

Диагностическая видеонистагмография у пациентов с головокружением на фоне цереброваскулярных заболеваний

И.Н. Тоболов, Е.В. Дорофеева, М.А. Железнова, В.С. Бугаев, Н.Э. Дорощенко, Д.П. Денисов
ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией и другими цереброваскулярными заболеваниями часто предъявляют жалобы на головокружение. Проведение видеонистагмографии позволяет уточнить вид головокружения и проводить патогенетически обоснованную терапию.

Ключевые слова: видеонистагмография, цереброваскулярные заболевания, головокружения.

Patients with discirculatory encephalopathy and other cerebrovascular disorders quite often complain of dizziness. Diagnostic videonistagmography in such patients allows to better define the type of dizziness and to prescribe pathogenetically grounded therapy.

Key words: videonistagmography, cerebrovascular disorders, dizziness.

Цереброваскулярные заболевания представляют одну из самых распространенных групп болезней нервной системы. Дисциркуляторная энцефалопатия, в основе патогенеза которой лежит хроническая недостаточность мозгового кровообращения, является наиболее частой нозологией из этой группы. Комплекс жалоб, которые больной предъявляет врачу-неврологу при первичном осмотре, как правило, включает жалобы на головокружение. При этом головокружение может быть ведущей жалобой при вестибулярной дисфункции. Головокружением может проявляться около 80 заболеваний: неврологических, психических, сердечно-сосудистых, офтальмологических, оториноларингологических и др. [2, 4–6, 8, 9].

Описывая свои ощущения, называемые «головокружением», пациенты говорят о «вращении», «падении в бездну», «дурноте», «потемнении в глазах», «предобморочном состоянии». Принято разделять головокружения на системные (ощущение вращения, движения, падения, раскачивания собственного тела или окружающей обстановки) и несистемные (чувство дурноты, «тумана», «тяжести», «легкости» в голове, ощущение надвигающейся потери сознания). Нередко пациенты называют головокружением нарушение равновесия, неустойчивость при ходьбе, неустойчивость в положении стоя. Головокружение может сопровождаться тошнотой, рвотой, повышенной потливостью, нарушением слуха, ощущением звона или шума в ушах [4, 7, 8, 10].

В зависимости от превалирующих жалоб пациента можно предположить поражение центрального или периферического отдела вестибулярной системы. При поражении вестибулярных ядер в стволе головного мозга, их собственных связей, а также связей с мозжечком, глазодвигательными ядрами, корой головного мозга, медиального продольного пучка при нарушении вестибулоспинальных связей говорят о центральном вестибулярном (системном) головокружении [4, 6, 7, 10].

Поражение сенсорной части вестибулярной системы (элементы ампулярного аппарата, преддверия, вестибулярного ганглия) вестибулярного нерва приводит к возникновению периферического вестибулярного головокружения [2, 3].

Несистемные головокружения отмечаются при неврозах, ортостатической гипотонии, гипогликемии.

Видеонистагмография (ВНГ) является ценным методом обследования больных с головокружением, так как дает возможность получить большое количество информации, объективно оценить состояние вестибулярного аппарата, дифференцировать периферические и центральные поражения вестибулярного анализатора с установлением стороны поражения [1].

ВНГ представляет собой неинвазивный компьютерный метод наблюдения, записи и анализа движений глаз (нистагма). При ВНГ с помощью надеваемых на голову пациента специальных очков со встроенными в них бинокулярными инфракрасными видеокамерами проводится высокоточная съемка и запись горизонтальных, вертикальных и вращательных движений глазных яблок с открытыми глазами и в темноте, которая затем обрабатывается специальными программными алгоритмами, позволяющими точно проанализировать характер нистагма. Программное обеспечение позволяет измерить и проанализировать как быстрый, так и медленный компонент горизонтального и вертикального нистагма.

ВНГ — безопасный метод, однако имеющий свои противопоказания. ВНГ не проводится при острых или обострении хронических заболеваний наружного и среднего уха, при тяжелой сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы, при серных пробках, при психических заболеваниях.

ВНГ включает проведение нескольких тестов: спонтанный нистагм (запись неспровоцирован-

ных движений глаз), фиксированный взгляд (движения глаз при фиксированном взгляде на цели), плавное слежение (слежение за целью с постоянной скоростью движения), тест саккад (слежение за целью со скачкообразной скоростью), оптокинетический (слежение за различными изображениями-стимулами с различной скоростью и направлением движения).

