

ВЕРТИЖЕН СИНДРОМ

СЪДЪРЖАНИЕ:

<i>I. Основни понятия</i>	2
<i>II. Общи характеристики на вертижния синдром от вестибуларен произход</i>	2
<i>III. Общи характеристики на вертижния синдром при неврологични заболявания</i>	4
<i>IV. Психогенно вертиго</i>	6
<i>V. Вертижен синдром при възрастни</i>	7
<i>VI. Други причини за световъртеж</i>	8

КНИГОПИС:

Hain, TC. www.dizziness-and-hearing.com.

Г.Ангов Невроотология изд Сиби 2007

Ruckenstein ML, Staab JP. The basic symptom inventory-53 and its use in the management of patients with psychogenic dizziness. *Otolaryngol HNS* 2001, Vol 125, #5533-536

Shipko S. Panic disorder in otolaryngologic practice: a brief review. *ENT journal* 80:12, 867-868

Cherin P, Colvez A, Deville G, Sereni D. Risk of syncope in the elderly and consumption of drugs: a case-control study. *J. clinical epidem* 50(3):313-20, 1997

П. Божинов, П. Божинова Световъртеж и епилептични пристъпи. *Мединфо* бр 3 2012

Carol Foster Multisensory Imbalance, www.mariondowns.com

Вертижният синдром включва симптоми на световъртеж и нарушено равновесие, често придружени от вегетативни и психични прояви. Световъртежът и равновесните нарушения са едни от честите оплаквания, довеждащи пациентите на преглед. Причините за световъртеж са отологични, неврологични, общо-медицински и психогенни.

Вертижният синдром включва симптоми на световъртеж и нарушено равновесие, често придружени от вегетативни и психични прояви. Световъртежът е основно оплакване при 2,5% от всички първични медицински посещения. На практика, има много повече пациенти с оплаквания от виене на свят и нарушения в равновесието. Причините за световъртеж и замаяност са отологични (40-50%), неврологични (10-30%), общомедицински (10-30%), психиатрични и недиагностицирани (15-25%).

I. Основни понятия

Световъртежът е илюзорно чувство за въртене на околните предмети или индивида в пространство. Симптом е на дисбаланс във вестибуларната система, причинява се от заболявания на вътрешното ухо или мозъчни увреждания. Замаяността е по-общ симптом, описван като шемет, прималяване, чувство на слабост. Може да се дължи на вестибуларни и по-често извънвестибуларни нарушения. Дисбаланс - това е нестабилност, която води до повишен риск от падане. Дисбалансът често придружава световъртежа и замаяността, но може да бъде изолиран симптом. Пространствен дискомфорт - това включва всички видове замаяност необхванати по-горе и е особено приложима за замаяност, причинена от психични разстройства. Дроп атаката е непровокирано падане без загуба на съзнание. Слухови нарушения - често придружават замаяността, причинена предимно от ушни заболявания. Те също са често срещани при хората над 50-годишна възраст, с всякакъв вид световъртеж.

II. Общи характеристики на вертижният синдром от вестибуларен произход

1. Характер на световъртежа

Световъртежът от вестибуларен произход е по-често със системен характер - тоест с посока, която може да бъде точно определена. В хоризонталната равнина – наляво или надясно при засягане на хоризонталните полуокръжни канали или във вертикалната равнина /чувство на потъване и издигане/ при засягане на задните и предни канали. Посоката на световъртежа корелира с посоката на нистагъма. Порядко се описва от пациента като накланяне или инверсия на пространството и може да бъде израз на отолитова дисфункция. Трептене на зрителния образ /осцилопсия/ се наблюдава при двустранна увреда на вестибуларната функция и е изразено при движения на главата. В остър стадий на вестибуларна увреда оплаквания от трептене на зрителния образ могат да се дължат и на по-вискоамплитуден нистагъм.

2. Продължителност на световъртежа

Вестибуларният световъртеж може да бъде краткотраен, за секунди до минута. С тази характеристика е бенигненото пароксизмално позиционно вертиго /BPPV/ и вестибуларните пароксизми. Може да трае минути до часове - перилимфна фистула и дехисценция на горния полуокръжен канал. Продължителност няколко часа – пристъп при болест на Мениер, мигрена-асоциирано вертиго. Траещ няколко денонощия – вестибуларен невронит. Непрекъснат световъртеж, траещ повече от 10-15 дни е физиологически невъзможен. В такъв случай следва да се уточни, дали не се касае за повтарящи се краткотрайни пристъпи. Вестибуларният световъртеж се усилва при промяна в положението на главата – ротация, изправяне, лягане, повдигане на главата. Световъртеж, наличен само в изправено положение е израз на ортостатизъм.

