

Джаныбекова И. А.

К ВОПРОСУ О ГОЛОВОКРУЖЕНИЯХ

I.A. Djanybekova

ABOUT VERTIGO

Головокружения являются одной из актуальнейших проблем в современном мире и встречаются довольно часто. Вестибулярные нарушения в виде головокружения, нистагма, нарушения равновесия и изменения показателей следящих движений глаз являются частым проявлением многих заболеваний и могут приводить к инвалидизации.

Vertigo is one of modernest actual problem now and usually meeting not rarely now. Vestibular disorders such as vertigo, nystagmus, inbalance and change in parameters of following movements of eyes are symptoms of many diseases and may cause invalidity.

Головокружения (Г) являются одной из актуальнейших проблем в современном мире и встречаются довольно часто. Такие данные приводятся международной статистикой. В развитых странах болезни головокружения примерно в 4.3% случаев являются причиной инвалидности.

Головокружения (Г), согласно данным зарубежных авторов, делятся на четыре основные категории:

1. пресинкопа, включая ортостатическую
2. нарушение равновесия
3. легкое головокружение положения
4. собственно головокружения

Пресинкопа (П), включая ортостатическую, согласно этой классификации, протекает без потери сознания, и обычно вызвана транзиторным уменьшением кровотока головного мозга. Причинами пресинкопы могут быть: вазовагальный рефлекс, состояния после стрессов, боли и других стимулов, периферической вазодилатации, брадикардии, гипотензии;

- ✓ ортостатическая гипотензия, когда диагноз ставится на основании: уменьшения систолического артериального давления (АД) АД более 10 мм рт. ст или увеличения частоты сердечных сокращений (ЧСС) более 15 в мин после изменения положения тела в течении 1 мин.;
- ✓ уменьшение внутрисосудистого объема (в результате дегидратации, геморрагии или кровотечений), употребление лекарств (таких как периферические блокаторы, диуретики), автономная дисфункция, возможно первичная;
- ✓ пролонгированный постельный режим;
- ✓ дизритмия (в виде брадикардии или тахикардии), стеноз аорты, синдром каротидного синуса, подключичный синдром обкрадывания, анемия.

Нарушение равновесия (НР) встречается наиболее часто у пожилых людей в результате многофакторного сенсорного дефицита таких показателей, как снижение зрения, слуха. НР может быть, центральным или периферическим.

Периферическое нарушение равновесия развивается в результате периферической нейропатии (в результате дефицита витамина В12, диабета), мозжечковой дисфункции, лекарственной интоксикации.(1,2,3,4)

Легкое головокружение положения (ЛГП) описывается больными как нехорошее чувство в голове. Легкое головокружение положения может развиваться вследствие возбуждения, связанного с гипервентиляцией, может развиваться в результате недостатка кислорода или глюкозы в крови, притекающей в головной мозг (то есть развивается реактивная гипогликемия и/или анемия), метаболических нарушений (Р04, NH3), в результате приема некоторых лекарств.

Собственно головокружение (СГ) как синдром является чувством аномального движения. Собственно головокружение может быть как периферическим так и центральным.

Собственно головокружение периферического генеза часто имеет симптомы дисфункции внутреннего среднего уха:такие как, потеря слуха, признаки инфекции и др., имеет тенденцию вызывать более сильное головокружение, сопровождающееся тошнотой, рвотой и отсутствием очагового неврологического расстройства. Собственно головокружение центрального генеза часто сопровождается другими неврологическими признаками, которые отражают вовлеченность различных отделов головного мозга (чаще всего диэнцефальной области) и сопровождается пятью признаками такими как дизартрия, диплопия, дисфагия, дизэстезия, и дроп-атаки. Собственно головокружение центрального генеза - обычно нетяжелое головокружение.

Собственно головокружение периферического генеза характеризуется спонтанным нистагмом, который является периферическим, то есть обычно подавляется фиксацией, обычно нистагм ротаторный или горизонтальный и увеличивается в сторону пораженного уха.

Нистагм центрального генеза характеризуется прежде всего тем, что обычно не подавляется фиксацией, может быть любой направленности, в том числе может быть вертикальным и может менять направление в процессе наблюдения.

Наблюдение за продолжительностью, адаптивностью и утомлением нистагма

Признаки для выявления нистагма центрального и периферического генеза как дифференциально-диагностического симптома представлены в табл.1.

Таблица 1.