Проводится также битермальный калорический тест, который позволяет получить информацию о движении глаза при прямой тепловой стимуляции вестибулярного аппарата. Тест выполняют с помощью специального прибора – воздушного или водного калоризатора. Исследование проводят в два этапа: холодная калоризация с температурой раздражения 30°C и теплая калоризация с температурой раздражения 44°C. Все время исследования пациент находится в положении полулежа с надетыми видеоочками. Записанные данные анализируются для получения информации о гипо-, нормо- или гиперрефлексии, скорости медленной фазы и частоте ударов нистагма и отображаются в виде различных стандартных диаграмм.

Современное отоневрологическое обследование включает также аудиологическое обследование – аудиометрию, надпороговые тесты, импедансометрию.

Анализ ежегодных данных за 2010–2012 гг. по нозологическим формам пролеченных в отделении неврологии пациентов показал, что 66–69% пролеченных – это пациенты с цереброваскулярными заболеваниями (начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения, дисциркуляторная энцефалопатия, церебральные сосудистые кризы, дисциркуляции мозгового кровообращения, острые нарушения мозгового кровообращения, транзиторные ишемические атаки, последствия острого нарушения мозгового кровообращения).

Средний возраст больных с цереброваскулярными заболеваниями, наблюдавшихся в нашем отделении, 64 года (МО = 54).

У большинства этих пациентов имелись проявления недостаточности кровообращения в вертебрально-базилярной системе.

Недостаточность кровоснабжения в бассейне позвоночных артерий может быть обусловлена разными причинами. Наиболее часто неврологам приходится сталкиваться с патологией сосудов (атеросклероз позвоночных артерий, стенозы, окклюзии, петлеобразные извитости, тромбозы) и экстравазальной вертеброгенной или миогенной компрессией сосудов на уровне шейного отдела позвоночника (остеофиты, грыжа диска, напряжение мышц шеи). Более редкими, но не менее серьезными причинами могут являться хлыстовые травмы шеи (как правило, в результате ДТП или падения), особенности строения и аномалии развития сосудов (гипо-, аплазия по-

звоночной артерии) и позвоночника (аномалии Киммерли, Клиппеля–Фейля, Арнольда–Киари и др.) [6, 11].

В нашем отделении в 2012–2013 гг. наблюдалось 325 пациентов с цереброваскулярными заболеваниями, предъявлявших жалобы на головокружение. Средний возраст этих пациентов 66 лет. Женщин было несколько больше, чем мужчин (175 и 150 соответственно).

Головокружение – одна из самых частых жалоб пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. 40–45% пациентов этой группы предъявляют жалобы на состояние, которое они характеризуют словом «головокружение». При этом они также обычно отмечают шаткость и неустойчивость при ходьбе, дискоординацию. Характерна еще одна жалоба, которую предъявляют неврологу некоторые пациенты с головокружением, это беспокоящий их звон или шум в ушах и голове (тиннитус).

При первичном осмотре в неврологическом статусе у этих пациентов в 35–37% случаев выявлена атаксия (шаткость и неустойчивость при ходьбе с открытыми и закрытыми глазами, в пробе тандемной ходьбы, неустойчивость в простой и/или усложненной позе Ромберга). У 13% больных при первичном осмотре выявлен нистагм.

Из сопутствующих заболеваний у этих пациентов отмечались гипертоническая болезнь, нейро-сенсорная тугоухость, бронхиальная астма, сахарный диабет, остеохондроз позвоночника.

Все пациенты с цереброваскулярными заболеваниями проходили комплексное лабораторно-инструментальное обследование, включавшее общий и биохимический анализы крови, ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ, ЦДС, консультацию окулиста, большинству проводилось нейровизуализационное исследование головного мозга (МСКТ или МРТ).

Отоневрологом обследовано 37 пациентов с жалобами на головокружение, им была также проведена диагностическая видеонистагмография. В ФГБУ ОБП это исследование выполняется отоневрологом с использованием видеосистемы «VO425» (INTERACOUSTICS) и воздушного калоризатора Heinemann.

Средний возраст этих пациентов 57 лет, обследовано 17 мужчин и 20 женщин.

При комплексном лабораторно-инструментальном обследовании пациентов получены следующие данные. Повышение уровня холестерина/триглицеридов обнаружено у 15 (40,5%) больных. У 31,8% больных выявлены признаки дисциркуляторной энцефалопатии при МРТ/КТ головного мозга. При ЦДС БЦА критических стенозов не было выявлено ни разу. У 19 (51,4%) пациентов обнаружен комплекс интима-медиа >1,0 и/или стеноз левой общей сонной артерии 18–20%. В 91,9% случаев (34 пациента) наблюдалась извитость внутренних сонных артерий и/или асимметрия позвоночных арте-

рий. В большинстве наблюдений на РЭГ выявлены гипертонус сосудов, снижение пульсового кровенаполнения, нарушение венозного оттока, вертебральные влияния.

