

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

Н.А. Кубаталиева

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н.Ельцина
(ректор - д.т.н., проф. Нифадьев В.И.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье проведен анализ течения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (ДППГ) заднего полукружного канала слева, возникшего после непродолжительного приема гашиша у больного 21 года с последующим полным прекращением приступов головокружений после проведения маневра Эплей.

Ключевые слова: доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение (ДППГ), вестибулярные нарушения, очки Френзеля, проба Дикса-Холлпайка, маневр Эплей.

ЗАЛАЛСЫЗ ПАРОКСИЗМАЛДЫК АБАЛДУУ БАШ АЙЛАНУУНУН КЛИНИКАЛЫК ОКУЯСЫ

Н.А. Кубаталиева

Кыргыз-Россия Славян университети (ректор - д.т.н., проф. Нифадьев В.И.),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Келтирилген макалада 21 жаштагы оорулуунун гашишти кыска моонотто пайдалангандан кийин пайда болгон сол жактагы арткы жарым тегерек турундугу каналдын залалсыз пароксизмалдык абалдуу баш айлануусун журушунун анализи келтирилген. Баш айлануунун кайталанышы Эплей маневрун жасагандан кийин толук токтогон.

Негизги создор: залалсыз пароксизмалдык абалдуу баш айлануу (ЗПАБ), вестибулярдык бузулуу, Френзелдин очкиси, Дикс-Холлпайктык текшеруу, Эплейдин маневру.

CASE REPORT OF THE BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO

N.A. Kubatalieva

Kyrgyz-Russian Slavic University (rector – Ph.D., Prof. Nifadiev V.I.),
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: This article analyzes the course of benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) of the posterior semicircular canal on the left side, which arose after a brief reception of hashish by the 21-year-old patient with following complete cessation of vertigo attacks after the Epley maneuver conducting.

Key words: benign paroxysmal positional vertigo (BPPV), vestibular disorders, Frenzel glasses, Dix-Hallpike test, Epley maneuver.

Проблема головокружения является чрезвычайно актуальной в современной медицине. Головокружение очень широкое понятие, которое включает в себя разнообразные симптомы (иллюзионное ощущение вращения предметов или собственного тела, потемнение в глазах,

помутнение в голове, неустойчивость при ходьбе и др.)

ДППГ является одним из наиболее распространенных форм головокружений и является самой частой причиной системного головокружения. Распространенность ДППГ среди всех периферических вестибулярных

головокружений, по данным разных авторов, составляют от 1% до 35%, а в популяции, по данным M.vonBrevern и соавторов - в среднем 2,4% [1]. Частота встречаемости ДППГ увеличивается с возрастом, в возрастной группе пациентов старше 80 лет до 10% головокружений приходится на ДППГ. Данная патология характеризуется повторяющимися эпизодами головокружений, которые длятся не больше 1 минуты, носит благоприятный прогноз. Однако важно помнить, что у пациентов, страдающих ДППГ, а также другими формами головокружений, есть высокий риск падения, что может привести за собой неутешительные последствия и отрицательно сказаться на качестве жизнедеятельности.

Внезапные эпизоды головокружения провоцируются движениями головы. Эти эпизоды достаточно интенсивные, но очень короткие. Также может характеризоваться неустойчивостью при ходьбе, дурнотой, ухудшением ориентировки, потемнением в глазах, потерей равновесия, нечетким видением окружающих предметов, их вращением или смещением в сторону, а также вращением собственного тела относительно окружающей среды [2].

В данное время причины возникновения ДППГ изучены не до конца. В клинической практике отсутствуют сведения о прогностических факторах, предшествующих ДППГ. Многие исследователи предположили корреляцию между дефицитом витамина D и рецидивирующим ДППГ (по данным разных исследователей до 90% случаев ДППГ расценивается как идиопатическое). Этот процесс гормонозависимый и имеет связь с дефицитом эстрогена [3]. И лечение ДППГ носит симптоматический характер, в большинстве случаев возникают рецидивы ДППГ, и качество жизни этих пациентов снижается.

Данная патология возникает в результате попадания отолитов в просвет одного из нескольких полукружных каналов, которые должны находиться в преддверии лабиринта. Подтверждают эту теорию недавние интраоперационные находки известкового материала в просвете заднего полукружного канала у пациентов с ДППГ [4]. Преддверие лабиринта содержит эллиптический (утрикулус) и сферический (саккулус) мешочек. Саккулус и утрикулус содержат рецепторные образования-макулы, состоящие

из нейроэпителия и опорных клеток. Сверху они покрыты отолитовой мембраной, содержащей отолиты. Отолитовая мембрана состоит из 3 слоев: желатинозного, субкупулярного и собственно отолитового аппарата, который содержит единичные крупные множественные мелкие отолиты [5]. Субкупулярный и желатинозный слой постоянно обновляются и секретируются эпителиальными клетками [6]. Отолиты человека имеют сложное строение: представляют собой тело цилиндрической формы, средний их размер составляет около 10 мкм.

