

Джаныбекова И.А.

К ВОПРОСУ О ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Djanybekova I.A.

ABOUT VESTIBULAR DISORDER

Вестибулярная дисфункция является одной из актуальнейших проблем в современном мире и встречаются довольно часто. Вестибулярные нарушения в виде нарушения равновесия, изменения показателей следящих движений глаз, головокружения, нистагма являются частым проявлением многих заболеваний и могут служить причиной инвалидизации.

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

Вестибулярная дисфункция является одной из актуальнейших проблем в современном мире и встречаются довольно часто. Такие данные приводятся литературной статистикой. Во многих развитых странах вестибулярная дисфункция примерно в 4% случаев может стать причиной стойкой нетрудоспособности.

Вестибулярные симптомы в виде головокружения, нистагма, нарушения равновесия и изменения параметров следящих движений глаз являются частым проявлением многих, в том числе наиболее распространенных заболеваний при патологии сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета, неврологических заболеваний и др.

Наиболее важным объективным симптомом вестибулярной дисфункции (врожденной или приобретенной вследствие различных заболеваний) является нистагм. (1,2,3,5)

Определение спонтанного и рефлекторного вестибулярного нистагма является наиболее распространенным методом в диагностике вестибулярных функций.

Многоуровневое, полифункциональное тестирование всего взаимодействия всей вестибулярной системы является необходимым контролем этой системы.

Необходимость получения объективных данных к субъективным жалобам неврологических больных, необходимость экспертной оценки возникших нарушений в центральной нервной системе (ЦНС) с учетом характера и топике процесса, необходимость оценки инвалидности обуславливает 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.(4,6)

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 нистагмного цикла.

В исследование следящей функции глаз 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 (Г) нистагм чаще всего не выявляется, а при его 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 Г .

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 осмотре.

- шейной гиперпроприоцепция влияют на возникновение вестибулярно-индуцированного нистагма и его изменения при гипервентиляции.

Во время поворота головы или механического раздражения при неподвижной голове шейных проприорецепторов создаются афферентные стимулы-сигналы, вызывающие нистагм.

Также кратковременное снижение кровоснабжения ствола мозга в результате компрессии остеофитами позвоночных артерий объясняет происхождение этого процесса.

Симптом де Клейна - объективный признак вестибулярной дисфункции стволовой части головного мозга в клинической картине неврологических проявлений остеохондроза шейного отдела позвоночника. Гипервентиляция может значительно повышать информативность пробы де Клейна.

- проба Вальсальвы на исследование нистагма. При установленной вегетативной неустойчивости у больных регистрируется нистагм, который возникает

опосредовано за счет изменения кровообращения и за счет влияния симпатической и парасимпатической нервной системы на вестибулярный анализатор.

- исследование нистагма (кортикального, субкортикального, фиксационного оптокинетического) при оптокинетической стимуляции. (1,2,3)

- периферического генеза может развиваться в результате таких заболеваний как: вестибулярный нейронит, лабиринтит, после черепно-мозговых травм, синдрома Меньера, воспалительного лабиринтита (как осложнение сифилиса, васкулита), других местных заболеваний (как холестеатома, острый/хронический средний отит, фистула...); в результате приема вестибулотоксических лекарств;

- может развиваться головокружение центрального генеза в результате таких заболеваний как: ишемия или инфаркт мозжечка или головного мозга (диэнцефальной области), опухоли мосто – мозжечкового угла, демиелинизирующие болезни, поражения головного мозга (диэнцефальной области), острые состояния как например эпилепсия, мигрень, семейные наследственные заболевания (спинно-мозжечковые дегенерации.)

Легкое головокружение положения (ЛГП) наиболее часто подразумевает головокружение периферического генеза, которое может развиваться в любом возрасте, чаще после сорока лет. ЛГП может сопровождать черепно-мозговую травму (развиться сразу или в течении нескольких недель), может протекать без потери слуха, может проявляться при изменении положения головы, может протекать без спонтанного нистагма, обычно бывает самоограниченным, может продолжаться недели, месяцы, может возвращаться потом через годы, лечится упражнениями положения.

