



Федеральный Центр
сердца, крови и эндокринологии
им. В. А. Алмазова



Традиции петербургской медицины + высокие технологии XXI века

Транзиторные ишемические атаки, головокружение

к.м.н., доцент

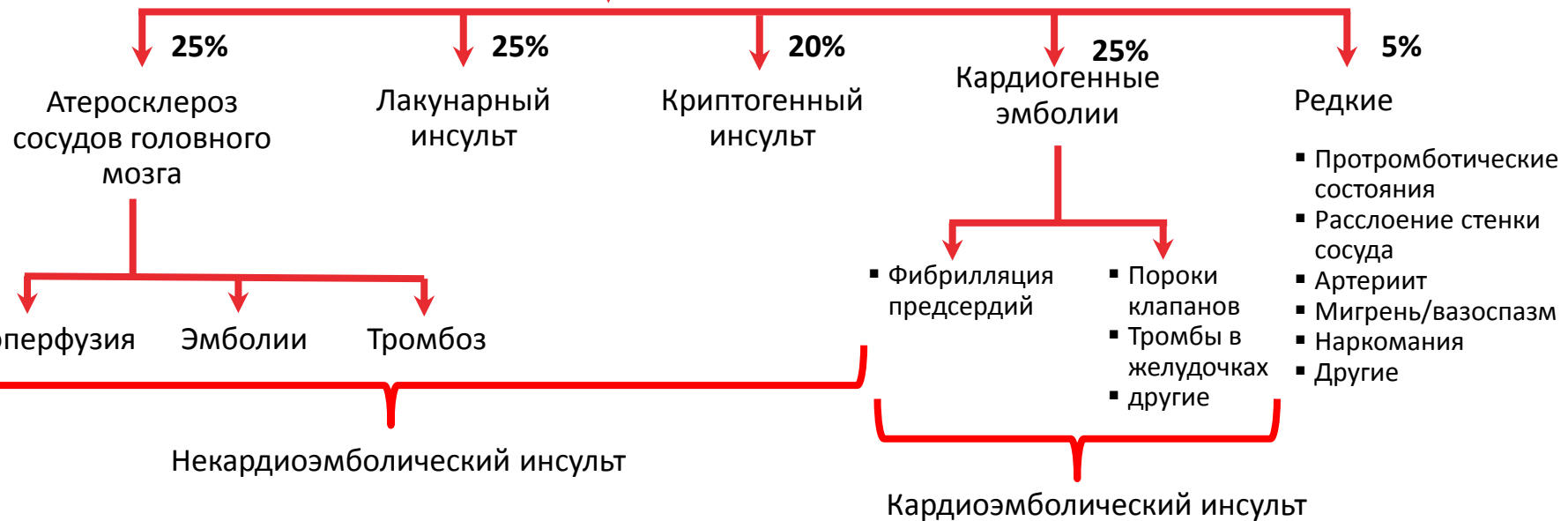
Шмонин Алексей Андреевич

2015

Механизмы развития инсульта и ТИА

ТИА

ИНСУЛЬТ



Современное определение

Транзиторная ишемическая атака (ТИА) — это преходящие эпизоды (не более 24 часов) неврологической дисфункции, обусловленные региональной ишемией тканей головного мозга, спинного мозга или сетчатки, но не приводящие к развитию инфаркта ишемизированного участка.

Симптомы вероятной и возможной ТИА

Вероятная ТИА

Симптомы каротидной ТИА

Монокулярная слепота
Речевой дефицит (афазия)
Монолатеральная моторная и/или сенсорная симптоматика, затрагивающая лицо и/или конечности (сомнительна при отсутствии иных симптомов, т.к. возможны при ТИА в вертебробазиллярном бассейне)

Симптомы

вертебробазиллярной ТИА

Моторная и/или сенсорная симптоматика, затрагивающая лицо и/или конечности билатерально, либо меняющие сторону
Нарушения в правом или левом поле зрения (гомимная гемианопсия) либо в обоих полях зрения (корковая слепота); гомимная гемианопсия может встречаться и при ТИА в каротидном бассейне

Возможная ТИА

Системное головокружение
Диплопия
Дизартрия
Дисфагия
Утрата равновесия
Изолированный сенсорный дефицит, гемифациальный или затрагивающий одну часть конечности
Дроп-атака

Лицо

Лицо выглядит необычно?

Попросите больного улыбнуться



Речь

Речь звучит странно?

Попросите больного повторить фразу



Рука

Одна рука падает вниз?

