

Дифференциальная диагностика острой вестибулопатии



ординатор кафедры неврологии
ИГМА Н.В.Корепанова
2012 г

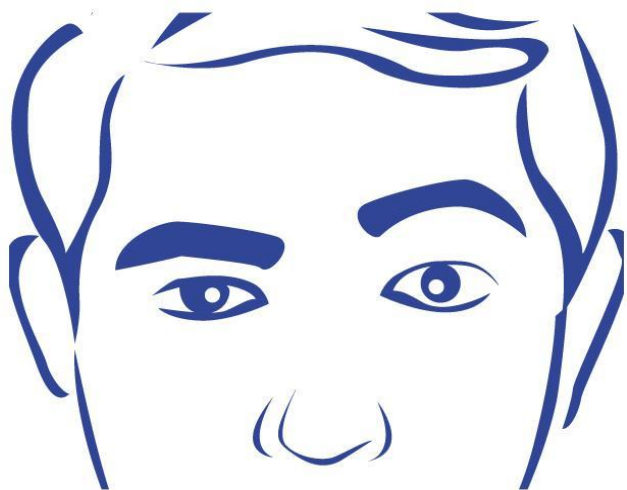
Первичное обследование больного с жалобами на головокружение

1. Жалобы и анамнез

Часто диагноз можно поставить лишь на их основании без дополнительных исследований.

2. Исследование движений глазных яблок

во всех плоскостях; исследование разностояния глазных яблок по вертикали.

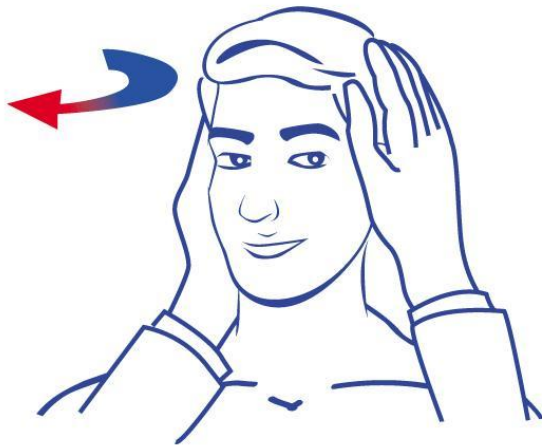
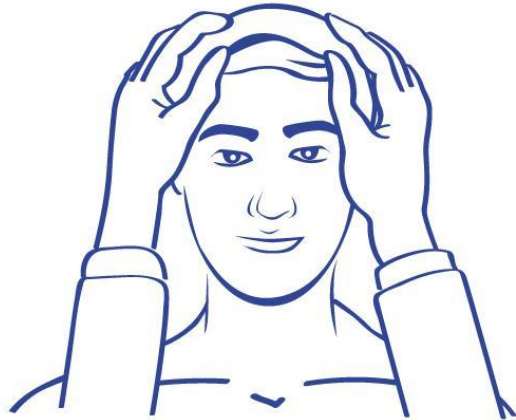


3. Исследование нистагма

Поскольку нистагм, вызванный заболеваниями периферической вестибулярной системы, подавляется фиксацией взора, лучше проводить исследование в очках Френзеля.



Первичное обследование больного с жалобами на головокружение



4. Исследование горизонтального вестибулоокулярного рефлекса

Больной фиксирует взор на переносице стоящего перед ним врача, который резко поворачивает голову пациента поочередно влево и вправо.

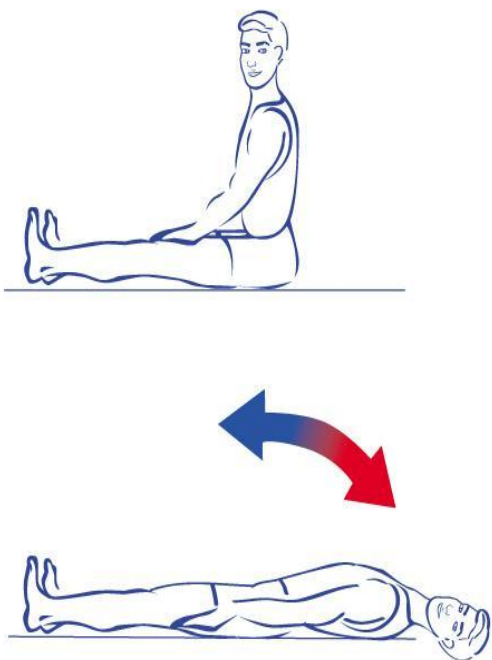
В норме, благодаря компенсаторному движению глаз в противоположном направлении, глаза остаются фиксированными на переносице и не поворачиваются вслед за головой.

При утрате функции одного из лабиринтов при повороте головы в сторону пораженного уха возникает коррекционная саккада, позволяющая вернуть взгляд в исходное положение.

