

**Қазақ-Ресей
Медициналық
Университеті**



**Казахстанско-Российский
Медицинский Университет**

Дифференциальная диагностика головокружений

**ДАЙЫНДАҒАН: АМЕТОВА НАРГИЗА
ГРУППА: 502 А ЖАЛПЫ МЕДИЦИНА**

Головокружение - иллюзия собственного движения или движения окружающих предметов, чаще в виде вращения.

Причина головокружения — дисбаланс сенсорной информации, поступающей от основных афферентных систем, обеспечивающих пространственную ориентацию, — вестибулярной, зрительной и проприоцептивной, а также нарушения центральной обработки информации.

Головокружение: традиционная классификация

ВЕСТИБУЛЯРНОЕ

*(Истинное, вертиго, системное)
связано с вестибулярным
аппаратом*

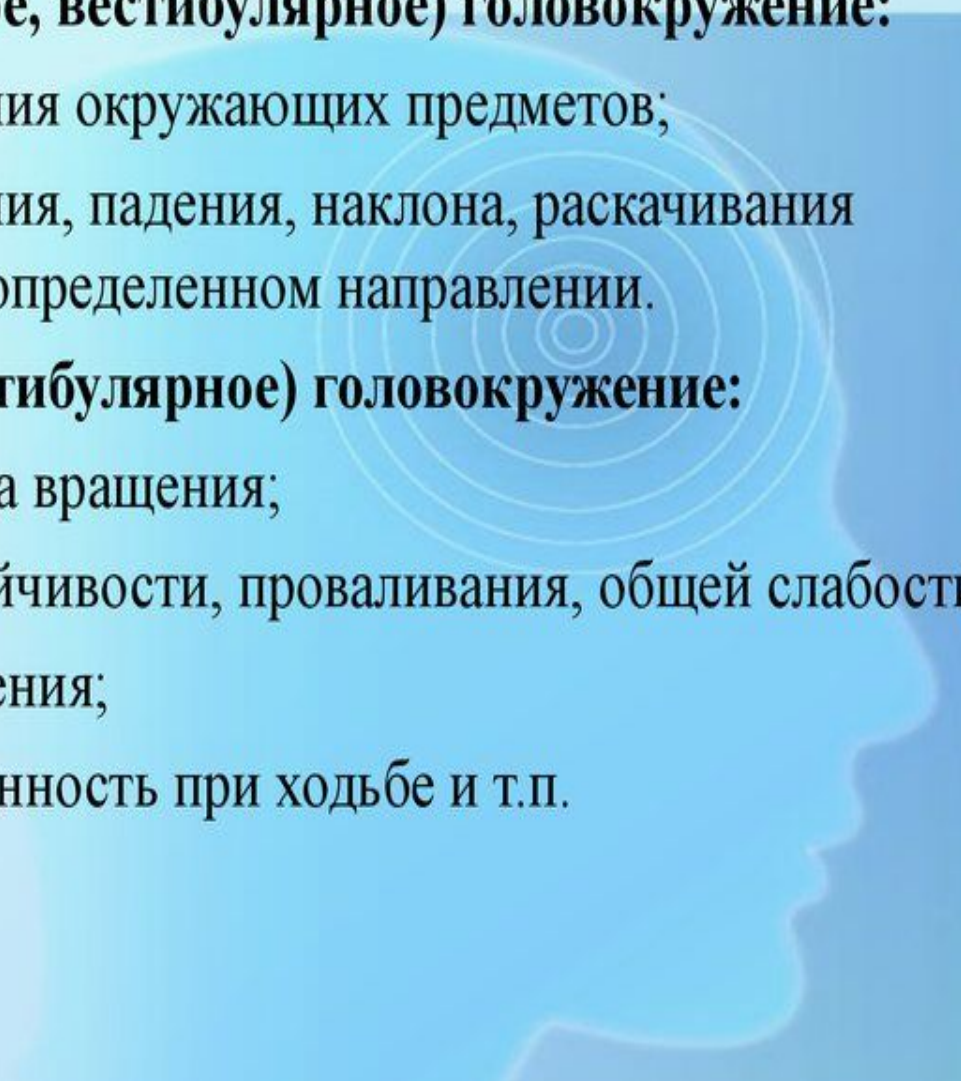
ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

