

9. Демина Е.А. Лимфома Ходжкина // Клиническая онкогематология. Издание второе переработанное и дополненное. Под. ред. М.А. Волковой. М.: «Медицина», 2007. С. 679 – 723.

10. Ландышев Ю.С., Есенин В.В., Войцеховский В.В. и др. Клинико-эпидемиологические особенности гемобластозов в Амурской области // Дальневосточный медицинский журнал. 1997. № 3. С. 31 – 35.

11. Ландышев Ю.С., Филиппова И.С., Войцеховский В.В., и др. Эпидемиологические исследования хронического лимфолейкоза в Амурской области // Дальневосточный медицинский журнал. 2006. № 4. С. 51 – 54.

12. Осечинский О.В. Эпидемиология гемобластозов // Клиническая онкогематология. Издание второе переработанное и дополненное. Под. ред. М.А. Волковой. М.: «Медицина», 2007. С. 258 – 298.

13. Савченко В.Г. Программное лечение заболеваний системы крови. М. Практика, 2012. 1052 с.

14. Eichenauer D.A., Engert A., Dreyling M.; ESMO Guidelines Working Group. Hodgkin's lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2011; Suppl 6: v. 55 – 58.

15. Jaffe E.S., Harriss N.L., Stein H., et al. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and genetics of tumors of hematopoietic and lymphoid tissue. Lyon, France: IARC, 2001.

Статья поступила в редакцию 17.04.2018

#### Координаты для связи

Войцеховский Валерий Владимирович, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом фармакологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. E-mail: [voitsehovskij@yandex.ru](mailto:voitsehovskij@yandex.ru)

Есенина Татьяна Владимировна, заведующая гематологическим от-делением ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница». E-mail: [esenina-09@mail.ru](mailto:esenina-09@mail.ru)

Федорова Наталья Анатольевна, врач гематологического отделения ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница».

Приходько Ольга Борисовна, д. м. н., доцент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. E-mail: [prk0806@mail.ru](mailto:prk0806@mail.ru)

Филатова Екатерина Александровна, аспирант кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, врач гематологического отделения ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница». E-mail: [Ekaterina.gladun.86@mail.ru](mailto:Ekaterina.gladun.86@mail.ru)

Мишкурова Кристина Михайловна, врач гематологического отделения ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница».

Горячева Светлана Александровна, к. м. н., ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Почтовый адрес ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России: 675000, Благовещенск, ул. Горького, 95.

Почтовый адрес ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»: 675027, г. Благовещенск, ул. Воронкова 26.

УДК 616-009.26

П.С. Никитенко,<sup>1</sup> М. Ю. Цепляев,<sup>2</sup>

К.А. Демина,<sup>3</sup> Е.В. Головкин<sup>4</sup>

ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница»<sup>1</sup>

г. Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России<sup>2</sup>

г. Благовещенск

ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»<sup>3</sup>

г. Благовещенск

ГАУЗ АО «Белогорская больница»<sup>4</sup>

г. Белогорск

### ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ И ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ НЕЙРОНИТ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ежегодно во всем мире за медицинской помощью обращаются около 6 миллионов пациентов с головокружением. Примерно половина обращений приходится на пациентов трудоспособного возраста [4]. В клинической практике врачей-неврологов, а также оториноларингологов возникает большое количество ошибок при проведении дифференциальной диагностики состояний, сопровождающихся ощущением головокружения, нарушением равновесия и устойчивости [5]. Пациентам с головокружением правильный диагноз ставится только в 10-50% случаев, что приводит к значительным затратам на лечение [4].

Причинами острого вестибулярного головокружения могут быть различные неврологические заболевания (мигрень, рассеянный склероз, опухоль головного мозга и др.), а также патология периферического вестибулярного аппарата: вестибулярный нейронит, болезнь Меньера, доброкачественное позиционное головокружение [1, 2, 7, 8, 11, 12].

Дифференциальный диагноз у больных с острым вестибулярным головокружением нередко вызывает сложности и требует комплексного обследования, включающего МРТ, дуплексное сканирование экстра- и интракраниальных артерий, исследование периферического вестибулярного аппарата [1, 6, 7].