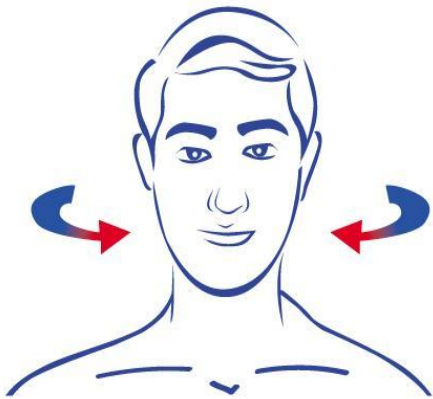
Первичное обследование больного с жалобами на головокружение

7. Позиционная проба (проба Дикса–Холлпайка)

Больной садится на кушетку и поворачивает голову на 45 градусов вправо или влево. Врач, фиксируя руками голову больного, быстро перемещает его в положение «лежа на спине», при этом голова пациента свешивается за край кушетки и находится в расслабленном состоянии, удерживаемая руками врача. Проба положительна, если возникает головокружение и горизонтально-ротаторный нистагм (характерно для позиционного головокружения). Время от выполнения наклона до появления нистагма не превышает 3–4 сек., его длительность — 30–40 сек.



Первичное обследование больного с жалобами на головокружение



5. Проба с энергичным встряхиванием головы

Больному предлагают 10–15 сек. энергично поворачивать голову из стороны в сторону. Затем исследуют нистагм.

В случае односторонней периферической вестибулопатии сразу возникает нистагм, медленная фаза которого направлена в сторону пораженного лабиринта.

При центральных повреждениях (например, мозжечка) после встряхивания может появиться вертикальный нистагм.



Первичное обследование больного с жалобами на головокружение



6. Исследование горизонтальных и вертикальных саккад

Больной переводит взгляд с одного предмета на другой в горизонтальной и вертикальной плоскости. Предметы располагают перед лицом больного примерно на расстоянии 40 см друг от друга (это могут быть пальцы рук врача). Отмечают точность, скорость и содружественность саккад.

В норме глаза переводятся одним быстрым скачком, который может дополняться одной небольшой коррекционной саккадой.

Замедление или неточность саккад встречается при интоксикациях, поражениях головного мозга, например вследствие дегенеративных заболеваний нервной системы или инсульта.

Первичное обследование больного с жалобами на головокружение

Проводится ЛОР-врачом или отоневрологом по показаниям



11. Инструментальное обследование:

а. Тональная пороговая аудиометрия.

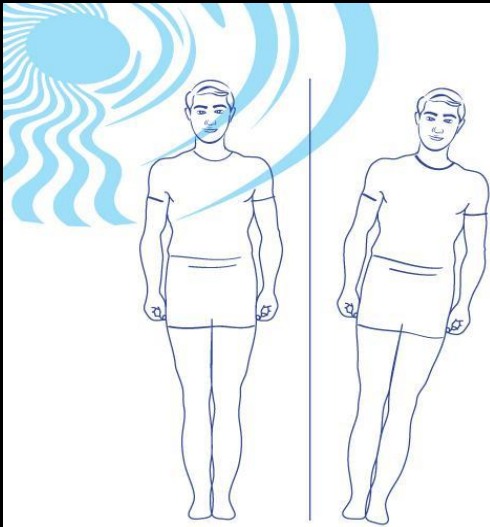
Сочетание головокружения со снижением слуха характерно для повреждения внутреннего уха (лабиринтит, болезнь Меньера и т.д.) или вестибулокохлеарного нерва. Выявляется нейросенсорный тип тугоухости. Для болезни Меньера характерно снижение слуха преимущественно на низких частотах.

б. Калорическая проба.

Холодовая и тепловая стимуляция (водой или воздухом) внутреннего уха вызывает головокружение и нистагм. Последний в случае холодной стимуляции направлен в сторону, противоположную раздражаемому уху, а в случае тепловой стимуляции — в сторону раздражаемого уха.

Повреждение периферического вестибулярного аппарата сопровождается отсутствием или снижением реакции на калорическую стимуляцию.

Первичное обследование больного с жалобами на головокружение

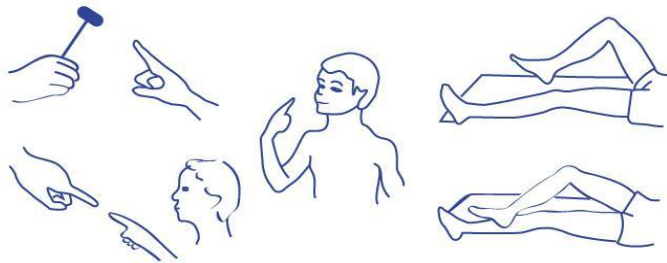


8. Проба Ромберга

Больной стоит с плотно сдвинутыми ступнями сначала с открытыми, затем с закрытыми глазами. Диагностическое значение имеет пошатывание или падение вперед-назад или в стороны. При одностороннем поражении периферического вестибулярного аппарата больной отклоняется в сторону поражения. Для повышения чувствительности можно стоять на одной ноге, ставить ноги по одной линии.