Такие больные нуждаются не только в специальных обследованиях, но и лабораторном и инструментальном обследовании. Лабораторное обследование включает исследование сахара крови натощак.

Кардиологическое обследование включает, если есть пресинкопа: эхо- кардиограмму, электрокардиограмму (ЭКГ) в течении 24 ч, доплер- исследование. Обследование включает магнитно-резонансную томографию, если предполагается центральный генез заболевания, аудиограмму для расшифровки необъяснимой потери слуха, электро- нистагмографию, ротационный тест, постурографию.

Известно, что «золотым стандартом» исследования магистральных артерий шеи и головы, принято считать рентгеноконтрастную ангиографию. Сегодня предпочтение отдается новому неинвазивному методу исследования всей сосудистой системы головы - магнитно-резонансной ангиографии с широкими диагностическими и безопасными возможностями.

Лечение головокружения основано на использовании лекарств против головокружения, продолжительность которого обычно ограничено до 3 нед - это рекомендуемые литературой противорвотные лекарства, специфические при вестибулярном

нейроните (декадрон 6 мг в/м, преднизон 40 мг в день в течении 5 дней), компазин, при синдроме Меньера - ограничение соли, диуретики. Лечение пресинкопы (П) зависит от специфической причины, вызвавшей П (лечение аритмии, отмена лекарства вызвавшего П, лечение автономной дисфункции). Лечение нарушения равновесия зависит от специфической причины, вызвавшей его (лечение периферической нейропатии, дисфункции мозжечка и др.).(7,8,9)

Для пожилых людей с нарушениями сенсорных функций требуется коррекция нарушенных функций органов чувств (помощь со слухом - слуховые аппараты, коррекционные линзы для пресбиопии, удаление катаракты и др). Необходима пожилым людям коррекция для нарушенных функции органов чувств со стороны окружающей среды для уменьшения риска падения (адекватный свет, освещенный путь и др).

Так, на базе ЦСМ №18 г.Бишкек была оценена заболеваемость больных с различными заболеваниями (с целью косвенной оценки Г), общая заболеваемость которой составила в 2005 г. - 62484,3, в 2006 г. - 60823,4, в 2007 г. - 60311,6 (на 100000). На органы кровообращения пришлось в 2005г. - 22%, в 2006 г. - 20,6%, в 2007 г. -22,8%. При рассмотрении посещаемости отдельных специалистов была выявлена следующая ситуация - так посещаемость невропатолога составила в 2006 г. - 6560, в 2007 г. - 7090, по поводу заболеваний в 2006 г. - 4044, в 2007 г. - 3302; посещаемость ЛОР- врача составила в 2006 г. - 6842, в 2007 г. - 6525, по поводу заболеваний в 2006 г. - 4915, в 2007 г. - 4966. Таким образом, можно видеть высокую обращаемость пациентов за медицинской помощью, особенно пожилых людей с заболеваниями, которые могут проявляться и Г, как одним из симптомов заболевания. Все эти показатели косвенно могут показывать возможную высокую частоту Г как одного из симптома цереброваскулярных заболеваний и патологии ЛОР-органов, в частности, внутреннего среднего уха и вестибулярной системы. (2,5,8,9)

Пациентам с головокружением ЦСМ №18 г.Бишкек давались рекомендации по лечению.

Литература:

1. Никитин Ю.М., Кротенкова М.В., Давыденко И.С. //Невр.ж-д.-№1.-2008 – С.,4-8
2. Лихачев С.А., Марьеико 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. Шмакова И.П.//Мед.реабил. и физтерапия(материалы междунар.конф.).- 1997.-С.200-203
7. Arnason B.G.W. In Neurologic Clinics.-Vol{3}).-1983.- P.765-782
8. Brenner T.R.P. WJ.Neurochem.- -Vol. 46,- 1986.-P.54-60
9. Early changes in experimental allergic neuritis/Powell H.C.L. et al.WLab. Invest.- Voi.48-1983.-P.332-338.

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