Попросите больного поднять обе руки



Шкала ABCD²

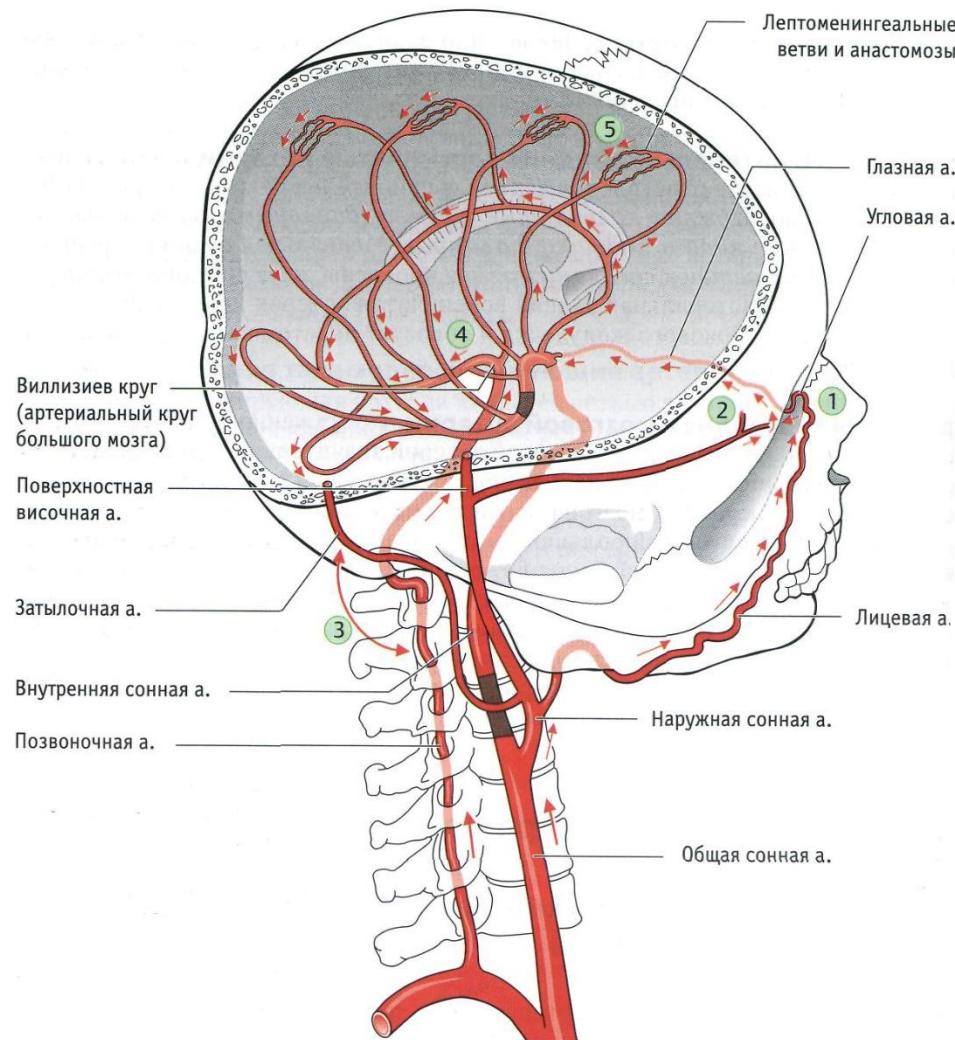
Для оценки степени риска развития инсульта необходимо использовать Шкалу ABCD², которая поможет Вам спрогнозировать вероятность развития инсульта у конкретного пациента

Оценочная Шкала ABCD²

Оценочная Шкала ABCD ²			
Показатели	Критерии	Баллы	
A	Артериальное давление	>140/90	1
B	Возраст пациента	>60 лет	1
C	Симптомы заболевания	Слабость в руке и/или ноге с одной стороны тела	2
		Нарушение речи без слабости в руке и/или ноге	1
		Другие симптомы	0
D	Длительность симптомов	>60 минут	2
		10-59 минут	1
		<10 минут	0
D	Диабет в анамнезе		1
Общее количество баллов (max = 7 баллов)			

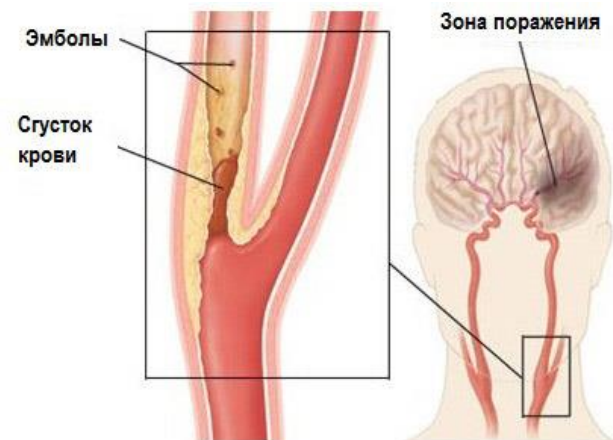
Категория риска развития инсульта	Баллы по Шкале ABCD ²	2-й день	7-й день	90 день
Высокий риск	6-7	8%	12%	18%
Средний риск	4-5	4%	6%	10%
Низкий риск	0-3	1%	1,2%	3,1%

Оптико-пирамидный синдром – синдром поражения внутренней сонной артерии



Симптомы:

- Приходящая слепота на один глаз со стороны поражения сонной артерии;
- Слабость в руке и ноге с противоположной стороны,
- Шум над сонной артерией.



Симптомы, не характерные для ТИА

Нарушенное сознание без иных признаков повреждения вертебро-базиллярного бассейна

Изолированное оглушение

Изолированное несистемное головокружение

Изолированная амнезия

Общая слабость

Обморок

Мерцающая (сверкающая) скотома

Изолированный звон в ушах

Недержание мочи и/или кала

Позатупное прогрессирование симптомов (особенно сенсорных), вовлекающих несколько частей тела

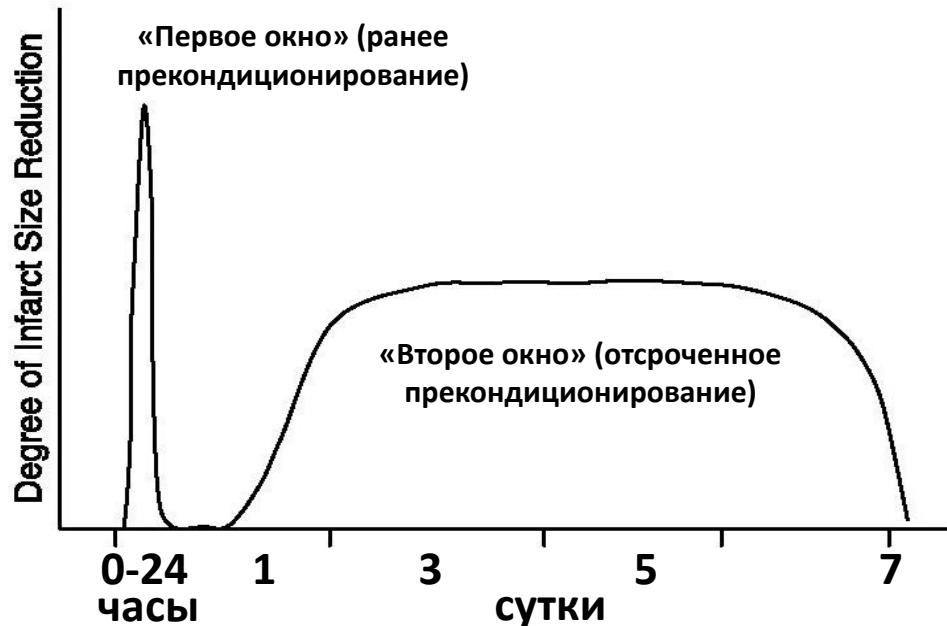
Острые нарушения поведения

**Всех пациентов с подозрением на ТИА,
произшедшую в предыдущие 48 ч необходимо
госпитализировать в больницы с инсультным
блоком, то есть стационары, в которых возможно
срочное проведение нейровизуализационных
методов обследования и назначение специфического
лечения**