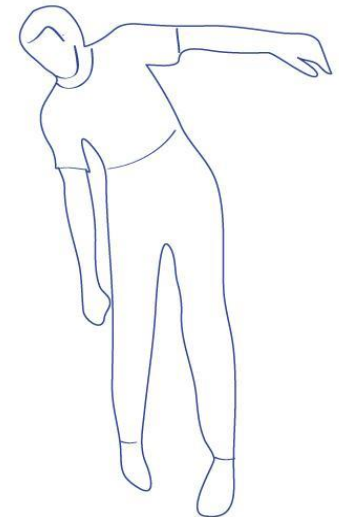
9. Указательная, пальце-носовая, пяточно-коленная пробы

Гиперметрия и интенционный тремор при выполнении этих проб свидетельствуют о поражении мозжечка.



10. Исследование походки

Неустойчивая походка с широко расставленными ногами характерна для поражений мозжечка.



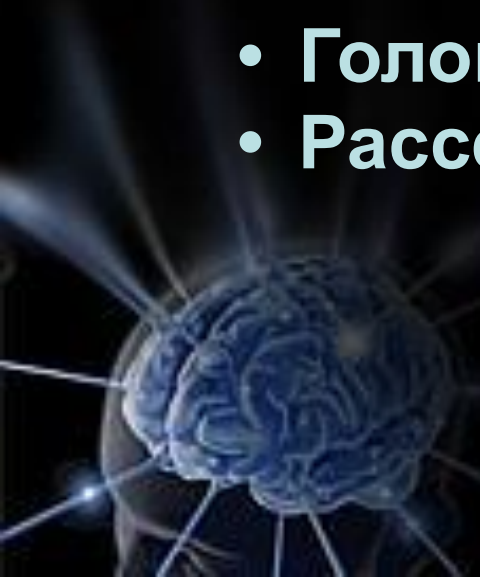
Основные различия между центральным и периферическим вестибулярным головокружением

Клинические особенности	Периферическое головокружение	Центральное головокружение
симптом поражения ствола мозга и/или мозжечка	Нет	В большинстве случаев
Нистагм	Горизонтальный или горизонтально-ротаторный	Горизонтальный, вертикальный, альтернирующий
Фиксация взора	Уменьшает головокружение и нистагм	Не оказывает влияния
Нарушение слуха и/или шум, звон в ухе	Наблюдается при сочетанном поражении улитки, слуховой порции преддверно-улиткового нерва	Не характерно
Причины	ДППГ, болезнью Меньера вестибулярным нейронитом, перилимфатическая фистула, лабиринтит и невринома преддверно-улиткового нерва	нарушением мозгового кровообращения в ВБС, вестибулярной мигренью, РС, новообразованием ствола мозга

Причины головокружения

- Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (34,3%*)
- Пресбиатаксия (20%*)
- Болезнь Меньера (5,9%*)
- Ортостатическая гипотензия (5,9%*)
- Фобический постуральный синдром (5,7%*)
- Вестибулярный неврит (4,3%*)
- Головокружение и мигрень (3%*)
- Рассеянный склероз (1%*)

* по данным Мишель Тупе 2002год



Причины головокружения

- Болезнь паркинсона (1%*)
- Отолитовый синдром (0,8%*)
- Нарушение равновесия экстравестибулярного характера(0,7%*)
- Акустическая невринома (0,4%*)
- Поражение, вызванное ототоксическими препаратами (0,1%*)

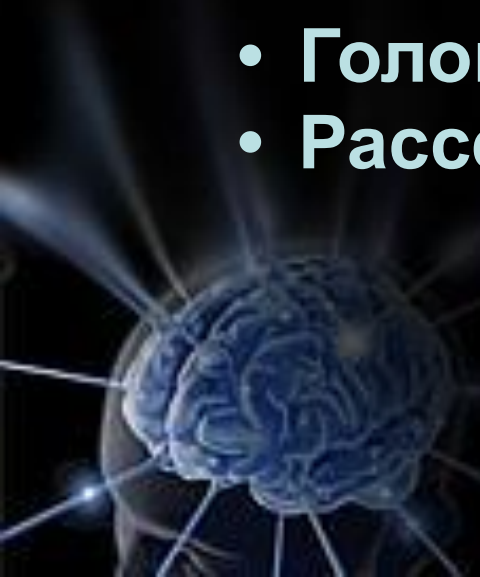
*по данным Мишель Тупе 2002год



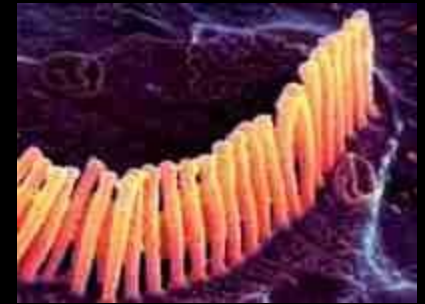
Причины головокружения

- Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (34,3%*)
- Пресбиатаксия (20%*)
- Болезнь Меньера (5,9%*)
- Ортостатическая гипотензия (5,9%*)
- Фобический постуральный синдром (5,7%*)
- Вестибулярный неврит (4,3%*)
- Головокружение и мигрень (3%*)
- Рассеянный склероз (1%*)

