



TURLI GENEZLI VESTIBULAR SINDROMNING KLINIK- NEVROLOGIK VA DIFFERENSIAL DIAGNOSTIK O'ZIGA XOSLIKLARI

Rahmatullayeva G.K ¹, Normurotova N.X ²

¹ TTA nevrologiya va tibbiy psixologiya kafedrasida dotsenti.

² TTA nevrologiya va tibbiy psixologiya kafedrasida 1-kurs magistri.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6625353>

ARTICLE INFO

Received: 28th May 2022

Accepted: 02nd June 2022

Online: 07th June 2022

KEY WORDS

Vertigo, yaxshi sifatli paroksizmal pozitsion bosh aylanish, vertebro-bazilyar insult, neyronit, Mener kasalligi, Diks-Xolpayk testi.

Bosh aylanishi bemorning eng ko'p uchraydigan shikoyatlaridan biri bo'lib, shifokorning amaliyotida muntazam ravishda uchraydi - odamlarning 30 foizi hayotida kamida bir marta bu muammoga duch kelgan. Shu bilan birga, bu shikoyat ayniqsa tez yordam bo'limida tez-tez uchraydi - nevrologik tez yordam bo'limiga barcha qo'ng'iroqlarning 20% bosh aylanishi bilan bog'liq[1].

Tizimli va tizimli bo'lmagan vertigoga bo'linish an'anaviy hisoblanadi. Tizimli bo'lmagan bosh aylanishi bilan bemor shikoyatlarining tabiati odatda serebellar ataksiya, avtonom buzilishlar, senkop va presinkopal holatlar belgilariga moyil bo'ladi.[2] Ko'pincha turli xil somatik patologiyalarda, ayniqsa kardiologik va -pulmonologik kasalliklarda yoki yuqumli-toksik sindromning bir qismi sifatida paydo bo'lishi mumkin. Tizimli (yoki haqiqiy, vestibulyar, "vertigo" atamasi ham keng tarqalgan) bosh aylanishi - bu bemor

ABSTRACT

Ushbu maqolada dunyoda aholi orasida eng ko'p uchraydigan vestibular sindromli kasalliklarning klinik-nevrologik va differensial diagnostik o'ziga xosliklari ko'rib o'tilgan.

yoki bemorning o'zi atrofida ob'ektlarning xayoliy aylanish yoki harakatlanishi hissi bo'lib, odatda -vestibulyar analizator markaziy yoki periferik shikastlanishning natijasidir. Muntazam amaliyotda bosh aylanishi shikoyatlari nafaqat nevrologlar, balki turli mutaxassisliklar shifokorlari tomonidan ham uchraydi. Shveytsariyadagi shifoxonalardan birining qabul bo'limida ular tizimli va tizimli bo'lmagan bosh aylanishining barcha sabablari bo'yicha statistik ma'lumotlarni o'tkazdilar. Ma'lum bo'lishicha, -sinkopal holatlar va ortostatik -gipotenziya (22,3%) ko'pincha bosh aylanishi shikoyatlari bilan tashxislanadi. -Vertigoning vestibulyar va nevrologik sabablari -mos ravishda 19,9% va 9,9% hollarda aniqlangan.

Ko'pgina hollarda, tizimli vertigo-kasallikning birinchi soatlarida/kunlarida bemorning kundalik faoliyatining keskin cheklanishi va



simptomlarning namoyon bo'lishi, -kasallikning tez-tez o'tkir boshlanishiga qaramay (izolyatsiya qilingan tizimli vertigo bilan -"o'tkir vestibulyar sindrom" (AVS) atamasi qo'llanilishi mumkin), o'ta -og'ir zo'ravonlik darajasiga qaramay, yaxshi va hayot uchun xavfli bo'lmagan holat.[3] Tizimli vertigoning barcha sabablarining aksariyati periferik vestibulyar analizator -tuzilmalarining patologiyasi (yaxshi sifatli paroksizmal pozitsion bosh aylanishi-(YPPB), vestibulyar neyronit (VN), Mener kasalligi (MD)) yoki psixogen shakllar (2-jadval) bilan bog'liq. Biroq, tizimli bosh aylanishning barcha sabablarining 5% va 25% orasida potentsial hayot uchun xavfli 1-jadval - tizimli bosh aylanishining asosiy sabablari (Strupp M. va boshq. 2013 y.) (n=17718 bemor)

