

НА ПРИЕМЕ – ПАЦИЕНТ С ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ



Пациент И., 25 лет

Пациент И. 25 лет

Жалобы:

- на приступы головокружения, которые возникают при изменении положения головы (при резких поворотах головы, при поворотах с бока на бок в постели, вставании с постели, наклонах туловища вперед, тяжелых физических нагрузках, а также при быстрых движениях всем телом) и продолжаются в течение 6 месяцев;
- нарушение координации движений, походки;
- раздражительность;
- депрессивное настроение;
- безадресную злость;
- головную боль;
- боязнь закрытых пространств.

Из анамнеза:

приступы головокружения начали беспокоить после приема гашиша, другие возможные причины (травмы, вирусная инфекция, падения и т.д.) отрицает.

Отоневрологический осмотр

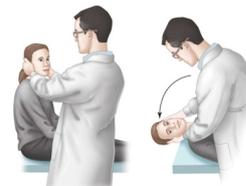
Стато-координаторные и стато-кинетические пробы

Проба пальце-пальцевая	Выполняет
Адиадохокинез	Нет
В простой позе Ромберга	Устойчив
В сенсibiliзированной пробе Ромберга	Устойчив
Ходьба по прямой с закрытыми глазами	Выполняет
Фланговая ходьба	Выполняет
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 вертикального нистагма вверх при укладывании на левый бок
Проба Дикса-Холлпайка	При повороте головы вправо – отрицательная, при повороте головы влево – положительная
Roll-test (проба Pagnini-McClure)	Отрицательная в обе стороны

Позиционная проба Дикса-Холлпайка – это «золотой стандарт» в диагностике позиционных головокружений.

Как проводили пробу?

Пациента резко уложили на спину, голова повернута в сторону левого уха на 45 градусов. Через 15 с возник характерный нистагм, который оценивали с помощью очков Френзеля (очки с увеличивающими линзами в 16 диоптрий в виде маски с ограничением боковых полей зрения и встроенной подсветкой глаз, в которых отсутствует фиксация взгляда).



Результат

У пациента нистагм вертикальный вверх с ротаторным компонентом влево, возникло головокружение длительностью около 10 с. Приступ течет по крещендо/декрещендо (нистагм и головокружение быстро усиливаются и быстро проходят).

Пациент возвращается в исходное положение, и направление нистагма меняется: он направлен вниз, а ротаторный компонент – в противоположную сторону. Это типичный приступ доброкачественного позиционного пароксизмального головокружения заднего полукружного канала.

Отсутствуют нарушения слуховой функции. Между приступами пациент чувствует себя хорошо.

Осмотр невролога

Данных в пользу очаговой неврологической патологии нет.

Ультразвуковое дуплексное сканирование артерий головного мозга



- 1 Скоростные показатели кровотока:
 - а по средним мозговым артериям – в пределах нормы;
 - б по передним мозговым артериям с обеих сторон – не визуализируются из-за плотности чешуи височной кости;
 - в по задним мозговым артериям – не снижены;
 - г по задним мозговым артериям на интракраниальном уровне – не снижены.
- 2 Индексы, характеризующие уровень периферического сосудистого сопротивления, не снижены.
- 3 Скоростные показатели кровотока по вене Розенталя справа незначительно повышены. Признаки умеренной венозной внутричерепной гипертензии.
- 4 Ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов:
 - а гемодинамически значимых препятствий кровотоку и вариантов строения внечерепных отделов брахиоцефальных артерий не выявлено;
 - б обнаружена непрямолинейность хода позвоночных артерий в каналах поперечных отростков шейных позвонков, что, видимо, обусловлено остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Магнитно-резонансная томография головного мозга

Данных в пользу органического поражения головного мозга и наличия очаговых патологических образований нет.

Диагноз. Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение заднего полукружного канала.

Исходя из того, что гашишный психоз не развился, специальное лечение не требуется.

Все симптомы исчезли через 4 месяца после полного отказа от употребления гашиша. Головокружение купировано после нескольких маневров Эпли.



Маневр Эпли

Цель – перемещение отолитов по всему каналу: отолиты через гладкое колено перемещают обратно в утрикулус и попадают в отолитовую мембрану, закрепляются и осаждаются.

Ход процедуры

- 1 Пациента укладывают на спину, голова развернута на 45 градусов в пораженную сторону. Ждут истощения головокружения (90 с). Главное в этом маневре – дождаться, когда все отолиты достигнут нижнего положения, то есть под силой тяжести опустятся по каналу.
- 2 Голова поворачивается в противоположную сторону, ожидают 90 с.
- 3 Голову наклоняют к полу и ожидают еще 90 с.
Резкие движения делать запрещается, достаточно в правильном положении выдерживать голову и ожидать.
- 4 Пациент сидит с опущенной вниз головой в течение 2 мин (в это время отолиты попадают в утрикулус).

Для ускорения выздоровления рекомендованы физические нагрузки, водные процедуры, витамины, щадящая диета. Учитывая данные анамнеза, можно предположить, что употребление наркотического вещества могло явиться причиной возникновения головокружения.

Материал подготовлен по статье: Кубаталиева Н.А. Клинический случай доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2019; 2: 115–9.