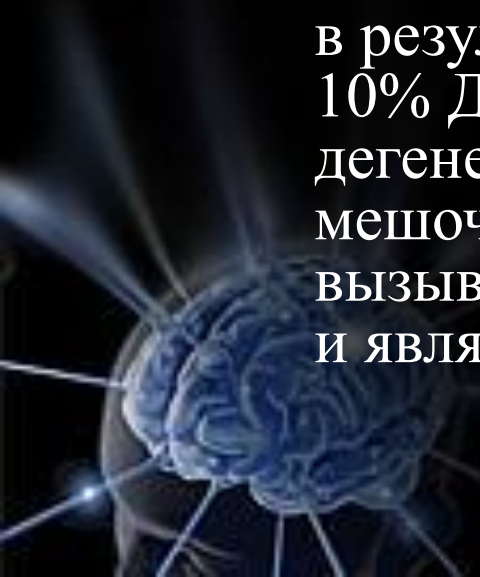
* по данным Мишель Тупе 2002год



Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение

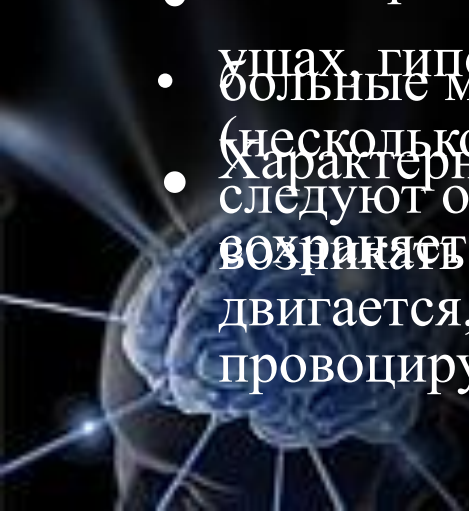


- обусловлено появлением в полукружных каналах свободно перемещающихся или (реже) фиксированных на купуле ампулярного рецептора отолитовых частиц.
- Отолитовые частицы предположительно образуются в результате спонтанной или вызванной травмой (в 10% ДППГ возникает вследствие травмы головы) дегенерации отолитовой мембраны эллиптического мешочка. Под действием гравитации эти частицы вызывают движение купулы полукружного канала, что и является причиной головокружения



Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение

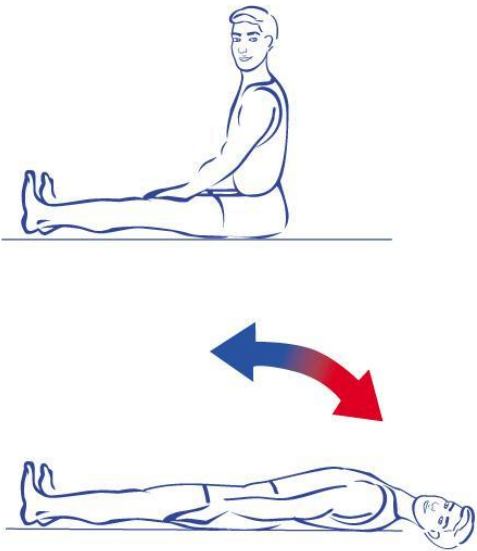
- Очень быстрые приступы длящиеся несколько секунд (не более 1 минуты) и возникающие при специфических условиях (движения головы, шеи), приступу предшествует короткий латентный период,
- Может сопровождается нистагмом, характер которого зависит от пораженного лабиринта
- Не сопровождается другими жалобами (головная боль, шум в ушах, гипоакузия)
- Больные могут жаловаться на непрерывное головокружение (несколько часов или даже суток), когда приступы ДППГ
- Характерно головокружение «лежа в кровати». Пациент следуют один за другим с небольшими интервалами, могут возникнуть приступы провокация (если пациент избегает головокружения двигается, постоянно меняет положение головы и тем провоцирует новые приступы)



ДППГ. Диагностические процедуры

7. Позиционная проба (проба Дикса–Холлпайка)

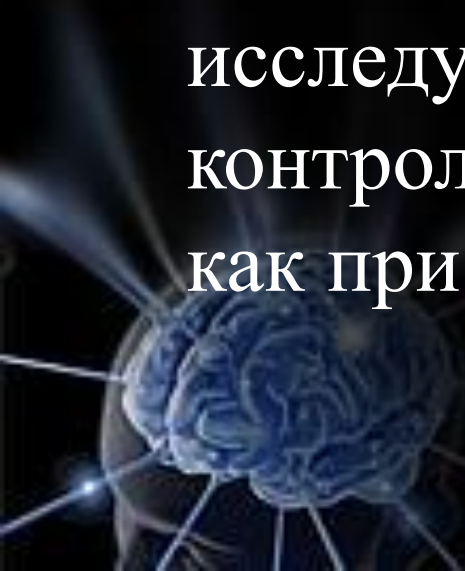
Больной садится на кушетку и поворачивает голову на 45 градусов вправо или влево. Врач, фиксируя руками голову больного, быстро перемещает его в положение «лежа на спине», при этом голова пациента свешивается за край кушетки и находится в расслабленном состоянии, удерживаемая руками врача. Проба положительна, если возникает головокружение и горизонтально-ротаторный нистагм (характерно для позиционного головокружения). Время от выполнения наклона до появления нистагма не превышает 3–4 сек., его длительность — 30–40 сек.