В 1979г. S.Hall и соавт. [7] высказали предположение, что приступы ДППГ заднего полукружного канала могут быть связаны с перемещением частиц отолитов в задний полукружный канал как наиболее низко расположенный. При попадании в него отолиты вызывают увеличение давления эндолимфы на купулу при изменении положения головы и перемещении отолитов в просвете канала.

В данном клиническом наблюдении демонстрируется возникновение ДППГ заднего полукружного канала слева после приема гашиша и полное прекращение приступов головокружения после применения маневра Эплей. Приводим собственное клиническое наблюдение.

Пациент А., 22 лет, (амбулаторная карта №523) обратился с жалобами на приступы головокружения, которые возникают при изменении положения головы и продолжаются в течение 6 месяцев.

Из анамнеза известно, что приступы системного головокружения начали беспокоить после приема гашиша, другие возможные причины возникновения ДППГ отрицает (травмы, вирусная инфекция, падения и т.д.). Помимо этих жалоб имеется ряд жалоб, как нарушение координации движений, в особенности походки, раздражительность, депрессивное настроение, безадресная злость, головная боль, боязнь закрытых пространств. Приступы головокружения чаще беспокоят при резких поворотах головы, при поворотах с бока на бок в постели, вставании с постели, наклоны туловища вперед, тяжелых физических нагрузках, а также при быстрых движениях всем телом.

В соответствии с классическим клиническим алгоритмом диагностики первостепенную роль в обследовании пациента с

головокружением играет анализ жалоб и анамнеза заболевания. На втором месте по значимости стоит отоневрологический осмотр, который представляет собой набор клинических тестов и проб, цель которого – определить

уровень поражения вестибулярной системы [8,9,10,11]. С целью исключения поражения вестибулярного анализатора центрального генеза был проведен ряд обследований (табл. 1, 2):

Таблица 1 - Стато-координаторные и стато-кинетические пробы

Проба пальце-пальцевая	Выполняет
Адиадохокинез	Нет
В простой позе Ромберга	Устойчив
В сенсibilизированной пробе Ромберга	Устойчив
Ходьба по прямой с закрытыми глазами	Выполняет
Фланговая ходьба	Выполняет

Таблица 2 - Исследование глазодвигательных реакций

Конвергенция сохранена, нистагма при этом нет	
Тест энергичного встряхивания головы	Отрицательный
Плавное зрительное слежение	не нарушено
Оптокинетический нистагм	Не нарушен
Маневр укладывания на бок	Появление вертикальногонистагма вверх при укладывании на левый бок
Проба Дикса-Холлпайка	При повороте головы вправо-отрицательная, при повороте головы влево - положительная
Roll-test (пробаPagnini-McClure)	Отрицательная в обе стороны

Позиционная проба Дикса-Холлпайка считается «золотым стандартом» в диагностике позиционных головокружений. Пациент резко укладывается на спину, при этом голова повернута в сторону левого уха на 45 градусов, через латентный период (15 секунд) видим возникновение характерного нистагма. Нистагм во время головокружения оценивался с помощью очков Френзеля. Это очки с увеличивающими линзами в 16 диоптрий в виде маски с ограничением боковых полей зрения и встроенной подсветкой глаз, в которых отсутствует фиксация взора.

В данном случае нистагм вертикальный вверх с ротаторным компонентом влево, возникло головокружение длительностью около 10 секунд. Присуп течет по крещендо-декрещендо (нистагм и головокружение быстро усиливается и быстро проходит). Пациент возвращается в исходное положение, и мы видим, что направление нистагма меняется, нистагм бьет вниз и ротаторный компонент в противоположную сторону- это типичный приступ ДППГ заднего полукружного канала. Отсутствуют нарушения слуховой функции. Между приступами пациент чувствует себя хорошо. Проба Дикса-Холлпайка справа отрицательная.

Лечение каналолитиаза заднего полукружного канала заключается в проведении репозиционного маневра Эплей, с помощью чего происходит обратное перемещение частиц отолитов в ампулу.

Тест укладывания на бок (модифицированное упражнение Бранда-Дароффа) пациент разворачивает голову в противоположную сторону на 45 градусов, пациент укладывается на исследуемую сторону на бок, ноги могут оставаться внизу. Обязательно тестируем 2 стороны.

В данном случае видим вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом влево, и пациент жалуется на наличие головокружения.