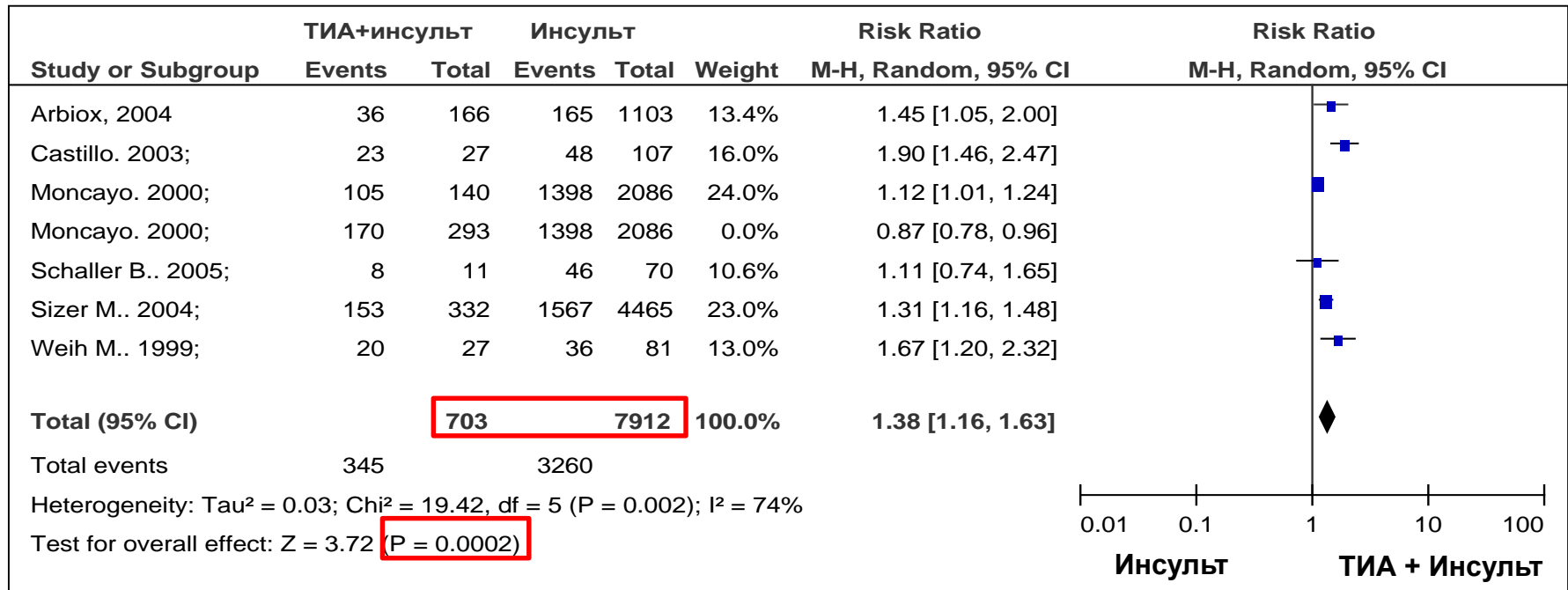
А всегда ли ТИА это плохо?

Ишемическое preconditionирование – повышение устойчивости мозга к повреждению после нескольких коротких эпизодов ишемии и реперфузии

Preconditionирование



Метанализ: ТИА – клинический эквивалент прекондиционирования (влияние ТИА на положительные исходы)



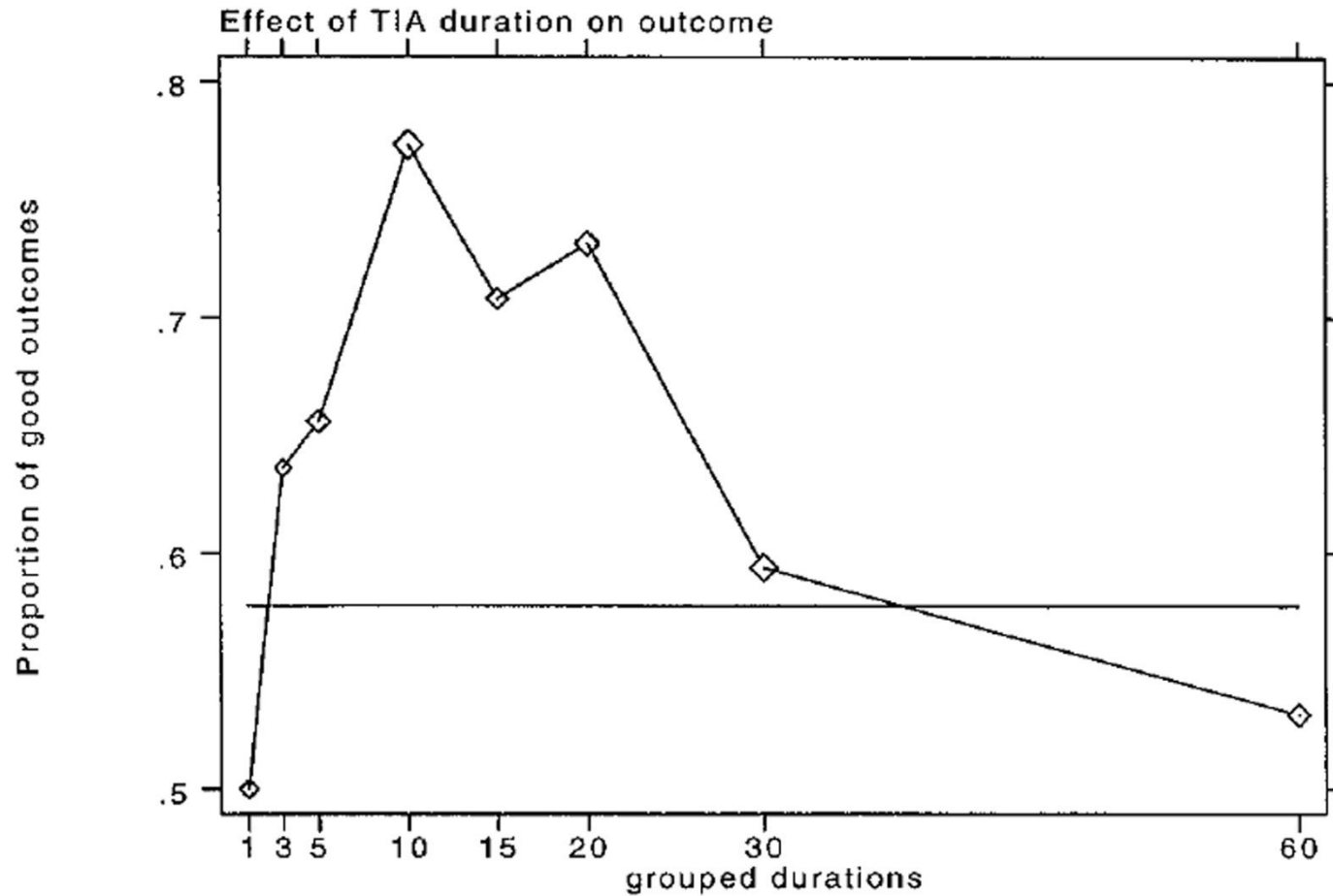
Положительные исходы:

