

ВСЕГДА ЛИ ТВЕРДАЯ ПОХОДКА?

Вестибулярный нейронит

Среди всех известных медицине причин так называемого вестибулярного головокружения острая периферическая вестибулопатия находится на третьем месте после доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (ДППГ) и болезни Меньера. Иными словами, встречается часто. Болезнь одинаково «любит» как мужчин, так и женщин, отдавая предпочтение молодому и среднему возрасту (30-60 лет).

Чаще всего вестибулярный нейронит возникает внезапно на фоне, казалось бы, полного благополучия. Появляется резкое головокружение, из-за которого человек может даже упасть. Ему кажется, что тело кружится, проваливается или раскачивается на волнах, а окружающие предметы иллюзорно перемещаются по часовой стрелке или против нее. Сила головокружения нарастает при попытке изменить положение тела и повернуть голову. Интенсивность аномалии снижается, если сфокусироваться на одном предмете.

Помимо ощущения головокружения, для приступа характерны:

- тошнота и рвота;
- нарушение равновесия. Поначалу человек вообще не может передвигаться, затем какое-то время сохраняется неустойчивость при ходьбе, поэтому необходима дополнительная опора. Расстройство координации характерно не только для нижних, но и для верхних конечностей. Движения неточные, неловкие, что проявляется трудностями при принятии пищи, письме, застегивании пуговиц, шнуровании ботинок;
- нистагм (непроизвольное колебательное движение глаз) направлен в здоровую сторону (если поражен правый нерв, то влево, если левый – то вправо). При двустороннем вестибулярном нейроните, который встреча-

ется редко, нистагм двусторонний или его может не быть. Спонтанный нистагм сохраняется несколько суток, а провоцируемый взглядом в здоровую сторону – дольше. Впрочем, нистагм – это понятие для врача: сам человек его у себя увидеть не может. Иногда он не скрывает радости, полагая, что симптом исчез, но исследование в специальных очках обнаруживает:

- неустойчивость в позе Ромберга – проба на атаксию. Если человек болен, то, находясь в вертикальном положении (ноги вместе, руки вытянуты вперед ладонями вниз, глаза закрыты), он будет отклоняться в сторону пораженного нерва. После того, как симптомы вестибулярного нейронита начнут уменьшаться, устойчивость в позе Ромберга вернется. Но если поставить больного в усложненную позу Ромберга (когда одна нога впереди другой по прямой линии и пятка впереди стоящей ноги соприкасается с носком стоящей сзади ноги), то отклонение в пораженную сторону будет сохраняться. Если человеку сложно стоять, проводят исследование лежа: просят закрыть глаза, вытянуть руки перед собой и поочередно указательными пальцами каждой руки достать до носа. Проводят еще один тест на координацию: лежа с закрытыми глазами пациента просят поднять ногу вверх и пяткой найти колено другой ноги. Повторяют тест другой ногой. При нарушении координации упражнение не может быть выполнено.

Приступ сохраняется от нескольких часов до нескольких суток, но еще около 2 недель влияет на качество жизни небольшое головокружение, иногда подташнивание и неустойчивость при ходьбе. Как правило, симптомы полностью проходят в течение полугода. Впрочем, сроки восстановления здоровья зависят от полноты получаемого лечения, индивидуальной чувствительности к лекарствам и устойчивости вестибулярной системы в целом. Рецидив случается редко (в 2% случаев), когда поражается вторая, «здоровая» сторона. Если нервный столб претерпел тяжелое воспаление

ние, сохраняется стойкая вестибулярная дисфункция, которая со временем компенсируется и на качестве жизни не сказывается.

Первоисточники заболевания до конца не выяснены. Принято считать, что виноват избирательный воспалительный процесс вестибулярного нерва (8-я пара черепно-мозговых нервов). Избирательный, потому что другие нервные волокна не повреждены. Воспаление вызывают вирусы (особенно вирус простого герпеса 1-го типа), пищевые отравления, инфекционно-аллергические заболевания, нарушения обмена веществ.

Роль вирусов в возникновении недуга неоспорима, потому что симптомы возникают через 1-2 недели после перенесенного острого респираторного заболевания. Иногда заболевание стартует в результате токсического воздействия на организм, но в таком случае страдает чувствительная «доля» нерва, а именно – слуховая. Провокаторами выступают антибиотики, принимаемые длительно или в повышенной дозировке.