3. Вегетативни прояви

Вегетативни прояви като изпотяване, побледняване, гадене, повръщане, колебания в артериалното налягане и пулса придружават често световъртежа в остър стадий.

4. Нарушения в равновесието

Атаксията при периферни увреди съпътства световъртежа и е с посока увредения лабиринт /векторна атаксия/. Посоката е обратна на посоката на световъртежа и нистагъма – т.н. хармонично отклонение. В остър стадий на едностранна увреда залитането може да бъде компенсаторно в противоположна посока, както и при процеси, протичащи с вестибуларна възбуда. Атаксията е лека до умерено тежка – пациентът е в състояние да се придвижва самостоятелно или с минимална подкрепа. Може да бъде и тежка, без посока при двустранна вестибуларна увреда. Равновесието се влошава значително при затворени очи и на мека основа. Специфичен вестибуларен симптом са внезапните падания без загуба на съзнание при напреднала болест на Мениер – Тумаркинови кризи. Следва да се разграничават от дроп-атаки, колапс, синкоп, атонични пристъпи.

5. Нистагъм

Нистагъма най-често с хоризонтално-ротаторен характер, ниско- до средноамплитуден асоцииран, без промяна в посоката при промяна в положението на главата /Изключение BPPV/, но с променлив интензитет. Зрителната фиксация го подтиска, при по-леки увреди може да бъде видим само под очила на Френцел. Посоката е към здравия лабиринт, по-рядко към засегнатия, като израз на възбуда.

6. Слухови нарушения

Това са незадължителни прояви, могат да съществуват независимо от вестибуларната дисфункция. Типични слухови симптоми са налични при болест на Мениер – едностранен шум, чувство на пълнота или заглъхване на ухото

предшестващи или съпътстващи вертижната криза, стъпаловиден слухов спад. Възможно е и внезапно подобрене на слуха след криза. Типичните промени в аудиометрията при болест на Мениер се изразяват в начално спадане на слуха в ниските честоти, по-късно във високите, в напреднал стадий – плоска аудиометрична крива, т.н. панкохлеарна увреда. При някои вестибуларни заболявания е налице повишена чувствителност към силни шумове, провокиращи световъртеж – Тулио феномен. Наблюдава се при перилимфна фистула, дехисценции на горния полуокръжен канал, вестибулофиброза, понякога при болест на Мениер. При същите заболявания освен към шум има повишена чувствителност към покачване на налягането /физически усилия, кихане, кашлица, маньовър на Валсалва/. Настъпва остро едностранен шум, заглъхване на ухото, световъртеж. Слуховите нарушения при вестибуларни пароксизми се изразяват във внезапно настъпващ едностранен шум, краткотраен световъртеж, нестабилност. Провокират се при завъртане на главата, траят под 1 минута. Синдромът се наблюдава при процеси, протичащи с дразнене и частична увреда на слухово-вестибуларния нерв – съдово-нервен конфликт, състояния след вестибуларен невронит, процеси в понто-церебеларния ъгъл. Остро или подостро настъпващата едностранна слухова загуба, съчетана с вертижен синдром най-често се дължи на инфекциозен лабиринтит или апоплексия на лабиринта.

III. Общи характеристики на вертижният синдром при неврологични заболявания

1. Характер на световъртежа

По-често световъртежа е с несистемен характер, може да бъде по-слабо изразен или да е с характер на замаяност. Слабо се влияе от промяна в позицията на главата. Световъртежът и равновесните нарушения от централен произход са с тенденция за по-бавно възстановяване от вестибуларните причини за световъртеж.

При супратенториални увреди световъртежа не е типично оплакване, освен при вестибуларната епилепсия. Епилептичното вертиго се дължи на епилептична активност в част от кората, където е представителството на вестибуларната система: париеталния, темпоралния и фронталния кортекс. Пристъпите може да са само прости парциални със специфични сензорни симптоми, но ако се засегне съзнанието в някаква степен стават комплексни парциални или могат да генерализират вторично. Стволови увреди – при засягане на вестибуларните ядра или на root entry зоната на нерва световъртежът може да бъде системен, с характеристики идентични на остра периферна увреда. Остро настъпващи малкомозъчни увреди и лезии на церебеларните педункули също могат да доведат до системен световъртеж, понякога и до позиционен – при увреди на вестибулоцеребелума. При по-бавно развиващи се процеси световъртеж липсва или пациентите се оплакват от замаяност.

2. Вегетативни прояви

Вегетативните прояви – гадене и повръщане са с различна степен на тежест. Силно изразени са при остри съдови и възпалителни процеси, могат да липсват при бавно прогресиращи заболявания или да са позиционно провокирани при нарушения в ликворния ток. Позиционно главоболие, световъртеж и повръщане при лягане /кризи на Брунс/ се наблюдават при обемни процеси в IV вентрикул. Главоболие при навеждане напред и физически усилия може да се наблюдава при Arnold-Chiari малформации, базилярна инвагинация, обемни процеси и др.