Маневр Эплей - суть данного маневра заключается в перемещении отолитов по всему каналу, и чтобы отолиты через гладкое колено обратно выпали в утрикулос и обратно попали в гелеобразную мембрану в отолитовую мембрану, закрепились там, и произошло осаждение. Маневр начинается как проба Дикса-Холлпайка, пациент укладывается на спину, голова развернута на 45 градусов в пораженную сторону, ждем истощения головокружения (90 секунд). Главное в этом маневре дождаться, когда все отолиты

достигнут нижнего положения, то есть под силой тяжести опустится по каналу. Голова поворачивается в противоположную сторону, опять ожидаем 90 секунд. И третье положение - голова в пол, и тоже ожидаем 90 секунд. Резкие движения делать запрещается, достаточно в правильном положении выдерживать голову и ожидать. Усаживаем пациента с опущенной головой вниз - это последний этап, отолиты попадают в утрикулус, и ждем 2 мин.

При осмотре неврологом данных за очаговую неврологическую патологию не выявлено.

УЗДС артерий головного мозга:

1. Скоростные показатели кровотока по средним мозговым артериям в пределах нормы. Скоростные показатели кровотока по передним мозговым артериям с обеих сторон не визуализируются из-за плотности чешуи височной кости. Скоростные показатели кровотока по задним мозговым артериям не снижены.

2. Скоростные показатели кровотока по задним мозговым артериям на интракраниальном уровне не снижены.

3. Индексы, характеризующие уровень периферического сосудистого сопротивления, не снижены.

4. Скоростные показатели кровотока по вене Розенталя справа незначительно повышены. Признаки умеренной венозной внутричерепной гипертензии.

5. УЗДГ брахиоцефальных сосудов: Гемодинамически значимых препятствий кровотоку и вариантов строения внечерепных отделов брахиоцефальных артерий не выявлено. Непрямолинейность хода позвоночных артерий в каналах поперечных отростков шейных позвонков, что очевидно обусловлено остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

МРТ головного мозга: МРТ данных за органическое поражение головного мозга и наличие очаговых патологических образований не получено.

Диагноз ДППГ заднего полукружного канала был подтвержден при пробе Дикса-Холлпайка, которая проводилась с помощью очков Френзеля (рис.).



Рис. Очки Френзеля.

Исходя из того, что гашишный психоз не развился, не требуется специальное лечение, все симптомы исчезли через 4 месяца после полного отказа от употребления гашиша, а головокружение - после нескольких маневров Эплей. Для ускорения выздоровления рекомендованы физические нагрузки, водные процедуры, витамины, щадящая диета.

Учитывая данный клинический пример, можно предположить, что употребление наркотического вещества могло явиться причиной возникновения данной патологии. Требуется дальнейшее исследование возможности влияния гашиша на отолитовый аппарат.

Литература

1. Пальчун, В.Т. Клиническое обследование пациента с головокружением / [В.Т. Пальчун, А.Л. Гусева, Ю.В. Левина и др.] - М., 2015.-84 с.
2. Косяков, С.В. Головокружение (методическое пособие) // Путеводитель амбулаторного врача.-М., 2015.-С.33-34.
3. Пальчун, В.Т. Диагностика и лечение доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения / В.Т. Пальчун, Н.Л. Кунельская, Е.В. Ротермель //Вестник оториноларингологии. -2007.- №1(4).- С. 7.
4. Ogun, O.A. Benign paroxysmal positional vertigo / [O.A. Ogun et al.] /BPPV.-2014.-21/8.- P.886-889.

5. *Otokonia biogenesis, phylogeny, composition and functional attributes/ [C.D. Fermin et al.]// HistolHistopathol. - 1998.-13/4.-C.1103-1154.*
6. *Lim, D.J. Morphogenesis and malformation of otoconia: a review // Birth Defects Orig Artic Ser. - 1980.-16/4.-P.111-146.*
7. *Hall, S.F. The mechanics of benign paroxysmal vertigo / S.F. Hall, R.R. Ruby, J.A. McClure // Otolaryngol. - 1979.-8/2.-P.151-158.*
8. *Lempert, T. Horizontal benign positional vertigo/ Lempert T. // Neurology. - 1994.-44.-P. 2213.*
9. *Strupp, M. Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness/ M. Strupp, T. Brandt // Dtsch Arztebl Int. - 2008.-105 (10).-P.173-180.*
10. *Semont, A. Diagnosis and treatment of BPPV: liberatory maneuver. / Semont A. - Report on the 2-nd Meeting of European Academy of ORL-HNS and CE ORL-HNS.Nice. - 2013.-29/04. -C.29-31.*
11. *Насыров, В.А. Дифференциальная диагностика головокружения в оториноларингологии / В.А. Насыров, Т.А. Изаева, И.М. Исламов. – Бишкек, 2019.-С.44-45.*