ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В ПРАКТИКЕ ЛОР-ВРАЧА

Мухамеджанова Камолахон Абдуманнон кизи

Меликова Сабрина Сухробовна

Бердиев Бегенч Кличбай угли

Студенты Самаркандского Государственного

Медицинского университета

Аннотация. Вестибулярные нарушения представляют собой распространенную клиническую проблему в практике оториноларинголога и могут проявляться головокружением, нарушением равновесия, неустойчивостью походки, тошнотой и нистагмом. Причины данных симптомов включают заболевания периферического вестибулярного аппарата, центральной нервной системы и другие патологические состояния. В тезисе рассматриваются основные принципы дифференциальной диагностики вестибулярных расстройств, особенности клинического обследования пациентов и значение инструментальных методов исследования. Особое внимание уделяется различению доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения, вестибулярного неврита, болезни Меньера, вестибулярной мигрени и центральных вестибулярных синдромов. Подчеркивается необходимость своевременного выявления опасных неврологических причин головокружения и выбора индивидуальной тактики ведения пациента.

Ключевые слова: вестибулярные нарушения, головокружение, ЛОР-врач, дифференциальная диагностика, нистагм, болезнь Меньера, вестибулярный неврит, позиционное головокружение.

Вестибулярная система обеспечивает поддержание равновесия, пространственную ориентацию и стабилизацию взора при движениях головы.

Нарушение ее функционирования может существенно снижать качество жизни пациентов, ограничивать повседневную активность и повышать риск падений.

Головокружение является неспецифическим симптомом, который встречается при различных заболеваниях внутреннего уха, вестибулярного нерва, головного мозга и сердечно-сосудистой системы. Поэтому важнейшей задачей ЛОР-врача является определение вероятного источника нарушения и исключение потенциально опасных состояний, прежде всего инсульта в области задней циркуляции.

Сложность диагностики обусловлена сходством клинических проявлений различных заболеваний. Рациональный диагностический подход должен учитывать продолжительность приступов, провоцирующие факторы, сопутствующие слуховые и неврологические симптомы, характер нистагма и результаты целенаправленного обследования.

Изучить основные причины вестибулярных нарушений и систематизировать современные подходы к их дифференциальной диагностике в практике врача-оториноларинголога.

Классификация вестибулярных нарушений В зависимости от локализации патологического процесса вестибулярные расстройства подразделяются на периферические и центральные.

Периферические нарушения связаны с поражением структур внутреннего уха или вестибулярного нерва. К ним относятся доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), болезнь Меньера, вестибулярный неврит и лабиринтит.

Центральные нарушения возникают вследствие поражения вестибулярных структур ствола головного мозга, мозжечка и других отделов центральной нервной системы. Возможными причинами являются ишемический или геморрагический инсульт, рассеянный склероз и некоторые другие неврологические заболевания.

Отдельную группу составляют вестибулярная мигрень, ортостатические расстройства, побочные эффекты лекарственных препаратов и функциональное головокружение, которые требуют соответствующей дифференциальной оценки.

Основные заболевания и их клинические особенности Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение. ДППГ является одной из наиболее частых причин кратковременного вращательного головокружения. Приступы обычно провоцируются изменением положения головы, например поворотом в постели, запрокидыванием головы или наклоном. Диагностика основывается на характерном анамнезе и выявлении типичного позиционного нистагма при пробе Дикса — Холлпайка или соответствующем позиционном тесте. При подтверждении диагноза применяются репозиционные маневры, в частности маневр Эпли при поражении заднего полукружного канала.

Вестибулярный неврит. Заболевание обычно проявляется остро возникшим продолжительным головокружением, тошнотой, нарушением равновесия и нистагмом. Выраженные симптомы могут сохраняться в течение нескольких дней с последующим постепенным уменьшением. Изолированный вестибулярный неврит, как правило, не сопровождается новым снижением слуха. При появлении острой тугоухости необходимо рассматривать другие диагнозы, включая лабиринтит, внезапную нейросенсорную тугоухость и сосудистую патологию.