- Шкала Ренкин - 0-1 балла
- Шкала Бартель - более 90 баллов

через 3 месяца после инсульта

Отношение шансов по методу Мантель-Ханзел (Mantel Hanzel test)

Влияние длительности симптомов ТИА на эффективность защитного эффекта ТИА



Головокружение как симптом ТИА

Ощущение, что предметы вращаются относительно пациента или пациент относительно окружающих

Головокружение - несовпадение ощущений от периферических органов равновесия с ощущениями от статических аппаратов лабиринта сопровождается диссоциацией статических ощущений, которая испытывается в виде «головокружения».

Ведущие причины головокружения

Диагноз

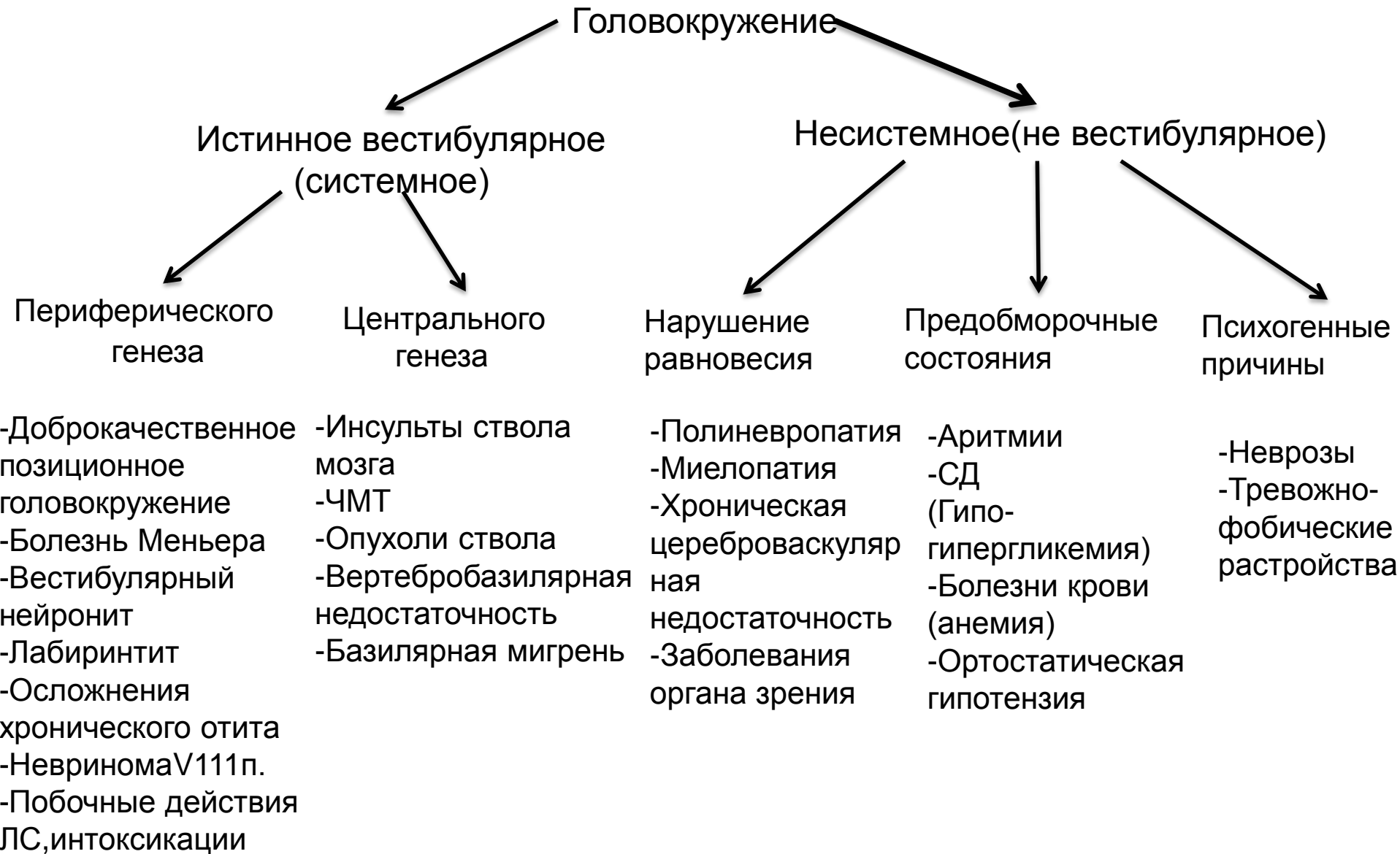
Частота %

- Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) 18.3
- Фобическое постуральное гол-е 15.9
- Центральное вестибулярное гол-е 13.5
- Вестибулярная мигрень 9.6
- Вестибулярный нейронит 7.9
- Болезнь Меньера 7.8
- Двухсторонняя вестибулопатия 3.6
- Психогенное гол-е (без фобич. постурал. гол-я) 3.6
- Вестибулярная пароксизмия 2.9
- Перилимфатическая фистула 0.4
- Головокружения неясной этиологии 4.2