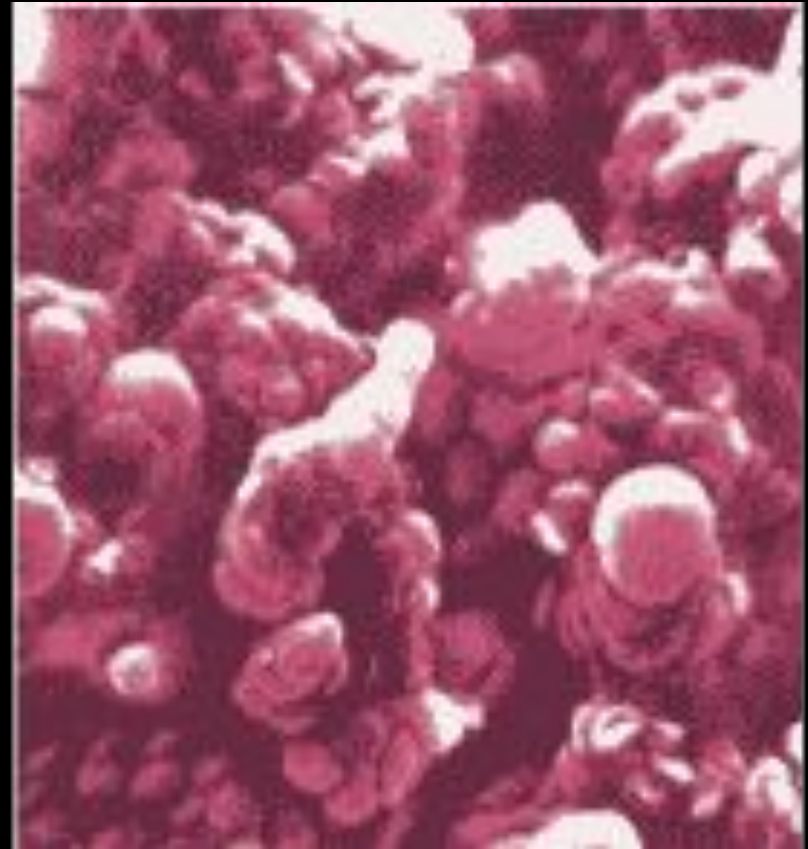
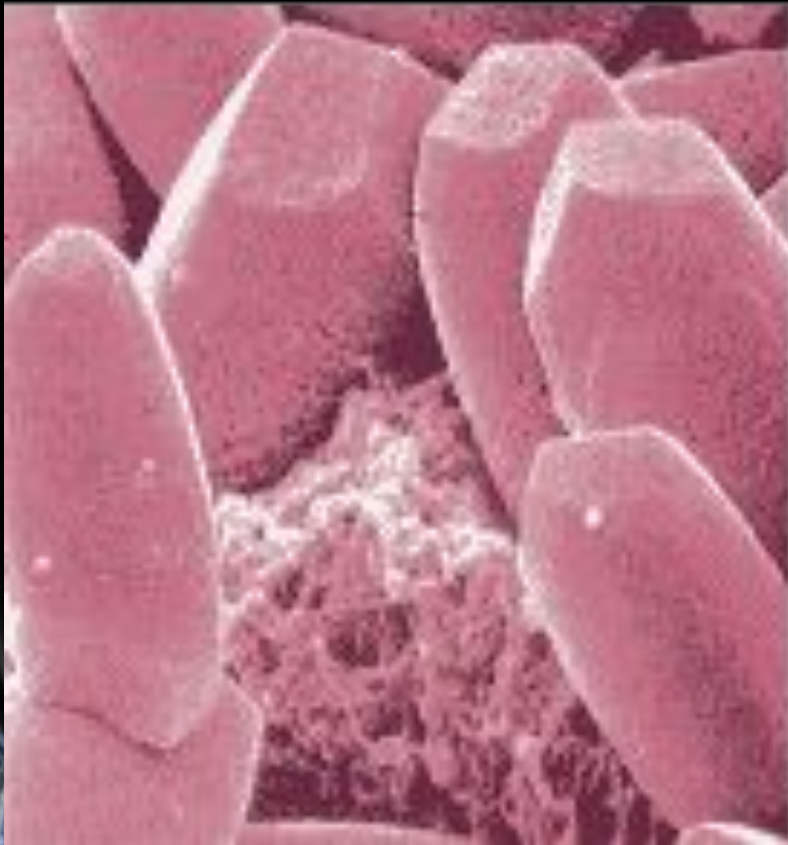
ДППГ. Терапевтическая процедура