Болезнь Меньера. Для заболевания характерны повторяющиеся спонтанные приступы головокружения, флюктуирующее снижение слуха, шум в ушах и ощущение заложенности уха. Диагностическое значение имеют характер и продолжительность приступов, аудиометрические данные и динамика слуховой функции. Дифференциальная диагностика проводится с вестибулярной мигренью и другими причинами эпизодического головокружения.

Вестибулярная мигрень. Может сопровождаться эпизодами головокружения, непереносимостью движений головы, тошнотой, повышенной чувствительностью к свету и звуку. Головная боль мигренозного характера присутствует не при каждом

приступе. Диагноз устанавливается на основании анамнеза, соответствия установленным диагностическим критериям и исключения альтернативных причин.

Центральные вестибулярные синдромы. При поражении ствола мозга или мозжечка могут наблюдаться выраженная неустойчивость, вертикальный или меняющий направление при изменении направления взгляда нистагм, нарушения координации и другие очаговые неврологические симптомы. Однако отсутствие очевидных неврологических проявлений не исключает инсульт. При подозрении на центральную патологию требуется срочная неврологическая оценка.

Заключение

Дифференциальная диагностика вестибулярных нарушений является важной составляющей практики ЛОР-врача. Наиболее значимыми диагностическими критериями выступают временной профиль симптомов, наличие позиционных провоцирующих факторов, слуховые проявления, характер нистагма и результаты целенаправленного клинического обследования.

Комплексный подход позволяет разграничивать периферические и центральные причины головокружения, своевременно выявлять потенциально опасные заболевания и выбирать обоснованную тактику лечения. Особое внимание необходимо уделять пациентам с остро возникшим непрерывным головокружением, выраженной неустойчивостью, очаговыми неврологическими симптомами или внезапным снижением слуха, поскольку такие проявления требуют срочной медицинской оценки.

Список использованной литературы

1. Bhattacharyya N., Gubbels S. P., Schwartz S. R. et al. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). Otolaryngology–Head and Neck Surgery. 2017;156(3_suppl):S1–S47. DOI: 10.1177/0194599816689667.

2. Edlow J. A., Gurley K. L., Newman-Toker D. E. A New Diagnostic Approach to the Adult Patient with Acute Dizziness. Journal of Emergency Medicine. 2018;54(4):469–483. DOI: 10.1016/j.jemermed.2017.12.024.

3. Lempert T., Olesen J., Furman J. et al. Vestibular migraine: Diagnostic criteria. Journal of Vestibular Research. 2012;22(4):167–172. DOI: 10.3233/VES-2012-0453.

4. Lopez-Escamez J. A., Carey J., Chung W. H. et al. Diagnostic criteria for Menière's disease. Journal of Vestibular Research. 2015;25(1):1–7. DOI: 10.3233/VES-150549.

5. Kattah J. C., Talkad A. V., Wang D. Z., Hsieh Y. H., Newman-Toker D. E. HINTS to Diagnose Stroke in the Acute Vestibular Syndrome: Three-Step Bedside Oculomotor Examination More Sensitive Than Early MRI Diffusion-Weighted Imaging. Stroke. 2009;40(11):3504–3510. DOI: 10.1161/STROKEAHA.109.551234.

6. Strupp M., Kim J. S., Murofushi T. et al. Bilateral vestibulopathy: Diagnostic criteria. Journal of Vestibular Research. 2017;27(4):177–189. DOI: 10.3233/VES-170619.

7. Hall C. D., Herdman S. J., Whitney S. L. et al. Vestibular Rehabilitation for Peripheral Vestibular Hypofunction: An Updated Clinical Practice Guideline. Journal of Neurologic Physical Therapy. 2022;46(2):118–177. DOI: 10.1097/NPT.0000000000000382.