- Прочие заболевания 12.3

По данным обследования 4790 больных в специализированном неврологическом отделении в период с 1989 по 2003 г.

Классификация головокружений



Какие ощущения пациент называет головокружением?

- Вращение предметов или своего тела, «как на карусели» и может показать рукой направление головокружения-признак острого системного вестибулярного головокружения периферического или центрального генеза.
- Неустойчивость, пошатывание, «когда стоишь в лодке, покачиваешься на воде», трудно определить направление головокружения – как правило, признак неврологического заболевания (полиневропатия, хроническая цереброваскулярная недостаточность, миелопатия).
- Дурнота, «мутит», «сейчас потеряю сознание» - проявление предобморочного состояния, ортостатического головокружения или психогенного головокружения.

Что провоцирует головокружения?

- Повороты головы и тела в положение лежа, особенно в одну сторону – признак возможного позиционного головокружения, чаще всего периферического происхождения (канало- или купулолитиаз).
- Кашель, громкие звуки, проба Вальсальвы – перелимфатическая фистула.
- Вставание из положения, лежа, сидя или разгибание после наклона – ортостатическое головокружение.
- Перемещающиеся в поле зрения объекты – визуальное (зрительное) головокружение.
- Менструация, депривация сна – мигрень.
- Закрытые помещения, определенные обстоятельства, стресс, скопление людей, выход из дома – не вестибулярное, скорее всего психогенное головокружение, панические атаки.
- Духота, длительный перерыв в приеме пищи – не вестибулярное головокружение, вазовагальный обморок, гипогликемия.

Что еще беспокоит пациента во время головокружения?

- Снижение остроты слуха, заложенность, шум, звон, особенно с одной стороны – свидетельство очевидного поражения периферического отдела вестибулярной системы.
- Двоение в глазах, головная боль, расстройство речи, онемение лица, слабость и онемение конечностей – признак поражения ЦНС.
- Светобоязнь, тошнота, рвота, головная боль, зрительная аура – мигрень.
- Боль в сердце, перебои, замирание сердца – возможно кардиогенная причина головокружения, связанная гипоперфузией мозга.
- Потемнение в глазах, обморок – вазовагальные обмороки, ортостатическая гипотензия, сердечная аритмия.
- Сильное сердцебиение, чувство нехватки воздуха, дрожь, панические атаки, беспокойство – тревожные расстройства.

Продолжительность головокружения?

- Секунды – вестибулярные пароксизмы, сердечная аритмия, ДППГ.
- Несколько минут – ТИА, панические атаки, мигрень.
- От 20 минут до нескольких часов – приступы болезни Меньера, мигрень.
- Дни или недели – вестибулярный неврит, стволовой или мозжечковый инсульт, демиелинизирующие заболевания, мигрень.
- Постоянное – резидуальный неврологический дефицит, двусторонняя вестибулярная недостаточность, хроническая интоксикация, психогенные заболевания.

Клиническая оценка вестибулоокулярного рефлекса.

Тест импульсного поворота головы

Поворот головы вправо активирует правый полукружный канал. Это приводит к медленно-фазному смещению глаз влево т.е. к реализации вестибулоокулярного рефлекса. Если полукружный канал поврежден, медленно-фазного движения глазных яблок, опосредуемого вестибулоокулярным рефлексом, недостаточно, возникает одна или несколько корригирующих саккад для того, чтобы возобновить фиксацию взора на объекте.