bo'lishi mumkinligi taxmin qilinmoqda-. Bu markaziy asab tizimining patologiyasidan kelib chiqishi mumkin (masalan, o'tkir serebrovaskulyar kasallik (insult yoki tranzitor ishemik ataka (TIA)), Arnold-Kiari anomaliyasi bilan) qo'shimcha tekshiruv -va muayyan davolanishni tayinlash (masalan, bo'shliqni egallagan -lezyonlar, demyelinatsiya qiluvchi kasalliklar, gerpetik lezyonlar (-Ramsey-Hunt sindromi, kamdan-kam hollarda ensefalit)),yoki eng tezkor davolashni talab qilishi mumkin, shuning uchun tizimli bosh aylanishi bilan og'rigan bemorlar -ko'pincha dastlab nevrolog shifokor bilan uchrashadilar.

Sabab	%
Yaxshi paroksizmal pozitsion th bosh aylanishi	17.1
somatoform fobik vertigo	15.0
Markaziy vestibulyar sindrom	12.3
vestibulyar migren	11.4
Meniere kasalligi	10.1
Vestibulyar neyronit	8.3
Ikki tomonlama vestibulopatiya	7.1
Vestibulyar paroksizm	3.7
Psixogen bosh aylanishi	2.9
Perilimfatik oqma	0,5



Noma'lum etiologiya	2.7
Boshqa sabablar	8.8

Chet el tibbiyoti uchun ko'proq dolzarb bo'lgan bosh aylanishining markaziy sabablarini periferik va noto'g'ri tashxis qo'yish. Vertebro bazilar havzada insult bilan og'rikan bemorlarning 62 foizida anamnezda kamida bitta tizimli bosh aylanishi epizodi bo'lgan va 19% da bu insultning birinchi alomati bo'lib, undan keyin yanada og'irroq fokal nevrologik simptomlar paydo bo'lgan.

Qiyinchiliklarning sababi, vestibulyar patologiyaning geterogenligidan tashqari, - miya sopidagi shikastlanishlarni tashxislash uchun instrumental tadqiqot usullarining etarli ma'lumotga ega emasligi va klinik tekshiruvning katta ahamiyati. Shunday qilib, KT juda past sezgirlikka ega - atigi 16%, birinchi 24 soat ichida DWI rejimida MRI 1 sm dan katta jarohatlar uchun 80% va diametri 1 sm dan kam bo'lgan jarohatlar uchun 50% sezgirlikka ega.[4] Klinik tekshiruv 99% sezuvchanlikka va 97% o'ziga xoslikka erishishi mumkin, garchi neyroimagingning ahamiyati ham inkor etilmaydi va markaziy, pastga yo'naltirilgan nistagm ham periferik vestibulopatiyalarda juda kam uchraydi (masalan, MKda).

Shunday qilib, tizimli vertigo tibbiy yordamga, shu jumladan shoshilinch yordamga murojaat qilishning keng tarqalgan sababi bo'lib, tashxis qo'yish juda qiyin va ko'pincha diagnostika xatolari bilan birga keladi, oqibatlar hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin.

Vestibulyar buzilishlar tarkibida yaxshi sifatli paroksizmal pozitsion bosh aylanishi.

Ko'pgina tadqiqotlarga ko'ra, tizimli vertigoning eng keng tarqalgan sababi yaxshi sifatli paroksizmal pozitsion bosh aylanishi (YPPBA). Kasallikning umumiy darajasi 100 000 aholiga 10,7 dan 140 kishigacha o'zgarib turadi. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, YPPBA bosh aylanishining barcha sabablarining 35-42% ni tashkil qiladi, 70 yoshdan oshgan har uchinchi odam hayotida kamida bir marta pozitsion bosh aylanishi hujumini boshdan kechirgan va aholi orasida umumiy tarqalish 2,4% ni tashkil qiladi, 60 yoshdan oshgan odamlarda esa 3,4% ga etadi.