Вестибулярный нейронит (ВН) – это острое заболевание, развивающееся вследствие поражения, как правило, нижней порции вестибулярного нерва и проявляющееся преимущественно системным головокружением, сопровождающимся тошнотой, рвотой и постуральной неустойчивостью. ВН по существу является острой односторонней вестибулярной дисфункцией.

Этиология процесса до конца не ясна. Причину заболевания связывают с избирательным воспалением вестибулярного нерва (вирусного или инфекционно-аллергического характера).

Главные клинические признаки ВН следующие [3, 9, 10].

1. Острое или подострое начало заболевания. Иногда за несколько часов или дней до развития острого вестибулярного приступа возникают эпизоды неустойчивости или головокружения.

2. Системное головокружение с направлением Амурский медицинский журнал №3 (23) 2018

движения в сторону здорового уха.

3. Горизонтальный, иногда с ротаторным компонентом, нистагм в сторону здорового уха. При взгляде в сторону здорового уха нистагм усиливается, при взгляде в сторону поражения – ослабевает. Поскольку нистагм периферического происхождения, фиксация взора уменьшает нистагм, в то время, как использование очков Френцеля - усиливает.

4. Неустойчивость и падение при ходьбе в сторону пораженного уха. При проведении пробы Ромберга больной всегда отклоняется только в сторону пораженного лабиринта.

5. Тошнота и рвота.

В рутинной клинической практике данная патология часто плохо диагностируется и рассматривается как острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу в вертебро-базилярном бассейне (ВББ). Однако, несмотря на схожесть симптоматики, имеются определенные различия между двумя состояниями (табл. 1).

Учитывая достаточно редкую встречаемость в клинической практике, а также недостаточные знания практических врачей о ВН, мы считаем целесообразным привести собственное наблюдение данной патологии.

Больная В., 78 лет, поступила с жалобами на вращательное головокружение, сопровождающееся тошнотой и многократной рвотой, не приносящей облегчения. Данное состояние развилось остро после сна, когда, встав с постели, не смогла удержать равновесие, упала, развилась рвота. Вызвана скорая медицинская помощь. Зафиксировано артериальное давление (АД) 200/100 мм рт. ст.

Из анамнеза - курит, стаж 50 лет. Принимает каптоприл при повышении АД.

Объективно. Состояние тяжелое. Сознание ясное. Ориентирована в собственной личности, пространстве и времени. Рост 164 см, вес 90 кг. Индекс массы тела 33,5 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Температура тела 36,7°C. Дыхание аускультативно прослушивается по всем полям, везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания - 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 170/100 мм рт. ст. ЧСС 76 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Задержку мочи и стула отрицает.

В неврологическом статусе со стороны ЧМН определяется тонико-клонический горизонтальный нистагм, усиливающийся при взгляде влево. Головокружение, по описанию, системного характера. Направление головокружения достоверно выяснить не удалось. Симптомы орального автоматизма умеренно выраженные. Чувствительность сохранена. Парезов нет. Анизорефлексия, D>S. Патологические рефлексы не вызываются. Пальце-носовая и пяточно-коленная пробы выполняет точно с 2-х сторон. В позе

Ромберга оценить невозможно в связи с выраженным головокружением при перемене положения тела. Менингеальные симптомы отрицательные. При лабораторном исследовании в клиническом анализе крови определяется умеренное повышение уровня лейкоцитов - до 14,9x10<sup>9</sup>/л. В биохимическом анализе крови гиперхолестеринемия – до 5,8 ммоль/л, гипергликемия до 7,39 ммоль/л.

По данным дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий и интракраниальных артерий определяется стенозирующий атеросклероз сонных артерий на экстракраниальном уровне атеротромботического генеза более выраженный справа. Признаки гипертонической макроангиопатии: С-образный ход БЦС, S-образный ход ВСА с обеих сторон (более выражен справа), угловые изгибы ВСА с 2-х сторон.

По данным спиральной компьютерной томографии (СКТ) головного мозга (ГМ) признаки умеренно выраженной заместительной гидроцефалии. Данных за ОНМК нет.