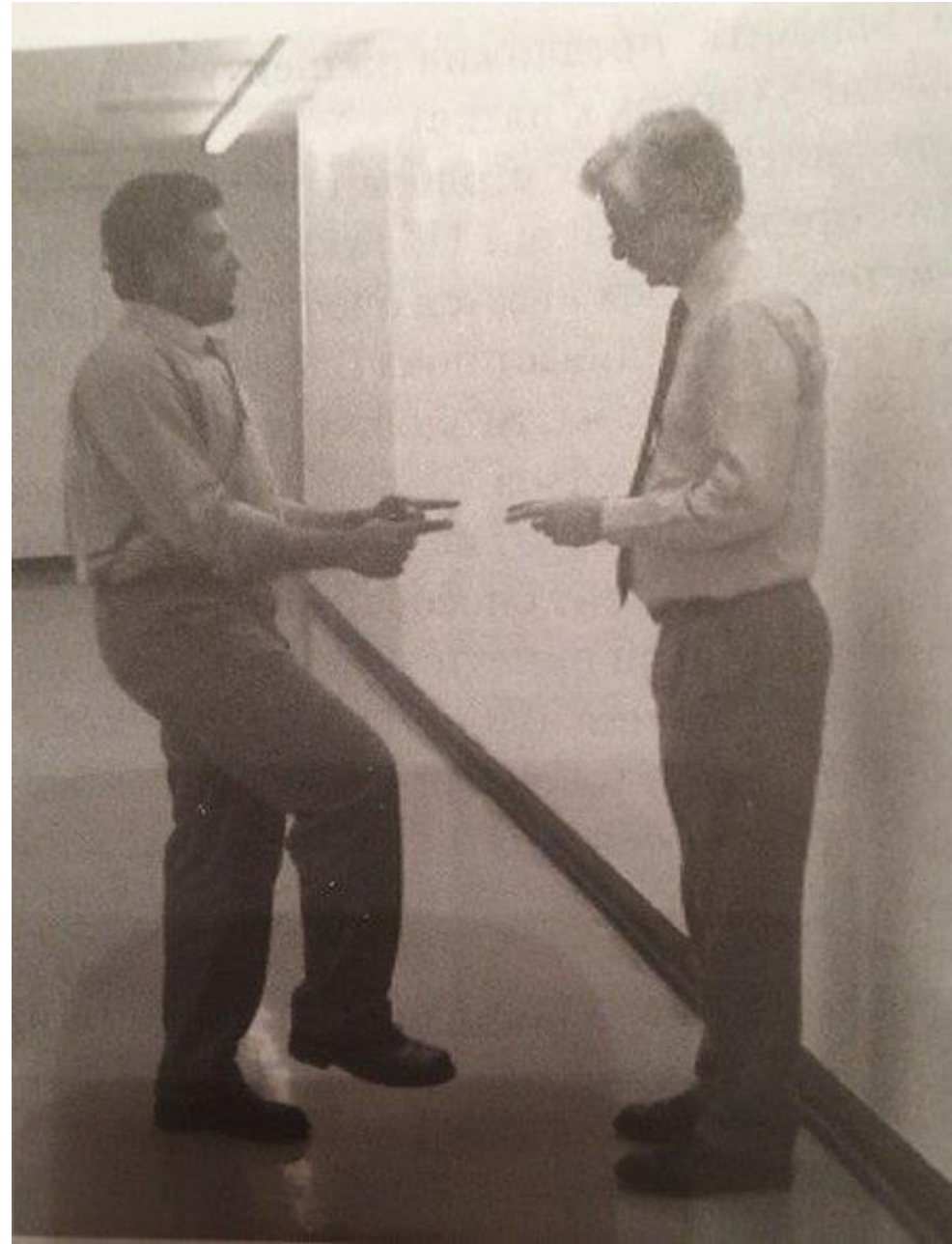


Пациенту нужно объяснить, что он должен пытаться удерживать взгляд на переносице врача в то время как последний будет очень быстро поворачивать его голову вправо и влево.

Тест Унтербергера.

В случае одностороннего поражения периферического отдела вестибулярной системы этот тест помогает установить сторону поражения лабиринта. Во время ходьбы на месте с закрытыми глазами пациент разворачивается в сторону пораженного лабиринта.

Проба считается положительной при отклонении пациента не менее чем на 45 градусов от исходного положения.



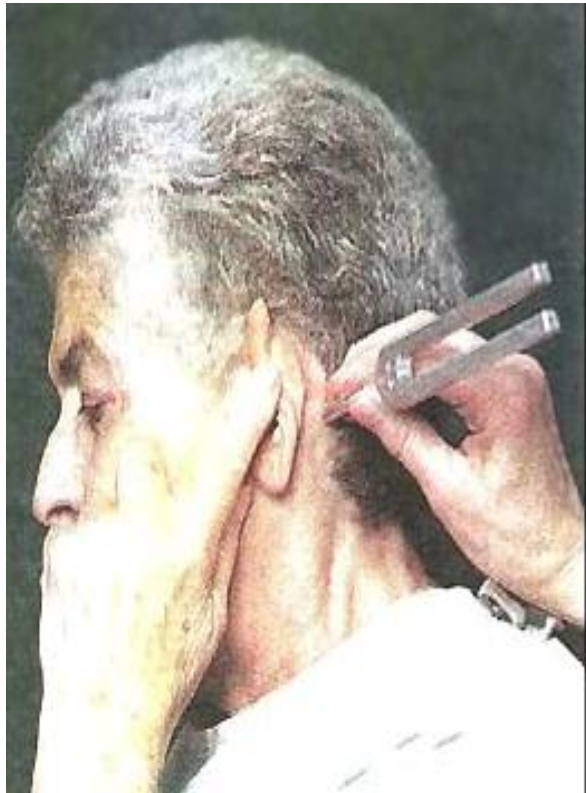
Клиническое исследование слуха.

Объективное подтверждение тугоухости, особенно односторонней у пациента с головокружением свидетельствует о возможном периферическом характере вестибулярных расстройств.

Проверка остроты слуха справа и слева: тиканье часов; шепотная речь; шум трения двух пальцев.

Дифдиагноз кондуктивной и нейросенсорной тугоухости.