3. Атаксия

Статичната и локомоторна атаксия при централни увреди е по-тежка. При остри малкомозъчни и стволони процеси пациентът се свлича и не може да запази равновесие седнал. При прегледа залита с отворени и затворени очи в неопределена посока. По-рядко атаксията е векторна, с посока страната на увреда при ядрени вестибуларни и едностранни малкомозъчни лезии. Drop атаки – това са внезапни падания при прав стоеж и при ходене без загуба на съзнание, с възстановяване за секунди до 1 минута. Drop атаките са честа причина за падания и травматизъм в напреднала възраст. Около 12% са с кардиогенен произход (варианти на синкоп), 8% съдово-исхемична генеза, 8% поради комбинирани проблеми, 7% епилептична генеза и при катаплексия, 5% в резултат на заболявания на вътрешното ухо (болест на Menieres - криза на Tumarkin), и 1% поради психологически проблеми. В половината от случаите причините не могат да бъдат изяснени.

Динамична атаксия – изразена е при увреда на малкия мозък и крачетата, може да бъде съчетана с интенционен тремор. Изразената дисметрия при координационните проби е белег за централна увреда. Следва да се диференцира от сензорна атаксия при увреда на кинестетичния усет. При остри периферни вестибуларни увреди също се наблюдават леки отклонения в динамичните проби.

4. Нистагъм

Нистагъма при централни увреди е с различна степен на изразеност. Липсва при супратенториални увреди. Може да променя посоката и интензитета си, по-едър е, без зрителна супресия, дисоцииран /увреда на ниво понс/, чисто ротаторен, хоризонтален, вертикален нагоре /мезенцефални увреди/, надолу /медула облонгата/. Изразен при прегледа едър нистагъм без световъртеж е израз на централна увреда или е вроден нистагъм. Може да се наблюдава центрипетален и рибанд-нистагъм. Нарушени са плавно-проследяващите и сакадичните очни движения. Skew deviation е разлика във височината на очните булби при поглед напред. Ипсилатерална хипертропия се наблюдава при понтомезенцефални увреди, контралатерална при лезии на продълговатия мозък и каудалните отдели на моста. Skew deviation се наблюдава също при церебеларни увреди, описан е и при периферно-рецепторни /вестибуларен невронит/.

5. Главоболие

Главоболието не е типична проява на периферно-рецепторна увреда и наличието му насочва към централна дисфункция. Разбира се, наличието на симптоми на огнищна или общомозъчна симптоматика, увреда на други ЧМН и/или проводникова симптоматика са сигурен белег за централен тип увреждане. Мигрената е най-често заболяване, довеждащо до съчетание на световъртеж и главоболие. Предполагат се различни механизми за поява на световъртеж – съдов спазъм на артерия лабиринти и стволите вестибуларни ядра, нарушения в церебеларните функции, невротрансмитерни нарушения. Симптоматиката включва главоболие и световъртеж или замаяност, вегетативни прояви, двустранни слухови симптоми, непоносимост към движения, алодиния. Базиларна мигрена е специфична форма, диагностицираща се при два или повече от следните симптоми - световъртеж, шум в ушите, намален слух, атаксия, дизартрия, зрителни нарушения, диплопия, двустранни парестезии или парези, последвани от пулсиращо главоболие.

6. Слухови нарушения при увреди на ЦНС

Остра едностранна слухова загуба може да се наблюдава при увреда на слуховите ядра или исхемия на артерия лабиринти /ИМИ в басейна на АІСА/. Бавнопрогресиращ едностранен слухов спад и високотонален шум са симптоми при невринома на VIII ЧМН. Поради кръстосване на влакната след слуховите ядра едностранни нарушения не могат да съществуват. Двустранни слухови нарушения са описани при двустранна увреда на коликули инфериор. Слухови халюцинации - при увреда на горния оливарен комплекс и при възбуда в коровото представителство. При засягане на аудиторния кортекс може да се наблюдава чиста централна глухота за думи – невъзможно разбиране на говорна реч при запазено за писмена и за невербални звуци. Тоналната аудиометрия е нормална при патологично променена говорна. Слухова агнозия е невъзможност за разпознаване на невербални звуци при запазено речево разбиране.

