые могут вызывать головокружение различного характера и отолгическую симптоматику, необходимо проведение тональной пороговой аудиометрии [5]. John C Li считает, что болезнь Меньера можно отнести к диагнозу исключения, поскольку уже по определению это состояние идиопатического характера, то есть, если причина ясна, то уже нельзя утверждать, что головокружение и отолгическая симптоматика обусловлена именно болезнью Меньера [4].

К причинам головокружения можно отнести также вестибулярный нейронит, развитие которого связывают с воспалительным процессом вестибулярной порции преддверно-улиткового нерва. Подобное воспаление может возникнуть в результате многочисленных инфекционных агентов по типу преимущественно вирусной инфекции [2]. Не менее важное значение придается и сосудистой теории (нарушение кровотока в лабиринтной артерии) [7]. Вестибулярный нейронит может проявить себя в любом возрасте, но чаще всего данная патология встречается у лиц молодого возраста. В клинической картине на первый план выходит тяжело переносимый приступ головокружения продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней, самопроизвольно купирующийся, сопровождающийся вегетативной симптоматикой (тошнота, рвота), нередко – нарушением равновесия [2]. Головокружение при вестибулярном нейроните усиливается при любых движениях головы и изменениях положения тела [7]. Особое внимание в диагностике вестибулярного нейронита уделяется неврологической симптоматике (диагноз исключается при наличии в неврологическом статусе онемения конечностей, нарушения речи, глотания, выраженной цефалгии, двигательных нарушений в конечностях) [7].

При воспалительном поражении лабиринта (лабиринтите), возникающем, в основном, ввиду вирусных инфекций, осложнений воспалительных процессов среднего уха, менингитов, травм височной кости, кровотечений, опухолей образований, также может возникать головокружение в совокупности с нистагмом.

Нами проанализированы медицинские карты стационарных пациентов, проходивших лечение в оториноларингологических отделениях 4 ГКБ г. Минска (n=20) по поводу головокружения. Основными диагнозами при госпитализации явились периферический вестибулярный синдром в 40% случаев, болезнь Меньера – также в 40%, вестибулярный нейронит и синдром Меньера – в 10% случаев каждый. При этом 80% пациентов – лица женского пола, и чаще всего головокружение, связанное с оториноларингологической патологией, встречается в молодом возрасте в диапазоне от 20 до 44 лет. У 100% пациентов из выборки головокружение вращательного характера, преимущественно приступообразное. В 60% случаев сопровождалось снижением слуха и/или шумом в ушах (в большинстве случаев наблюдается изолированная симптоматика). Нистагм описан у 5 пациентов (25%), преимущественно горизонтальный средне- или мелкоамплитудный, в противоположную больному уху сторону, имеющий место лишь в остром периоде

заболевания (в среднем от 3 до 7 дней, при этом на 7-е сутки уменьшался, на 10-е, как правило, уже не выявлялся). Следует отметить, что у 8 пациентов (в 40% случаев) диагноз при поступлении не совпадал с заключительным клиническим диагнозом.

Выводы:

1. Для выявления причины головокружения с нарушением функции слуха или без такового требуется мультидисциплинарный подход и дифференциальная диагностика между многими заболеваниями центральной нервной системы или органа слуха.

2. Основными диагнозами при госпитализации пациентов с головокружением в исследовании явились периферический вестибулярный синдром (40%), болезнь Меньера (40%), вестибулярный нейронит (10%) и синдром Меньера (10%). У 8 пациентов (в 40% случаев) диагноз при поступлении не совпадал с заключительным клиническим диагнозом.

3. 80% пациентов в исследовании – лица женского пола; чаще всего головокружение, связанное с оториноларингологической патологией, встречалось в молодом возрасте в диапазоне от 20 до 44 лет.

4. В 60% случаев головокружение сопровождалось снижением слуха и/или шумом в ушах. Нистагм описан у 5 пациентов (%), имел место лишь в остром периоде заболевания (от 3 до 7 дней, на 7-е сутки уменьшался, на 10-е, как правило, не выявлялся).

Литература

1. Нейроваскулярный конфликт преддверно-улиткового нерва. Этиология, диагностика, методы хирургического и консервативного лечения / А.И. Крюков [и др.] // Вестник оториноларингологии – 2015 - 80(5) – С. 93-97.
2. Маркин С.П. Головокружение: стратегия преодоления / С.П. Маркин, В.А. Маркина // THE JOURNAL OF NEUROSCIENCE of B.M. Mankovskyi – 2016 - №2 (4) – С. 35-40
3. Кутлубаев М.А. Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение / М.А. Кутлубаев // Журнал неврологии и психиатрии – 2016 - №3 – С. 73-78
4. John C Li. Meniere Disease (Idiopathic Endolymphatic Hydrops) [Электронный ресурс] / John C Li, N. Lorenzo // Medscape.com (сайт). – Режим доступа: <https://emedicine.medscape.com/article/1159069-overview#a2>. Дата доступа: 07.05.2020
5. Пальчун, В.Т. Болезнь Меньера: эпидемиология, патогенез, диагностика, лечение / В.Т. Пальчун, А.Л. Гусева, Ю.В. Левина // Consilium Medicum. – 2016. - 18 (3). – С. 107–116.
6. Lopez-Escamez, J.A. Diagnostic criteria for Meniere's disease. Consensus document of the Barany Society, the Japan Society for Equilibrium Research, the European Academy of Otolology and Neurotology (EAONO), the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS) and the Korean Balance Society. / Lopez-Escamez, J.A [et al.] // Acta Otorrinolaringol Esp - 2016. - 67 (1).
7. Пальчун, В. Т. Головокружение при вестибулярном нейроните: подходы к диагностике и лечению / В. Т. Пальчун, А. А. Макоева, А. Л. Гусева // Вестник оториноларингологии. – 2018. – Т. 83. – № 3. – С. 4-10.
8. Edlow J.A. A New Diagnostic Approach to the Adult Patient with Acute Dizziness. [Электронный ресурс] / J.A. Edlow, K.L. Gurley, D.E. Newman-Toker // PubMed.com (сайт). – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6049818>. Дата доступа: 01.02.2018.
9. Марьенко И.П. Вестибулярная дисфункция: вопросы диагностики и классификации / И.П. Марьенко, С.А. Лихачев // Оториноларингология. Восточная Европа – 2019. – Т9. №1 – С.92-102