По результатам отоневрологического обследования с использованием ВНГ были выявлены признаки различных видов головокружений: у 13 (35,1%) пациентов – центральное головокружение, у 7 (18,9%) пациентов – периферическое, у 5 (13,5%) – смешанное. В 12 (32,4%) случаях при ВНГ не выявлено признаков поражения периферического или центрального звена вестибулярного анализатора.

В ряде случаев отсутствия патологических изменений при ВНГ у пациентов имело место постуральное фобическое расстройство, проявляющееся психогенным головокружением, но эта тема требует дальнейшего исследования.

Данные, полученные при диагностической ВНГ, позволили более дифференцированно подойти к лечению пациентов с жалобами на головокружение.

Комплексное медикаментозное лечение пациентов с цереброваскулярными заболеваниями, у которых, помимо жалоб на головокружение, имелись и другие проявления дисциркуляторной энцефалопатии, включало вазоактивные препараты (в 100% случаев), ноотропы и нейрометаболики (90%), антиоксиданты (90%), дезагреганты (80%), бетасерк (50%). Пациентам с гипертонической болезнью подбирали и проводили адекватную гипотензивную терапию. Всем пациентам с жалобами на головокружение назначали лечебную гимнастику (комплекс упражнений при вестибулярных нарушениях), проводившуюся под наблюдением врачей и методистов ЛФК.

После комплексного лечения все больные с вестибулярными нарушениями выписаны с улучшением: улучшалась устойчивость походки, регрессировало головокружение. Самой стойкой жалобой, сохранявшейся у пациентов и к моменту выписки из стационара, оставалась, как правило, жалоба на шум или звон в ушах. Его уменьшение наступало обычно уже на амбулаторном этапе лечения, на фоне продолжения приема рекомендованных медикаментов.

Выводы

1. Поскольку головокружение является одной из частых причин обращения к врачу-неврологу и может представлять собой симптом ряда опасных, но курабельных заболеваний, в целях улучшения

диагностики важно проведение тщательного сбора анамнеза, анализа жалоб пациентов, использование специальных анкет, а также применение инструментальных видов обследования.

2. Videонистагмография является современным, безопасным, информативным методом обследования пациентов с жалобами на головокружение, позволяющим дифференцировать виды и уровни поражения вестибулярного анализатора.

3. Комплексное обследование пациентов с цереброваскулярными заболеваниями, часто в первую очередь предъявляющих жалобы на головокружение, позволяет врачу-неврологу проводить патогенетически обоснованную медикаментозную терапию, избегая полипрогмазии.

4. Обязательным компонентом комплексной терапии пациентов с вестибулярными нарушениями является лечебная вестибулярная гимнастика.

5. Необходимым компонентом в обследовании пациентов с головокружением должна быть стабилметрия, которая также позволяет проводить лечебно-тренирующие занятия.

Литература

1. Бабенкова И. Г., Говорун М. И. // *Вестн. оторинолар.* – 2012. – № 4. – С. 26–28.
2. Замерград М.В. // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* – 2009. – №1. – С. 14–18.
3. Замерград М.В., Парфенов В.А., Мельников О.А. // *Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова.* – 2008. – № 11. – С. 86–92.
4. Замерград М.В. // *Рос. мед. журн. Кардиология.* – 2007. – № 9. – С. 769–773.
5. Севастьянова Ю. С. *Коррекция головокружения у больных с дисциркуляторной энцефалопатией. Автореф. дис. ... канд. мед. наук.* – Оренбург. – 2004.
6. Шмырев В.И., Васильев А.С., Морозов С.П. // *Фарматека.* – 2009. – № 12. – С. 85–90.
7. *Болезни нервной системы. Ред. Н.Н. Яхно. М.: Медицина.* – 2007. – Т. 1. – С. 125.
8. *Головокружение. Под ред. М.Р. Дикса, Дж.Д. Худа. М.: Медицина.* – 1989. – 480 с.
9. Корсунская Л.Л., Мещерякова А.В. // *Крымский терапевтический журнал.* – 2013. – №1(20). – С. 53–57.
10. T. Brandt, M. Dieterich, M. Strupp. *Vertigo and dizziness.* – М., 2009. – 200 с.
11. Drachman D.A. // *J. A. M. A.* – 1999. – V. 2. – № 4. – P. 33–44.