1952 yilda ingliz shifokorlari Margaret Diks va Charlz Xolpayk o'tgan yillar davomida to'plangan bilimlarni umumlashtirdilar, kasallikning klinik ko'rinishini, xususan, - bosh aylanishi va bosh harakati, paydo bo'lgan nistagmus o'rtasidagi aniq bog'liqlikni shu bilan YPPBA ni alohida nozologik birlik sifatida shakllantirgan holda tasvirlab berdilar. Keyinchalik, YPPBA diagnostikasi uchun asosiy test Diks-Xolpayk testi deb nomlandi.[5]

1991 yilda Parnes LS va MakKlur JA tomonidan taklif qilingan kanalolitiaz nazariyasiga ko'ra, YPPBA uchun patogenetik substrat utrikulaning otolit membranasidan ajratilgan yarim doira kanallarining endolimfasida erkin suzuvchi otolit zarralarining mavjudligi (elliptik shlyapa).[6] Bundan tashqari, kupulolitiaz nazariyasi mavjud bo'lib, unga ko'ra bosh aylanishi xuruji orqa yarim doira kanalining ampulalari hududida noorganik zarrachalarning harakatlanishiga olib keladi, bu esa yarim doira kanalining



kupulasi disfunksiyasini keltirib chiqaradi. Klinik jihatdan, pozitsion testlarni o'tkazishda kanalolitiya geotropik (pastki quloqqa yoki yerga yo'naltirilgan) 1 daqiqadan kamroq davom etadigan - nistagmus bilan tavsiflanadi va kupulolitiya nistagmus apogeotropik (yerdan uzoqda joylashgan quloqqa yo'naltirilgan) 1 daqiqadan ortiq.

YPPBA 2 ta asosiy shaklga ega: 1) Diks-Xolpayk testi paytida aniqlanadigan orqa yarim doira kanalining shikastlanishi (barcha holatlarning 80-95%) va 2) gorizontal yarim doira kanalining rulon paytida aniqlangan shikastlanishi. test (5-15% hollarda). Oldingi yarim doira kanalining shikastlanishi juda kam uchraydi va bir nechta yarim doira kanallarini ham jalb qilish mumkin.

YPPBA ning klinik ko'rinishi atrofdagi bo'shliqning aniq aylanishi hissi (tizimli bosh aylanishi) bilan tavsiflanadi, bu kosmosda boshning holati o'zgarib ketganda keskin paydo bo'ladi. Hujum ko'pincha uyg'ongandan so'ng darhol ertalab sodir bo'lib, qo'rquv, tashvish, vahima tuyg'ulari bilan kuchaygan kuchli vegetativ reaksiyalar (ko'ngil aynishi, qusish, terlash, yurak urishi) bilan birga keladi.[7] Kamdan kam hollarda, ayniqsa keksa bemorlarda, YPPBA ning klinik ko'rinishi atipik bo'lishi mumkin, xususan, tizimli vertigosiz, faqat beqarorlik epizodlari yoki nistagmusiz.[8] Yuqorida aytib o'tilganidek, kasallik ko'pincha tan olinmaydi va noto'g'ri davolanadi. Bu kasallikning qaytalanishining ko'payishiga olib kelishi mumkin. Bemorlar ko'pincha - qimmat neyroimaging tadqiqotlaridan (MRI, KT, angiografiya) o'tadilar, bu klinik vaziyatda ma'lumot bermaydi (MRI, KT, angiografiya) va bu muammo - mamlakatimiz uchun ham va xorijiy

mamlakatlar uchun ham dolzarbdir. Shunday qilib, Grill E. va boshqalar tomonidan o'tkazilgan tadqiqotga ko'ra 2014 yilda ma'lum bo'lishicha, bemorlar 70% hollarda MRI va 45% hollarda miyaning KT dan o'tkaziladi (tizimli bosh aylanishi bo'yicha ushbu tadqiqot juda kam ma'lumotga ega bo'lishiga qaramay), bemorlarning 53% dori terapiyasini oladi, bu odatda YPPBAda samarali emas. Terapevtik joylashuvni o'zgartirish manevralari 30% dan kamroq hollarda amalga oshiriladi. Kasallikning tarqalishi, - noto'g'ri tashxis qo'yish va davolash bilan bog'liq muammolarni hisobga olgan holda, Qo'shma Shtatlarda YPPBA bilan kasallangan har bir bemor uchun yillik iqtisodiy xarajatlar 2000 dollarga baholanadi va umumiy xarajatlar 2 milliard dollarga etadi, garchi bu xarajatlar sezilarli darajada kamayishi mumkin.