НЕВЕСТИБУЛЯРНОЕ

*(Несистемное)
возникает за пределами
вестибулярного аппарата*

ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ
поражение лабиринта

ЦЕНТРАЛЬНОЕ
возникает в ЦНС

- 
- **Истинное (системное, вестибулярное) головокружение:**
 - — ощущение вращения окружающих предметов;
 - — ощущение вращения, падения, наклона, раскачивания собственного тела в определенном направлении.
 - **Несистемное (невестибулярное) головокружение:**
 - — отсутствие чувства вращения;
 - — ощущение неустойчивости, проваливания, общей слабости;
 - — предчувствие падения;
 - — шаткость, неуверенность при ходьбе и т.п.

- Если головокружение является **системным (вестибулярным)**, то оно связано с поражением вестибулярного анализатора на любом уровне и характеризуется развитием *вестибулярного симптомокомплекса*.
- **Вестибулярный симптомокомплекс:**
 - — системное головокружение;
 - — вегетативные симптомы (тошнота, рвота, повышенное потоотделение);
 - — нарушение равновесия (атаксия);
 - — спонтанный нистагм в момент головокружения.
- Если выявляется вестибулярный симптомокомплекс, что свидетельствует об истинном вестибулярном (системном) головокружении, следующий шаг — определение уровня поражения.

Системное головокружение патогенетически связано с непосредственным поражением вестибулярного анализатора.

В зависимости от уровня его поражения выделяют

- **центральный** (от ядер вестибулярного нерва в стволе головного мозга до височных долей коры больших полушарий)
- **периферический** (если процесс локализуется во внутреннем ухе, вестибулярном нерве, мостомозжечковом углу и до ядер вестибулярного нерва в стволе головного мозга)

- Важное значение в дифференциальной диагностике периферического и центрального вестибулярного головокружения имеет исследование нистагма.

При периферическом вестибулярном головокружении:

1. Нистагм спонтанный, односторонний, горизонтальный.
2. Направление спонтанного нистагма в здоровую сторону независимо от направления взгляда.
3. Усиливается при взгляде в эту же сторону.
4. Фиксация взора уменьшает нистагм и головокружение.
5. Нистагм не исчезает при закрытых глазах (виден под прикрытыми веками).
6. Продолжительность в течение нескольких секунд.

Отличия нистагма при центральном вестибулярном головокружении:

1. Спонтанный нистагм либо отсутствует, либо имеет разные направления в зависимости от направленности взгляда и уровня поражения (горизонтальный, вертикальный, диагональный, конвергирующий); горизонтальный нистагм является симметричным.
2. Увеличивается или не изменяется при фиксации взора.
3. Наиболее выражен при взгляде в сторону поражения.
4. Исчезает при закрытых глазах.
5. Продолжительность — в течение минуты.

Причины периферического головокружения

Заболевание	Комментарии
Доброкачественное позиционное головокружение	Приступы кратковременного головокружения при перемене положения головы
Болезнь Меньера	Приступы головокружения, прогрессирующее снижение слуха, шум в ухе, заложенность уха
Вестибулярный нейронит	Приступ сильного изолированного головокружения; почти никогда не рецидивирует
Острый лабиринтит	Головокружение + снижение слуха
Инфаркт лабиринта	Головокружение + снижение слуха
Сотрясение лабиринта	Головокружение после ЧМТ
Перилимфатическая фистула	Головокружение при натуживании, кашле, чихании, физическом усилии. Снижение слуха.
Аутоимунные заб-я внутреннего уха	Частые приступы головокружения, быстрое снижение слуха, артриты, кератит и т.д.

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ)

- ДППГ является наиболее частой причиной системного головокружения, которое проявляется короткими (от нескольких секунд до нескольких минут) приступами головокружения, возникающими при перемене положения головы и тела.
- **Этиология.**
Доброкачественное позиционное головокружение может возникать после черепно-мозговой травмы, вирусного заболевания, среднего отита или стапедэктомии, а также при некоторых интоксикациях (например, алкоголем и барбитуратами).

- 
- Для ДППГ характерны кратковременные (до 1 минуты) эпизоды интенсивного головокружения (при перемене положения головы),
 - сопровождающиеся тошнотой,
 - брадикардией
 - вегетативные расстройства.
 - Одним из отличительных признаков ДППГ является отсутствие во время эпизодов головокружения шума в ушах, очагового неврологического дефицита.