Учитывая факторы риска (артериальная гипертензия, курение, ожирение, гиперхолестеринемия), пожилой возраст, острое течение, наличие нистагма, системного головокружения, сопровождающегося тошнотой и рвотой, вестибуло-атактического синдрома установлен предварительный диагноз: ишемический инсульт в бассейне вертебро-базилярных артерий; не установленный патогенетический вариант, выраженный вестибуло-атактический синдром.

В связи с отсутствием данных СКТ за ОНМК больной проведена магнитно-резонансная томография головного мозга для более детальной визуализации образований задней черепной ямки. Данных за ОНМК не обнаружено.

При проведении теста поворота головы выявлена корригирующая саккада справа. От проведения калорической пробы больная отказалась. В связи с отсутствием данных за ОНМК по результатам нейровизуализации и особенностей клинической картины установлен диагноз: вестибулярный нейронит справа с выраженным головокружением и атаксией; дисциркуляторная энцефалопатия (I стадия) на фоне гипертонической болезни и атеросклероза брахиоцефальных артерий; гипертоническая болезнь (III стадия), артериальная гипертензия 3 степени (риск 4); ХСН IIА; гиперхолестеринемия.

В стационаре проведен курс антигипертензивной и гиполипидемической терапии. Для купирования головокружения применяли гистаминомиметики. В течение первых 3-х суток заболевания больная не вставала, повороты в постели имели щадящий характер. Со снижением головокружения, проведением реабилитационной гимнастики постельный режим расширялся. После завершения курса терапии больная самостоятельно передвигалась, полностью обслуживала себя. Однако за время нахождения больной в отделении

## Резюме

Ишемический инсульт в вертебро-базилярном бассейне может проявляться системным головокружением, тошнотой и рвотой, неустойчивостью при ходьбе и нистагмом. В то же время данные симптомы могут давать и другие заболевания, в том числе и вестибулярный нейронит. Это редкая острая патология вестибулярного аппарата, которая встречается в любом возрасте и может «имитировать» инсульт. В статье проводится описание особенностей течения обоих заболеваний, дифференциальный диагноз. Описывается клинический случай течения вестибулярного нейронита у женщины пожилого возраста, имеющей факторы риска для развития инсульта.

**Ключевые слова:** ишемический инсульт в вертебро-базилярном бассейне, вестибулярный нейронит, дифференциальный диагноз.

**Таблица 1. Дифференциальная диагностика периферической и центральной вестибулопатии**

	ВН	ОНМК в ВББ
Признаки поражения ЦНС	Отсутствуют	Чаще есть
Нарушение слуха	Отсутствует	При нарушении кровоснабжения передней нижней мозжечковой артерии
Характер нистагма	Клонический, состоящие из медленного и быстрого компонентов	Любой
Направление нистагма	Горизонтальный/Горизонтально-ротаторный	Любой
Закон Александра	Характерен: нистагм усиливается только при взоре в сторону быстрого компонента	Не характерен: чаще нистагм усиливается при взоре в любую сторону
Фиксация взора	Уменьшает нистагм	Не влияет
Стояние, ходьба	С падением строго в сторону пораженного лабиринта	Нет четкой латерализации

создалось впечатление о развившемся фобическом постуральном расстройстве. Больная часто жаловалась на страх перед новым приступом головокружения, старалась медленно передвигаться, ограничивала себя в движениях. Выписана в удовлетворительном состоянии со значительным улучшением на 18-е сутки.

Таким образом, изолированное системное головокружение, при отсутствии данных за ОНМК, необходимо дифференцировать с периферической вестибулопатией, в том числе и с вестибулярным нейронитом. Установление истинных причин головокружения и их адекватное лечение позволяют достигнуть быстрого улучшения у большинства пациентов с периферической вестибулопатией.

Так же, на наш взгляд, существует необходимость обучения вопросам дифференциальной диагностики головокружения врачей скорой медицинской помощи, врачей общей практики, неврологов и оториноларингологов в свете современных представлений о данной патологии.