YPPBA bilan og'riqan bemorning kasallik tarixiga misol (ammo, boshqa har qanday o'tkir vestibulyar patologiya kabi, masalan, vestibulyar neyronit) quyidagi senariydir. Bosh aylanishining o'tkir kuchli hujumi boshlanganda bemor tez yordam chaqiradi. Bosh aylanishi bosh aylanishini keltirib chiqarishini tushunmasdan, klinik ko'rinish YPPBA xurujlari birin-ketin davom etishi, doimiy uzoq davom etadigan bosh aylanishi haqida noto'g'ri taassurot qoldirishi va vegetativ reaksiya va qo'rquv hissi tufayli qon bosimi. yuqori raqamlarga ko'tarilib, yolg'on BMQAO'B bilan tavsiflanishi mumkin. Neyroimaging ma'lumotlariga ko'ra o'zgarishlar yo'qligi va tez-tez bosh aylanishining tez regressiyasi tufayli "Tranzitor ishemik ataka" yoki "kichik insult" tashxisi qo'yiladi, reanimatsiya bo'limida kasalxonaga yotqiziladi va "stigma" qo'llaniladi.[9] Shu bilan birga, BPPV uchun



dori-darmonlarni davolash samarasiz, bosh aylanishi xurujlari davom etadi (agar o'z-o'zini davolash bo'lmasa), bemorga ko'pincha vertebrobazilar tizimda qon aylanishining etishmovchiligi tashxisi qo'yiladi va u etarli darajada davolanishni davom ettiradi. Shuningdek, YPPBA xuruji ko'pincha vertebrogenik patologiyaning namoyon bo'lishi sifatida noto'g'ri talqin qilinadi, "servikogen bosh aylanishi" tashxisi qo'yiladi, bemorlarga noto'g'ri davolanish buyuriladi, xususan, ular - bachadon bo'yni umurtqa pog'onasidagi harakatlarni cheklashni, Shants yoqasini kiyishni tavsiya qiladilar. , bu oxir-oqibat kasallikning uzoq davom etishiga olib keladi. Vaziyat, noto'g'ri tashxis va davolash bilan BPPV ning birinchi xurujlaridan keyin, ayniqsa insult tashxisi qo'yilganda, BPPV ning asosiy asoratlari - tashvishli fobik bosh aylanishi asosiy kasallikka qo'shilishi va shu bilan yopilishi bilan yanada og'irlashadi. Klassik sirkulus vitiosus, undan bemorning chiqishi juda qiyin, psixoterapevtik yordamga ehtiyoj bor. BPPV, depressiya, tashvish va hayot sifatining pasayishi o'rtasidagi bog'liqlik ko'plab tadqiqotlarda ko'rsatilgan. Bir qator tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, tashvish va depressiya belgilari YPPBA bilan kasallangan bemorlarning kamida 50 foizida uchraydi. Bundan tashqari, bemorlarning ushbu guruhida terapevtik manevrlarni o'zgartirish samaradorligi kamroq va kasallikning qaytalanish xavfi yuqori.[10]

YPPBA diagnostikasi kasallikning xarakterli klinik ko'rinishi (kosmosda boshning holatini o'zgartirish bilan takrorlanuvchi tizimli vertigo) va maxsus diagnostik testlar natijalari - ijobiy Diks-Xolpayk testi, rulon asosida amalga oshiriladi. test, Brandt-Daroff testi. Diks-

Xolpayk testi ko'pincha posterior yarim doira kanalining shikastlanishini aniqlash uchun ishlatiladi (BPPVning barcha holatlarining o'rtacha 90%).[11] Oldindan bemorni protsedura haqida, test paytida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan histuyg'ular haqida ogohlantirish, ko'zingizni yummaslik haqida ko'rsatmalar berish va tadqiqotning xavfsizligi haqida ma'lumot berish kerak. Sinov quyidagicha amalga oshiriladi: bemor o'tirgan holatdan orqa tomoniga yotqiziladi, boshi 45 daraja yon tomonga buriladi, shunda boshi divanning chetidan 20-30 darajaga osiladi. Bunday holda, qisqa yashirin davrdan so'ng , bemorning ta'sirlangan qulog'iga yo'naltirilgan birinchi navbatda kuchayib, so'ngra susayib borayotgan nistagmus paydo bo'ladi.[14] Ushbu manevr vegetativ reaksiyalar (ko'ngil aynishi, qusish, terlash, yurak urishi) bilan tizimli bosh aylanishi paydo bo'lishi bilan birga bo'lishi mumkin, bu diagnostika testini o'tkazishda e'tiborga olinishi kerak. Agar BPPV ning klinik ko'rinishi odatiy bo'lsa va diagnostik testlar ijobiy bo'lsa, boshqa testlar talab qilinmaydi. [12]