Нистагм	Периферический	Центральный
Продолжительность	3-20 сек до 1 мин	Немедленно
Адаптивность	да	более 1 мин нет
Утомление Симптомы	выражены	минимальны

Считается, что пристальный взгляд вызывает нистагм и 60% нормальных людей имеет нистагм при наружном латеральном пристальном взгляде. Такие

лекарства как фенитоин, диазепам, этанол тоже могут вызывать нистагм. Тестирование на ограниченность наружно-зрительного движения до 45 градусов в латеральном направлении также может вызывать нистагм при физикальном осмотре и обследовании.

Вестибулярные симптомы в виде головокружения, нистагма, нарушения равновесия и изменения параметров следящих движений глаз являются наиболее частым проявлением многих, в том числе неврологических заболеваний.

Нистагм - важнейший объективный симптом вестибулярной дисфункции (врожденной или приобретенной вследствие различных заболеваний). Поэтому исследование спонтанного и рефлекторного вестибулярного нистагма является самым распространенным методом диагностики вестибулярных функций.

Поэтому многоуровневое, полифункциональное тестирование взаимодействия всех звеньев-этапов вестибулярной системы друг с другом является необходимым контролем этой системы.

Необходимость экспертной оценки нарушений в центральной нервной системе (ЦНС) (характера и топика), необходимость получения объективных данных к субъективным жалобам неврологических больных для оценки инвалидности диктует необходимость полного тестирования деятельности глазодвигательной и вестибулярной систем для определения стойкого снижения работоспособности, инвалидности и влияют на трудовой прогноз. (1,2,3)

Такое тестирование особенно необходимо при минимальных нарушениях в виде вегетативной неустойчивости, единичных пароксизмальных состояний и минимальных неврологических дефектов в анамнезе для определения своевременного адекватного прогноза и реабилитации.

В основу исследования положены физиологические стимулы, естественные для живой природы.

Данное тестирование позволяет достаточно точно регистрировать быструю ритмичную глазодвигательную активность (такую как саккады, нистагм) и медленные аperiодичные движения глаз (при плавном перемещении стимула следящая функция глаз).

При анализе электронистагмографии необходимо сравнение классических параметров нистагменного цикла.

При исследовании следящей функции глаз обычно определяют:

- изменения взгляда на метку от центра влево и вправо

- присутствие спонтанного нистагма при закрытых глазах, а потом с открытыми глазами с фиксацией взора в центральном положении и при крайних отведениях глаз вправо, влево, вверх и вниз, который появляется в результате патологического процесса в ЦНС или лабиринте.

У больных с несистемным головокружением нистагм чаще всего не выявляется, а при наличии можно говорить о степени компенсации выявленных вестибулярных нарушений.

- определение влияния гипервентиляции на возникновение нистагма.

Гипервентиляционный тест даже без объективных признаков вестибулярной дисфункции при осмотре вызывает нистагм у больных с головокружением.

Гипервентиляционный нистагм можно объяснить возникновением церебральной гипоксии коры больших полушарий и стволовых структур вестибулярного анализатора, которая является результатом спазма артерий при снижении концентрации углекислого газа в крови. Тест также выявляет скрытую вестибулярную дисфункцию, которую невозможно выявить при обычном и неврологическом осмотре. (2,3,4,5,6)

Таким образом, головокружения сопутствуют многим заболеваниям в детском, трудоспособном и пожилом возрастах, особенно у лиц трудоспособного возраста, что требует своевременного обращения внимания на него как на симптом, выявления его, при необходимости проведения дополнительных диагностических исследований и своевременного лечения и профилактики.

Литература:

1. Никитин Ю.М., Крогенькова М.В., Давыденко И.С. // Невр.ж-л.-№1.-2008-С.4-8
2. Лихачев С.А., Марьенко И.П. // Вест.оторинол. - №1,- 2008 - С.24-27
3. Благовещенская Н.С., Отоларингологические симптомы и синдромы. М., 1990; С.73-79
4. Пастор Э. Основы нейрохирургии.-1985.-278 С.
5. Шлейфер С.Г., Абитова Г.К., Дука В.А.// Актуальные вопросы физиологии (Сб.ст. КРСУ).-1999.-С.372-375
6. Arnason B.G.W. In Neurologic Clinics.-Vol(3).-1983.- P.765-782
7. Brenner T.R. P. WJ.Neurochem.- Vol. 46,- 1986.-P.54-60
8. Early changes in experimental allergic neuritis/Powell H.C.L. et al.WLab. Invest.- Vol.48-1983.-P.332-338

Рецензент: д.мед.н., профессор Кенжебаев М.Г.