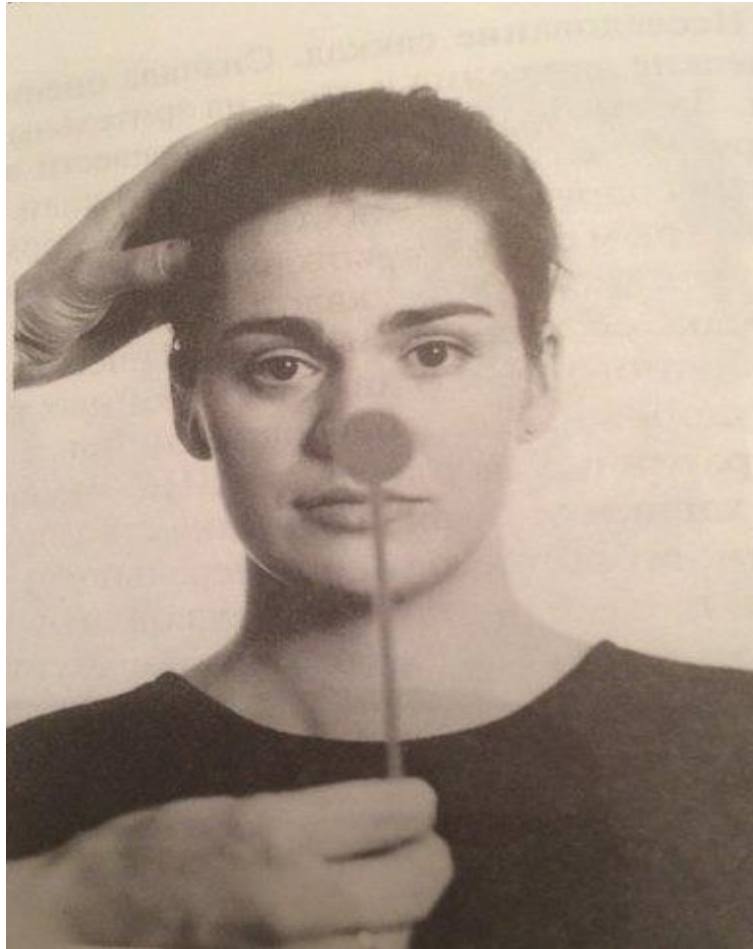
Проба Рене



Проба Вебера

Проба **Вебера**: при кондуктивной тугоухости больной «слышит» камертон на стороне хуже слышащего уха. При нейросенсорной тугоухости звук слышится на стороне здорового уха.

Плавное слежение – считается нарушенным, когда при наблюдении за медленно движущимся объектом вместо плавного движения глазных яблок возникает множество отрывистых движений корригирующих саккад (по типу «зубчатого колеса»).

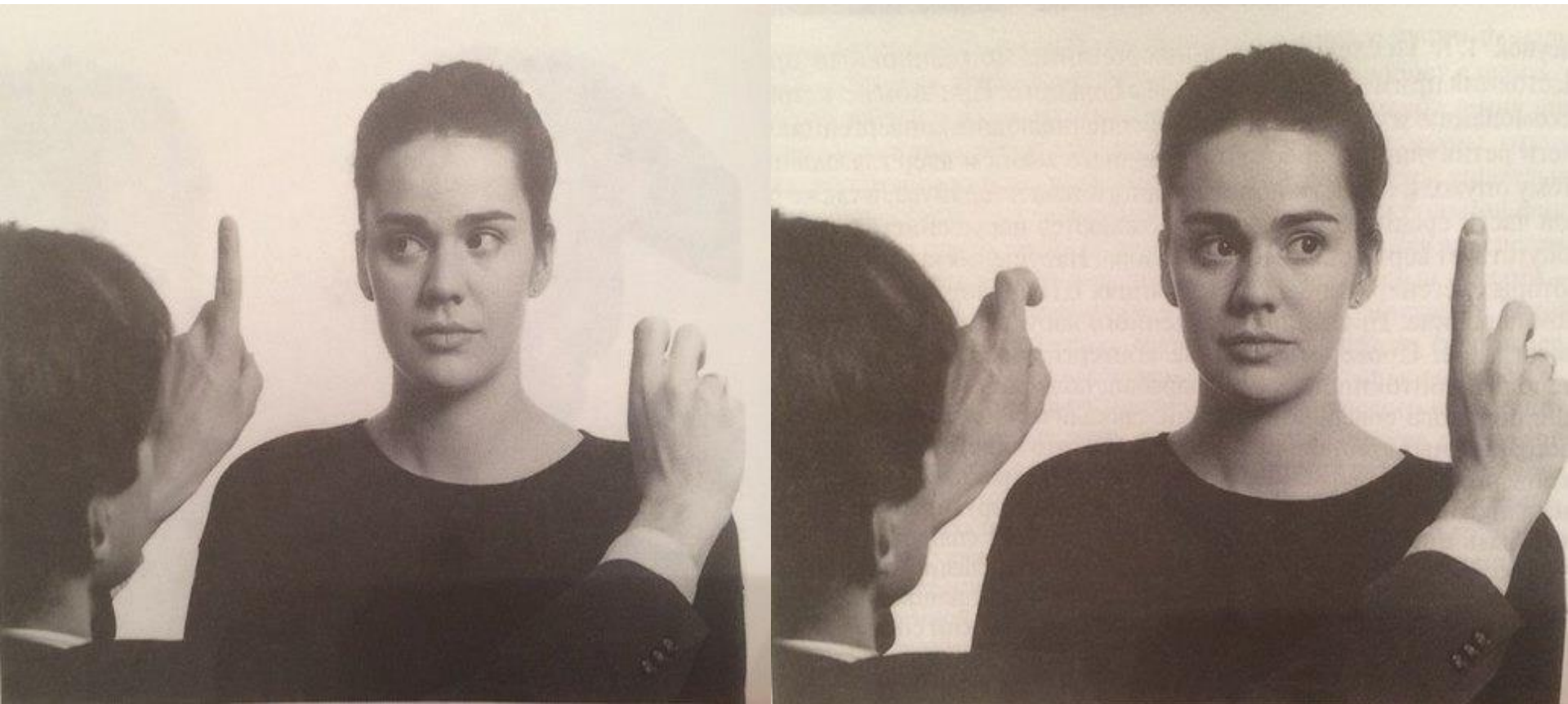


Предмет следует перемещать медленно, из положения 30 градусов слева (сверху) (расстояние равно ширине 12 пальцев пациента от переносицы) до симметричной точки справа (снизу) примерно за 4-5 секунд. У людей старше 60 лет нарушение плавного слежения наблюдается практически всегда, клиническое значение имеет право-левая асимметрия.

Саккады – быстрое и точное перемещение взора с одного предмета на другой.