С приподнятой головой пациент ложиться на бок, врач становится лицом к кушетке и сильно рывком поворачивает больного на 180 градусов в другую сторону

Чтобы избежать травмирования пациента, исследующий должен поддерживать и контролировать руки, ноги и шею больного, как при диагностической процедуре

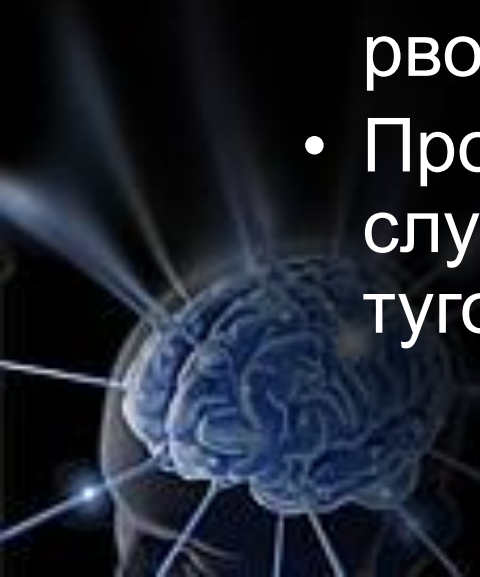


Слева – нормальные отолиты, справа – отолиты при болезни Меньера



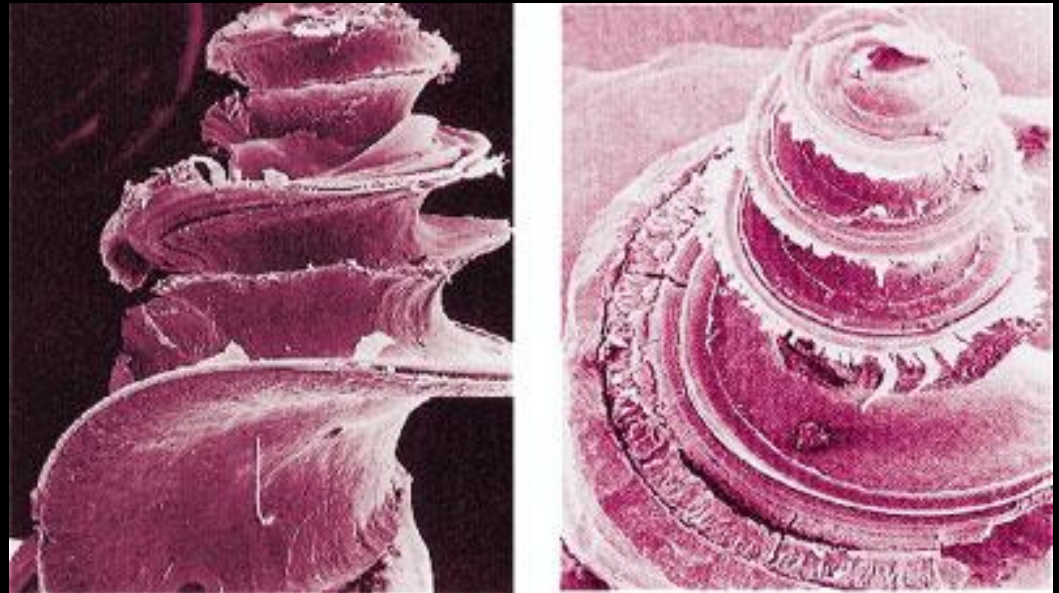
Болезнь Меньера

- Повторяющиеся приступы системного головокружения от 15 мин до нескольких часов
- Флюктуирующий шум в ухе, ощущение «полноты», распираания
- Тошнота, на высоте приступа рвота, приносящая облегчение.
- Прогрессирующее снижение слуха - Нейросенсорная тугоухость (низкие частоты)



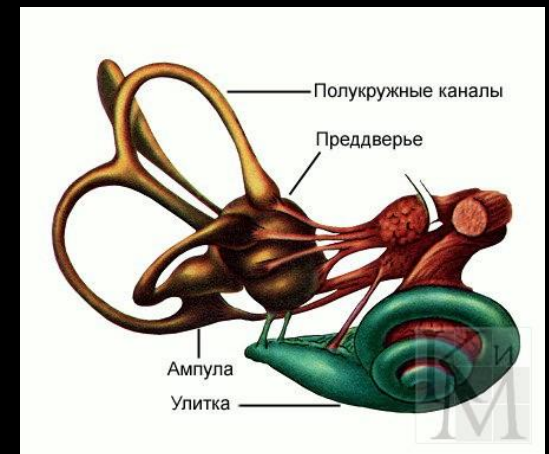
Диагностика болезни Меньера

- Слуховые вызванные потенциалы
- Видеонистагмография
- Калорические вестибулярные тесты
- Камертональный тест
- Аудиометрия