Методика маневра Дикса-Холлпайка



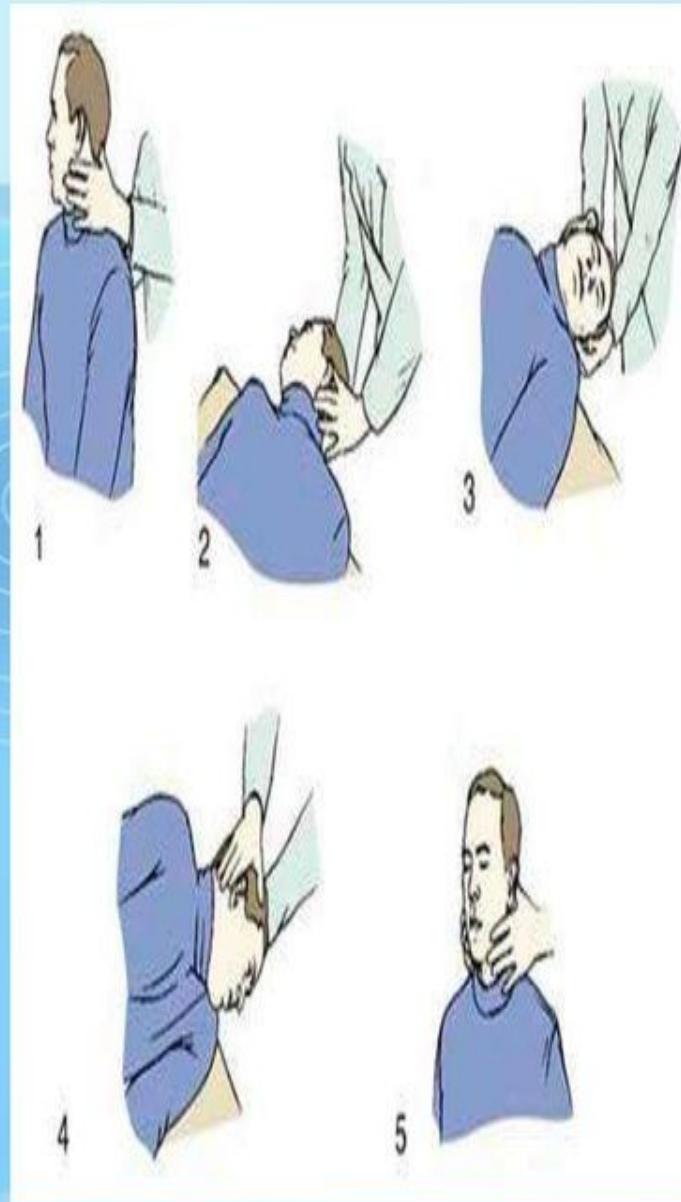
- Обследуемый сидит на кушетке, взор его фиксирован на лбу врача
- Врач поворачивает голову больного на 45° в сторону, а затем, удерживая голову руками, быстро укладывает больного на спину так, чтобы голова свешивалась назад на $20-30^\circ$. Это движение не должно занимать более 3 секунд
- Наблюдают за движением глаз в течение не менее 20 секунд при отсутствии нистагма и дольше в случае его появления
- Затем пациента возвращают в положение сидя и снова наблюдают нистагм
- Процедуру повторяют с поворотом головы в противоположную сторону
- Сторону поражения определяют по тому, на какой стороне возникают позиционные головокружение и нистагм

- Метод Брандта-Дароффа. Для выполнения этого упражнения человеку не понадобится посторонняя помощь. Ему нужно сесть в центре кровати, а ноги поставить на пол. Теперь следует лечь на левый или правый бок и развернуть голову на 45 градусов вверх. В этом положении нужно выдержать полминуты. Далее, на 30 секунд пациенту нужно принять первоначальное положение. После этого действие повторяется на другом боку. Больному следует сделать по 5 повторений.