IV. Психогенно вертиго

Голяма част от пациентите имат замаяност, свързана или дължаща се на психични нарушения. Според някои автори около 50% от всички пациенти със замаяност имат и функционален източник на оплакванията. При половината от всички пациенти с хроничен световъртеж е налична тревожност и около 1/3 от тях са с основно психогенна тревожност. Друга 1/3 от пациентите са имали тревожност, свързана със заболяване на вестибуларния апарат. Тревожността и паническото разстройство са най-честите източници на психогенен световъртеж. Честотата на паническото разстройство е висока - около 1/75 от населението. Психогенното вертиго се подобрява от бензодиазепини и SSRI. Тези медикаменти обаче може да влошат обективно равновесието. Депресията рядко е причина за оплаквания от световъртеж.

V. Вертижен синдром при възрастни

Това е изключително често срещан проблем при по-възрастното население. Равновесни проблеми на 70 годишна възраст имат 36% от жените и 29% от мъжете. На възраст 88 - 90 години съответните стойности са 51-45%. В сравнение с по-младите хора, виенето на свят при възрастните хора е не само по-често, но също така е по-устойчиво, има мултифакторна генеза, по-малко вероятно е да се дължи на психологически причини и е по-инвалидиращо.

С възрастта зачестяват периферните вестибуларни нарушения. Доброкачественият пароксизмален позиционен световъртеж причинява около 50% от случаите на световъртеж на 80-годишна възраст, в сравнение с около 20% за останалите възрасти. Двустранната вестибулопатия се характеризира с атаксия и осцилопсия. Около 5% от пациентите с равновесни нарушения на възраст над 75 год имат двустранна вестибуларна увреда. Болестта на Мениер също е сериозна причина за световъртеж при възрастното население и пристъпите могат да зачестят над петдесетгодишна възраст. Вестибуларния невронит е монофазно заболяване с няколкодневна еволюция с вирусна или съдова генеза, характеризиращо се със световъртеж, гадене, атаксия и нистагъм.

Неврологичните заболявания, причиняващи вертижен синдром при възрастни включват на първо място различните прояви на МСБ - ТИА или мозъчен инсулт във вертебро-базиларната система - вертебрални артерии, задно-долна малкомозъчна артерия /PICA/, предно-долна малкомозъчна артерия /AICA/, базиларна артерия, горна малкомозъчна артерия /SCA/. Симптоматиката освен световъртеж включва в намаляваща честота зрителни нарушения, дгор атаки, нестабилност или липса на координация, парези, обърканост, главоболие, загуба на слуха, тръпнене, дизартрия, диплопия, необичаен шум в ушите, периорални парестезии.

Левкоарайозата е описателен термин, свързан с наличие на симетрични перивентрикулни хиподензни зони на КТ или хиперинтензни при T2 МРТ. Подобни промени в МРТ се наблюдават между 30 и 80% от пациентите на възраст над 65 години. МРТ при възрастни с неясна причина за нарушения в равновесието често показва фронтална атрофия, вентрикуломегалия и хиперинтензни T2 лезии. Причини са естественото стареене на мозъка, лакунарни инсулти при тежка хипертония, диабет, мигрена, множествена склероза, дефицит на витамин В6. Клинично се характеризира със забавеност на походката и когнитивен спад.

Дефицитът на витамин В12 е честа причина за равновесни нарушения, замаяност, нарушен кинестетичен усет. Наблюдава се при 10% от пациентите над 80 год възраст. В 15 до 70% от случаите има придружаваща макроцитна анемия.

Цервикалното вертиго включва симптоми на световъртеж и замаяност, провокиращи се при движения на главата. Съответните движения не трябва да

променят позицията на главата в гравитационен план. Придружаващи симптоми могат да бъдат тинитус, оталгия.

Мултисензорният дисбаланс е нарушение на равновесието в резултат на увреда на две или повече от системите, отговорни за нормалния баланс. Вътрешното ухо, очите и усета от крайниците участват в запазване на равновесието и цялостното усещане за движение. Когато една система в тази триада се наруши, човек компенсира чрез функцията на останалите системи. Тъй като компенсаторните механизми намаляват с процеса на стареене в тялото, мултисензорният дисбаланс е най-чест при по-възрастни индивиди.

VI. Други причини за световъртеж

Замаяност често се наблюдава като страничен ефект от медикаментозната терапия за съпътстващи хронични заболявания. Замаяност и нестабилност при възрастни са често причинени от артериална хипотония и ортостатизъм вследствие употреба на антихипертензивни и диуретични медикаменти, сърдечни аритмии, сърдечна недостатъчност, инфекции, хипогликемия, хипоксемия.

Все пак в значителна част от пациентите сигурна етиология не може да се определи. Във всички възрасти като цяло, около една трета от пациентите с виене на свят остават недиагностицирани. Прецизното отоневрологично изследване трябва да отдиференцира отологичните, неврологични, общо-медицински и психогенни причини.

Доц д-р И. Стайков д.м., д-р Г. Савов