При первых признаках развития болезни обратитесь за консультацией к неврологу и отоларингологу. Узко проблемами головокружения занимается отоневролог. Дело в том, что существуют заболевания со схожей симптоматикой, поэтому важно дифференцировать их от вестибулярного нейронита. Первоначально проводится тщательный осмотр, сбор анамнеза и оценка неврологического статуса с пробами на координацию движений. Тесты эффективны на протяжении 2 недель после перенесенного приступа.

Аудиометрия, применяемая отоларингологом, исключает изменения в органах слуха. Поскольку при этом заболевании поражается только вестибулярный нерв, то изменений слуха не наблюдается. Эта особенность недуга очень важна для диагностики. МРТ головного мозга исключает иные дегенеративные процессы в головном мозге и выявляет косвенные признаки, помогая исключить инсульт и наличие объемных образований. Если основные признаки болезни дополняются

параллельно протекающим острым отитом, расстройством слуха, посттравматическим состоянием, предшествующим воздействием резко меняющегося атмосферного давления, сильным кашлем, шумом в ушах, головными болями, то врачи пересматривают первичный диагноз в сторону иных расстройств. Если все признаки нейронита полностью исчезают в течение суток после первичного приступа, есть большая вероятность, что человек перенес ишемическую атаку либо это был эпизод доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения.

Задача терапии – снять симптомы заболевания. Для этого назначают вестибулярные супрессанты (**драмина**), противорвотные (**метоклопрамид, церукал, ондансетрон**), седативные (**гидроксизин**), а также препараты, влияющие на вестибулярный аппарат, – **беттагистин**. В острой стадии показано гормональное лечение **преднизолоном**. Обычно курс приема лекарственных препаратов не превышает 7 дней, потому что многие медикаменты подавляют процесс собственной компенсации нервной системы. Из-за постоянной тошноты и рвоты используют растворы внутримышечного введения или свечи.

Начало вестибулярной гимнастики должно совпадать с днем, когда у пациента проходят рвотные рефлексы, а до этого момента важно сохранять постельный режим с фиксацией головы в неподвижном положении. Вестибулярная гимнастика предусматривает выполнение в определенной последовательности упражнений с фиксацией взгляда на предметах под разным углом, движение глазами яблоками, головой и туловищем. В первое время гимнастика может сопровождаться ухудшением состояния, однако следует продолжать занятия, преодолевая неприятные ощущения, и результат не заставит себя долго ждать. Восстановление наступает у всех по-разному. Минимальная длительность выполнения комплекса упражнений – 1 месяц.

- Возьмите в руки небольшой листок бумаги с буквами и держите его перед собой на расстоянии вытянутой

руки. Не отрывая глаз от букв, поворачивайте голову вправо и влево на 20-30 градусов от срединной линии. Скорость поворота должна быть такой, чтобы буквы находились в фокусе и не расплывались. Повторяйте в течение 1 минуты, далее – сделайте то же самое по вертикали.

- Положите коврик с мягким ворсом или плоскую подушку на пол, встаньте на мягкую поверхность босыми ногами, сохраняя равновесие в течение 30 секунд. Усложните упражнение, закрыв глаза, далее – начните маршрутировать на мягкой поверхности, постепенно переводя взгляд вправо-влево, вверх-вниз.
- Встаньте у стены длиной 8-10 метров. Пройдите вдоль нее в быстром темпе туда и обратно. Усложните: идете вдоль стены и делаете резкие остановки каждые 4 шага, далее – каждые 3 шага, при остановке поворачивайте голову вправо-влево, вверх-вниз, далее – идите вдоль стены и поворачивайте голову вправо-влево, вверх-вниз.
- Встаньте у стены длиной 8-10 метров. Идите вдоль нее и каждые 2 шага поворачивайтесь вокруг своей оси по часовой стрелке и против.

Что касается прогноза, то половина пациентов полностью восстанавливают утраченные функции, треть заболевших восстанавливаются частично. Остальные попадают в категорию больных с односторонним нарушением вестибулярного аппарата. Но при выполнении гимнастики вестибулярный аппарат становится устойчивее к раздражителям, и больные не испытывают серьезных проблем с равновесием.

Анна СИМОНЯН,
врач-невролог.