Вестибулярный неврит

- в возрасте 30-60 лет, мужчины и женщины болеют одинаково часто
- избирательное воспаление вестибулярного нерва (нейротропная вирусная инфекция - вирус простого герпеса I типа, паротит)
- может предшествовать респираторная вирусная инфекция
- Нет сопутствующей неврологической симптоматики
- Спонтанное выздоровление
- Отсутствие в анамнезе заболеваний ушей



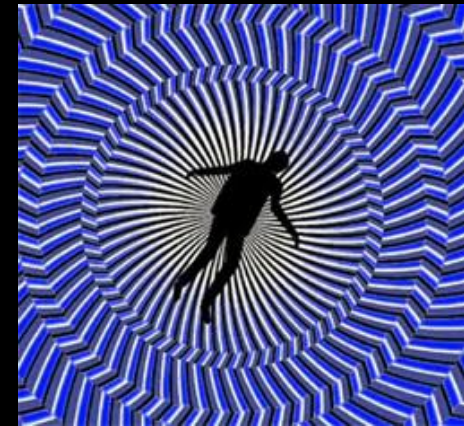
Вестибулярный неврит

- Острый, изолированный приступ головокружения от нескольких часов — до нескольких дней
- Симптомы усиливаются при движении головы, но не проходят в покое,
- Головокружение может уменьшится при фиксации взора
- После прекращения головокружения может сохраняться неустойчивость при ходьбе (сутки-недели)
- вестибулярная функция восстанавливается лишь в 40% случаев. У остальных больных полное или частичное нарушение функции лабиринта сохраняется на всю жизнь, но головокружения и неустойчивости они не испытывают из-за вестибулярной компенсации

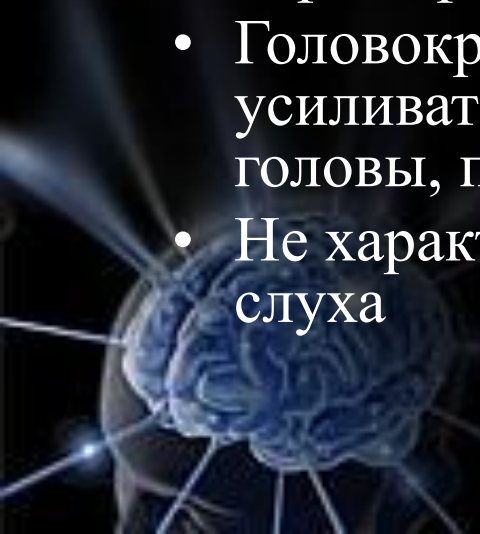


Мигрень

«доброкачественное рецидивирующее головокружение у взрослых», «мигрень-ассоциированное головокружение» и «мигренозная вестибулопатия»

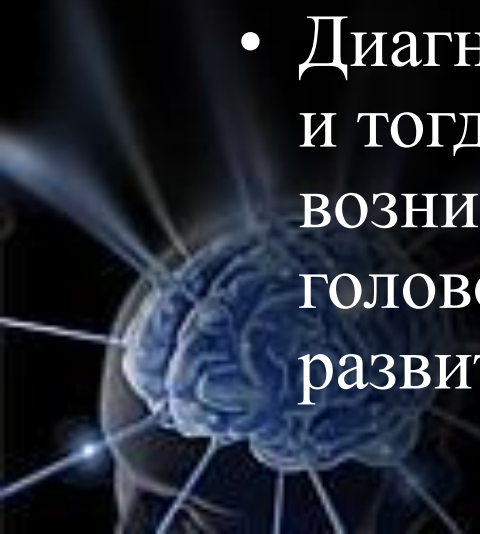


- Приступы внезапного умеренного или выраженного головокружения, неустойчивости, часто сопровождающиеся мигренозной головной болью.
- Приступ от нескольких минут до нескольких часов, реже — более суток.
- могут возникать рвота, спонтанный нистагм, фото- и фонофобия.
- Головокружение уменьшается постепенно, может усиливаться при изменении положения головы, приобретая позиционный характер.
- Не характерны шум или звон в ушах, снижение слуха



Мигрень

- Диагноз вестибулярной мигрени наиболее обоснован у больных, имеющих в анамнезе типичные приступы мигрени с аурой или без ауры, у которых возникают приступы головокружения, сопровождающиеся характерной мигренозной головной болью, фото- и фонофобией.
- Диагноз вестибулярной мигрени вероятен и тогда, когда у больного с мигренью возникают приступы системного головокружения, которые нельзя объяснить развитием другого заболевания



Рассеянный склероз

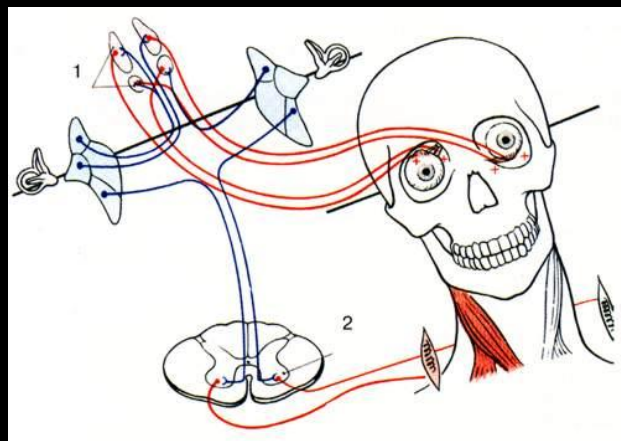
- Преимущественно женщины, молодой возраст
- Наличие сопутствующей неврологической симптоматики
- Данные МРТ
- СВП