Klinik usul. U shikoyatlar va anamnestik ma'lumotlarni to'plash va tahlil qilishni o'z ichiga oladi. O'tmishda tizimli vertigo epizodlari mavjudligi fakti, oldingi vertigo xurujini DISH bilan bog'lash va vertigonning boshqa mumkin bo'lgan sabablarini (somatik patologiya, postural pertseptual vertigo va boshqalar) istisno qilish imkoniyati batafsil yoritilgan.[15] serebellar ataksiya uchun qo'shimcha testlar yordamida standart nevrologik tekshiruv o'tkazildi. Batafsil otonevrologik tekshiruv: 9 pozitsiyada ko'z harakati, Xalmaga testi (vestibulo-ko'z refleksini tekshirish), Unterberger testi (Fukuda testi), Diks-Xolpayk testi (orqa yarim doira



kanalining shikastlanishi bilan DPPda pozitsiyali test), roll -test (gorizontal yarim doira kanalining shikastlanishi bilan DIIG uchun pozitsion test), taxminiy eshitish testi.[13]

Tizimli bosh aylanishi bo'lgan barcha bemorlarda markaziy yoki periferik

vestibulyar apparatlarning patologiyasi mavjud bo'lib, bu adabiyot ma'lumotlariga mos keladi.

2-jadval - Tizimli bosh aylanishi bilan og'rigan bemorlarning asosiy shikoyatlari.

Shikoyat	Tarqalishi (%)
Muvozanat / yurishning buzilishi	100
Atrofdagi makonning aylanishini his qilish	98
Ko'ngil aynishi	86
Qusish	58
Yurak urishini his qilish	85
Terlash	51
Vahima hissi	29
Bosh og'rig'i	20
Quloqda / boshda shovqin / to'liqlik hissi	13
Ongni yo'qotish hissi	9
Eshitish qobiliyatini yo'qotish	8
Oyoq-qo'llarining zaifligi/qo'polligi	4
Yuzning buzilishi	4
Nutqning buzilishi	3
Boshqa shikoyatlar	9

XULOSA

Bosh aylanishi - bemorning eng ko'p uchraydigan shikoyatlaridan biri shifokorning turli xil profillar, ayniqsa - nevrologiya bo'limining shoshilinch tibbiy yordam bo'limi shifokori. Vertigoning simptomlar majmuasi juda xilma-xildir. Ushbu simptom majmuasining asosiy

sabablaridan biri tizimli bosh aylanishi rivojlanishi bilan vestibulyar buzilishlardir. Vestibulyar buzilishlar murakkab va munozarali klinik sindromdir. Bir tomondan, tizimli bosh aylanishining sababi BPPVda bo'lgani kabi juda yorqin va xarakterli klinik ko'rinishga ega bo'lgan kasallik bo'lishi mumkin, ammo boshqa tomondan, bu kasallik ko'pincha tan



olinmaydi va bemor befoyda qimmat instrumental va laboratoriya tadqiqotlaridan o'tadi va noto'g'ri davolash buyuriladi. Bir tomondan, o'ta og'ir alomatlarga qaramay, tizimli vertigonning sababi qulay vestibulyar neyronit bo'lishi mumkin, ammo boshqa tomondan, shunga o'xshash belgilarga ega bo'lgan bemorda

miya shishi xavfi bilan serebellumda hayot uchun xavfli insult bo'lishi mumkin. Bir tomondan, vestibulyar simptomlar asosan otorinolaringologiya mutaxassisligining patologiyasidir, ammo boshqa tomondan, tizimli bosh aylanishi bilan og'rigan bemorlar aksariyat hollarda nevrologlarga murojaat qilishadi.