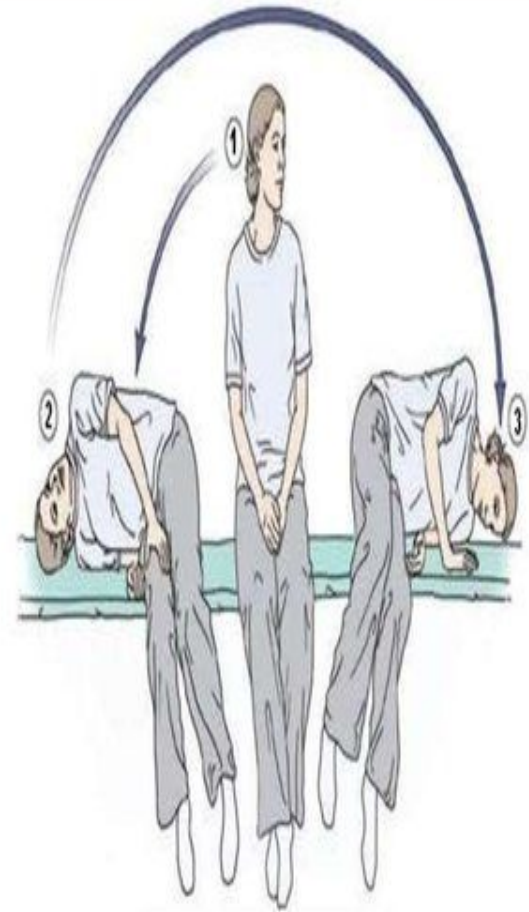
Маневр Эпли.

- a) Повернув голову в сторону пораженного лабиринта, задержаться в таком положении на 30 секунд
- b) Лечь на кровать с запрокинутой 45° назад головой, задержаться в таком положении на 30 секунд
- c) Повернуть голову в противоположную сторону, задержаться в таком положении на 30 секунд
- d) Повернуться на бок с повернутой головой здоровым ухом вниз, задержаться в таком положении на 30 секунд
- e) Вернуться в положение сидя на кровати со спущенными ногами



Упражнение Семонта.

- Человек должен сесть на кровать и опустить ноги вниз. Голова при этом разворачивается на 45 градусов в том направлении, где позиционное головокружение не наблюдается, и фиксируется руками. Лечь следует на пораженную сторону. В таком положении нужно находиться до тех пор, пока приступ полностью не прекратится. После этого пациенту нужно лечь на другой бок, причем положение головы не меняется. Так ему придется лежать, пока приступ не прекратится. При необходимости маневр может быть повторен.



Маневр Семонта

Болезнь Меньера

- **Болезнь Меньера** характеризуется острым развитием вестибулярного головокружения, которое длится от 20 мин до 24 ч, в сочетании со слуховыми компонентами: шумом, звоном в ухе и понижением слуха на пораженной стороне. На ранних стадиях заболевания нарушение слуха регрессирует полностью, а затем становится необратимым. Диагноз подтверждается аудиометрией. Для болезни Меньера характерно снижение слуха более чем на 10 дБ на двух различных частотах.
- **Причиной** болезни Меньера является рецидивирующий отек лабиринта, который развивается вследствие расширения эндолимфатической системы.

Причины центрального головокружения

Заболевание	Комментарии
Мигрень	Рецидивирующее головокружение в сочетании с мигренозной головной болью
Артериальная гипертензия	Головокружение возникает при подъеме АД и Медикаментозной коррекции
Инсульт	Головокружение сопровождается другими очаговыми неврологическими симптомами
Рассеянный склероз	Головокружение сопровождается другими очаговыми неврологическими симптомами
ХИМ (ДЭП), ГЭП	Головокружение сопровождается неврологическими симптомами.
Опухоль мостомозжечкового угла	Задолго до головокружения начинает снижаться слух. Головокружение сопровождается другими очаговыми неврологическими симптомами

Терапия головокружения включает четыре направления:

- 1. Купирование приступа (симптоматическая терапия).
- 2. Воздействие на причину (этиологическая терапия).
- 3. Коррекция механизмов головокружения (патогенетическая терапия).
- 4. Обеспечение вестибулярной компенсации (воздействие на процессы нейропластичности) и реабилитации.
- Вместе с тем при развитии головокружения на первый план обоснованно выходит симптоматическое лечение, направленное на купирование острого приступа головокружения. В дальнейшем актуальность приобретает реабилитация больного, восстановление вестибулярной функции и ее максимальная компенсация (вестибулярная реабилитация).