Апоплексия лабиринта

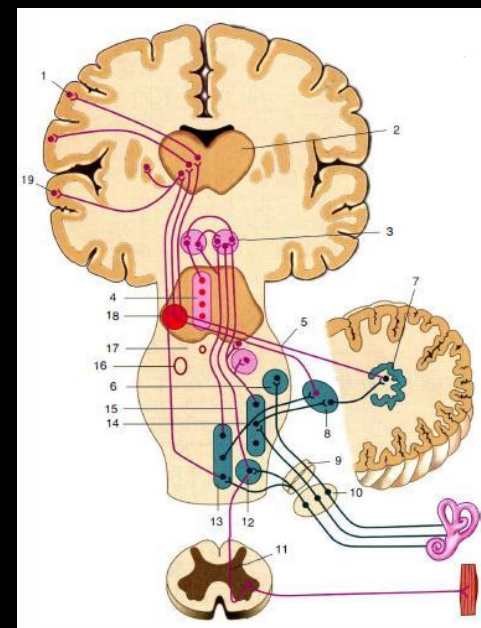
(Острое нарушение кровообращения (тромбоз, эмболия) в лабиринтной артерии или кровоизлияние в ушной лабиринт)

- сильнейшее, внезапно возникшим головокружением, тошнотой, рвотой, расстройством равновесия и координации движений.
- Одновременно появляется шум в одном ухе и резкое снижение слуха, вплоть до полной глухоты.
- В отличие от болезни Меньера: наблюдается однократный вестибулярный криз, влекущий за собой стойкую глухоту на одно ухо
- В отличие от инсульта :отсутствие очаговых неврологических СИМПТОМОВ.



ОНМК в вертебрально-базилярном бассейне , приводящее к ишемии в области вестибулярных ядер

- головокружением с тошнотой, рвотой, расстройством равновесия,
- как правило, присутствует очаговая неврологическая симптоматика.
- Слуховые расстройства могут отсутствовать либо проявляются двусторонним снижением слуха и шумом в ушах. (в отличие от апоплексии лабиринта, тк проводящие пути слухового анализатора на уровне слуховых ядер частично перекрещиваются)
- длительность сохранения вестибулярных нарушений.
(При периферических вестибулярных синдромах компенсация вестибулярной функции развивается гораздо быстрее благодаря сохранности вестибулярного ядерного комплекса.



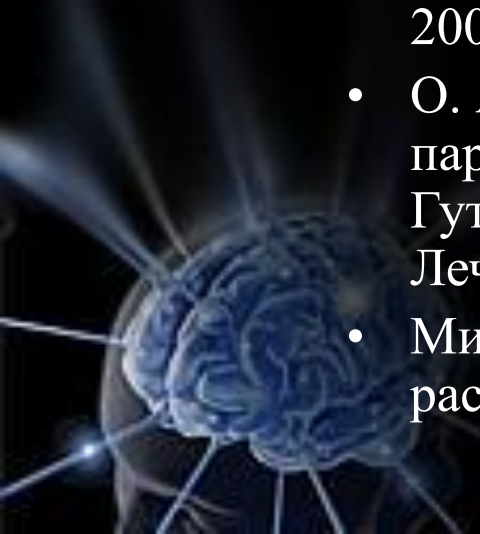
ОНМК в вертебрально-базилярном бассейне с поражением мозжечка

- системное головокружение и кратковременная атаксия без общемозговых и стволовых симптомов (С. А. Афанасьева и соавт., 2003).
- чаще недостаточность кровообращения в ВБС на фоне гипертонической болезни проявляется статической и динамической атаксией в виде неустойчивости и пошатывания при ходьбе при незначительных нарушениях координации движений (Н. В. Верещагин, 2001).



Список литературы

- www.vertigo.ru
- Н. В. Бойко «Головокружение в практике врача-терапевта»,
РостГМУ, Ростов-на-Дону
Лечащий врач, апрель 2010, № 4
- М.В. Замерград., О.А. Мельников «Болезнь Меньера»
Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, 2011 №1, стр.
5-8
- М.В. Замерград «Вестибулярное головокружение»
Медицинский центр «Гута-Клиник», Москва
Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, №1, с 14-18,
2009
- О. А. Мельников, М. В. Замерград «Доброкачественное
пароксизмальное позиционное головокружение»
Гута-клиник, Москва
Лечащий врач, №1, 2000
- Мишель Тупе «Основные диагнозы при головокружение и
расстройств равновесия» 2002 г.





Спасибо за внимание