References:

1. Amelin A. V. Surunkali serebrovaskulyar etishmovchilik va bosh aylanishi / A. V. Amelin, A. S. Kudryavtseva, A. A. Timofeeva // Asab kasalliklari. - 2018. - No 1. - S. 18-25. DOI: 10.24411/2071-5315-2018-11993
2. Antonenko L. M. Bosh aylanishi uchun betahistin preparatlarini qo'llash / L. M. Antonenko, N. V. Bestuzheva, V. A. Parfenov // Tibbiy kengash. - 2014. Antonenko L. M. Ambulatoriya amaliyotida bosh aylanishi diagnostikasi va davolash / L. M. Antonenko, N. V. Bestuzheva, V. A. Parfenov // Nevrologiya, neyropsixiatriya, psixosomatika. - 2015. - No 1. - S. 55-60.
3. Bogdanov E. I. Qon tomir vertigo: serebrovaskulyar kasalliklarda vestibulyar sindrom / E. I. Bogdanov. - Qozon, 2011. - 114 b.
4. Brandt T. Bosh aylanishi / T. Brandt, M. Diterix, M. Strupp ; [Trans. ingliz tilidan. ed. Zamergrad M. V.]. - Moskva : Amaliyot, 2009. - 200 p.
5. Bronshteyn A. Bosh aylanishi / A. Bronshteyn, T. Lempert. - Moskva : GEOTAR-Media, 2010. - 216 p.
6. Vertigo (periferik). Klinik ko'rsatmalar. [Elektron resurs] / N. A. Daikes. - Moskva ; Sankt-Peterburg, 2016. - Kirish rejimi: <https://nikio.ru/docs/02-golovokruzhenie1.pdf> (ariza berilgan sana: 21/12/2016).
7. Dzyak L. A. Klinik amaliyotda bosh aylanishi: metodologiyaning umumiyliigi va davolashga patogenetik jihatdan asoslangan differentsial yondashuvlar / L. A. Dzyak, E. S. Tsurkalenko // Xalqaro nevrologik jurnal. - 2016 - No 1. - S. 13-18.
8. Dyukova G. M. Vestibulyar vahima / G. M. Dyukova, M. V. Zamergrad, S. M. Adilova // Med. alifbo. - 2015. - V. 2, No 19. - S. 12-16.
9. Dyukova G. M. Funktsional (psixogen) bosh aylanishi / G. M. Dyukova, M. V. Zamergrad, V. L. Golubev [va boshq.] // Nevrologiya va psixiatriya jurnali. - 2017. - 6-son - S. 91-98. doi: 10.17116/jnevro20171176191-98
10. Zamergrad M. V. Vestibulyar vertigo / M. V. Zamergrad // Nevrologiya, neyropsixiatriya, psixosomatika. - 2009. - 2-son - S. 14-18.
11. Zamergrad M. V. Shikastlanishdan keyingi bosh aylanishi / M. V. Zamergrad, L. M. Antonenko // Nevrologik jurnal. - 2012. - No 2. - S. 4-9.
12. Zamergrad M. V. Bosh aylanishi diagnostikasi va davolashning yoshga bog'liq jihatlari: tibbiyot fanlari doktori ilmiy darajasini olish uchun dissertatsiya avtoreferati: 14.01.11 / Zamergrad Maksim Valerievich; Birinchi Moskva davlat tibbiyot universiteti. I. M. Sechenov. - Moskva, 2014 - 50 s.



13. Zamergrad M. V. Qon tomirlarida bosh aylanishi / M. V. Zamergrad // Nevrologiya \neg , neyropsixiatriya, psixosomatika. - 2015. - No 7. - S. 47-51.
14. Zamergrad M. V. Yaxshi paroksimal pozitsion vertigo \neg : diagnostika va davolashga zamonaviy yondashuvlar / M. V. Zamergrad // Samarali farmakoterapiya. Nevrologiya va psixiatriya. - 2017. - No 4. - S. 52-55.
15. Ivanova T. A. O'chokli bosh aylanishi / T. A. Ivanova, A. L. Guseva, E. G. Filatova // Rossiya tibbiyot jurnali. - 2017. - No 9. - S. 602-606.