#### Литература

- 1.Абдулина О.В. Частота, причины, дифференциальный диагноз, лечение и прогноз острого вестибулярного головокружения в неотложной неврологии: автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва, 2008. 26 с.
- 2.Алексеева Н.С. Материалы симпозиума «Головокружение: современные подходы к решению проблемы» 8-го съезда неврологов России. Москва, 2001. С. 2-5.
- 3.Замерград М.В. Вестибулярный нейронит // РМЖ. 2008. №12. С. 1630.
- 4.Лебедева Н.В. Дифференциальный диагноз и лечение головокружения в амбулаторной практике: автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва, 2017.
- 5.Романова М.В. Особенности диагностики и лечения головокружения, нарушения равновесия и устойчивости у больных с ишемическим инсультом: автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва, 2013.
- 6.Парфенов В.А. Дифференциальная диагностика и лечение головокружения в пожилом возрасте // Клиническая геронтология. 2004. Т. 10, №8. С. 43.
- 7.Соловьева А.Д. Головокружение // Consilium medicum. 2004. Т. 6, №2. С. 112-115.

8.Федин А.И. Материалы симпозиума «Головокружение: современные подходы к решению проблемы» 8-го съезда неврологов России. Москва, 2001. С. 6-9.

9.Brandt T., Dieterich M., Strupp M. Vertigo and Dizziness: Common Complaints. London: Springer; 2005.

10.Eggers S.D., Zee D. Vertigo and Imbalance: Clinical Neurophysiology of the Vestibular System // Handbook of Clinical Neurophysiology. 2010. Vol. 9. In press.

11.Delaney K.A. Bedside diagnosis of vertigo: value of the history and neurological examination // Academic Emergency Medicine. 2003. No. 10(12). P. 1388-1395.

12.Lee H., Sohn S.I., Cho Y.W., Lee S.R., Ahn B.H., Park B.R., Baloh R.W. Cerebellar infarction presenting isolated vertigo: frequency and vascular topographical patterns // Neurology. 2006. No.67(7). P. 1178-1183.

Статья поступила в редакцию 05.05.2018

#### Координаты для связи

Никитенко Павел Сергеевич, врач-невролог неврологического отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница». Почтовый адрес ГАУЗ АО «Благовещенская ГКБ»: 675000 Амурская область, г. Благовещенск ул. Больничная, 32. E-mail: amurdoctor1690@gmail.com

Цепляев Максим Юрьевич, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии и офтальмологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Почтовый адрес ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России: 675006 Амурская область, г. Благовещенск, ул. Горького, 95. E-mail: science.prorector@AmurSMA.su

Дёмина Ксения Андреевна, врач отделения оториноларингологии ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница».

Почтовый адрес ГАУЗ АО АОКБ: 675000, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Воронкова 26.

Головко Елена Владимировна, врач-терапевт, заведующая терапевтическим отделением ГАУЗ АО «Белогорская больница».

Почтовый адрес ГАУЗ АО «Белогорская больница»: 676850 Амурская область, г. Белогорск, ул. Набережная, 116.

#### ISCHEMIC STROKE IN THE VERTEBRAL-BASILAR POOL AND VESTIBULAR NEURONITIS, THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS.

P. S. Nikitenko,<sup>1</sup> M. Yu. Teplyaev,<sup>2</sup> K.A. Demin,<sup>3</sup> E. V. Golovko<sup>4</sup>

JSC «Blagoveshchensk CCH» GAUZ,<sup>1</sup> Blagoveshchensk; FSBEI HE the Amur state medical Academy of Ministry of Public Health of Russia,<sup>2</sup> Blagoveshchensk;

SAHI JSC RCH,<sup>3</sup> Blagoveshchensk; GAUZ JSC «Belogorsk hospital»,<sup>4</sup> Belogorsk

**Abstract** Ischemic stroke in the vertebrobasilar pool can cause the systemic dizziness, nausea and vomiting, unsteadiness when walking, and nystagmus. At the same time, these symptoms can also give other diseases including vestibular neuronitis. This is a rare acute pathology of the vestibular apparatus which occurs in people of any age and can imitate “a stroke. The article describes the peculiarities of both diseases, the differential diagnosis. A clinical case of vestibular neuronitis in an elderly woman with risk factors for development of stroke is described.

**Key words:** ischemic stroke in vertebrobasilar pool, vestibular neuronitis, differential diagnosis.

**DOI 10.22448/AMJ.2018.3.46-48**