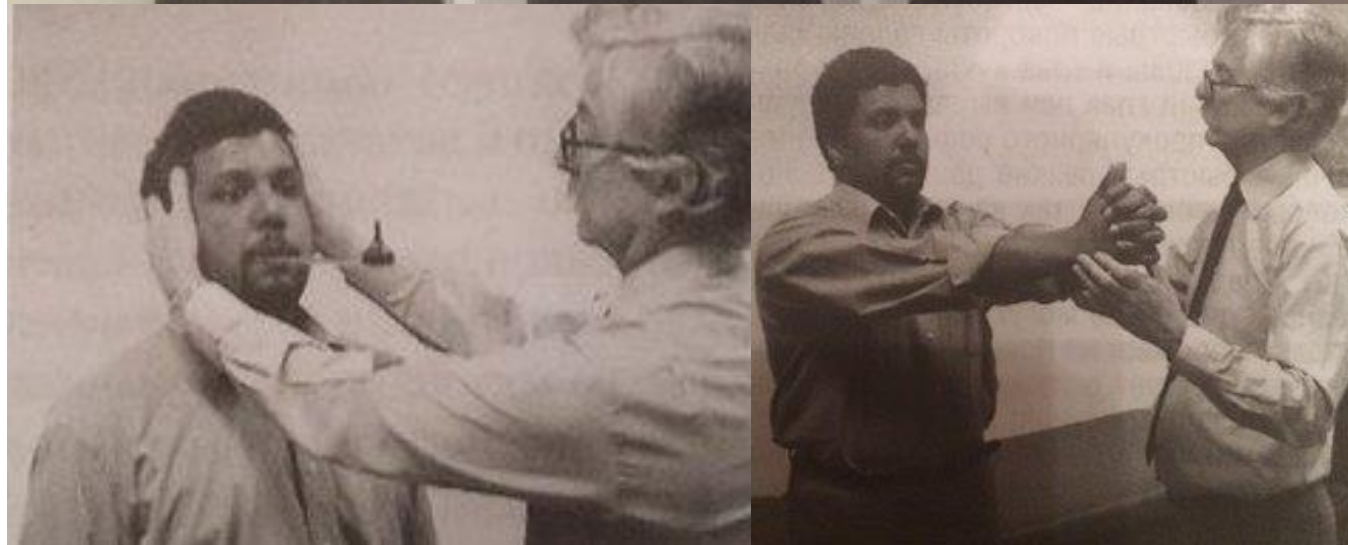
Патологическое нарушение точности саккад проявляется их недостаточной (гипометрическая саккада) или избыточной (гиперметрическая саккада) амплитудой при перемещении и повторной фиксации взора. Кроме того обращает внимание на замедление скорости саккад. В норме может наблюдаться не более одной корректирующей саккады.

При патологии ЦНС наблюдаются 2 и более корректирующие саккады.



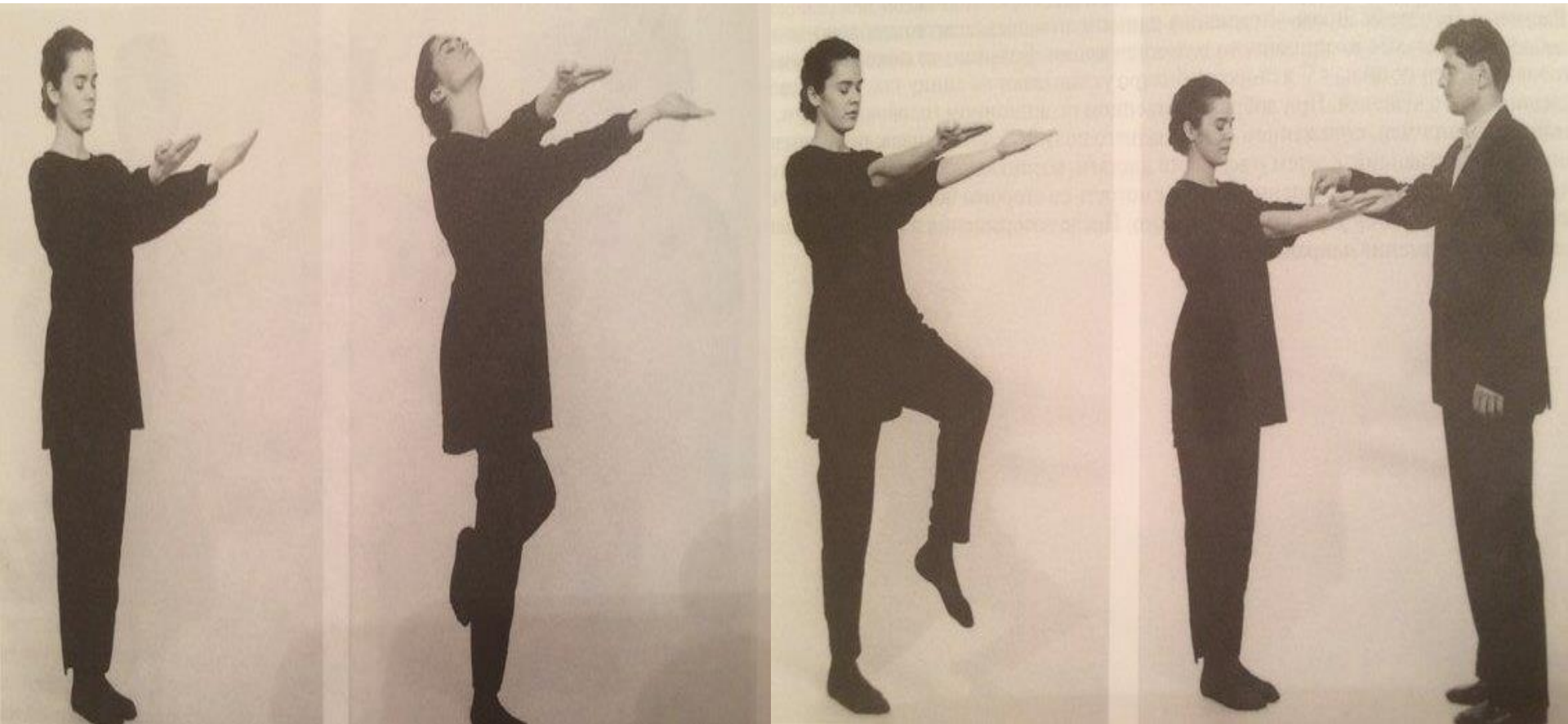
Подавления вестибулоокулярного рефлекса.

Оценивают может ли пациент сохранить фиксацию взора на предмете, который перемещается вместе с головой. В норме глаза сохраняют фиксацию на предмете; если появляется выраженный или асимметричный нистагм это свидетельствует о нарушении подавления вестибулоокулярного рефлекса.



Проба Ромберга

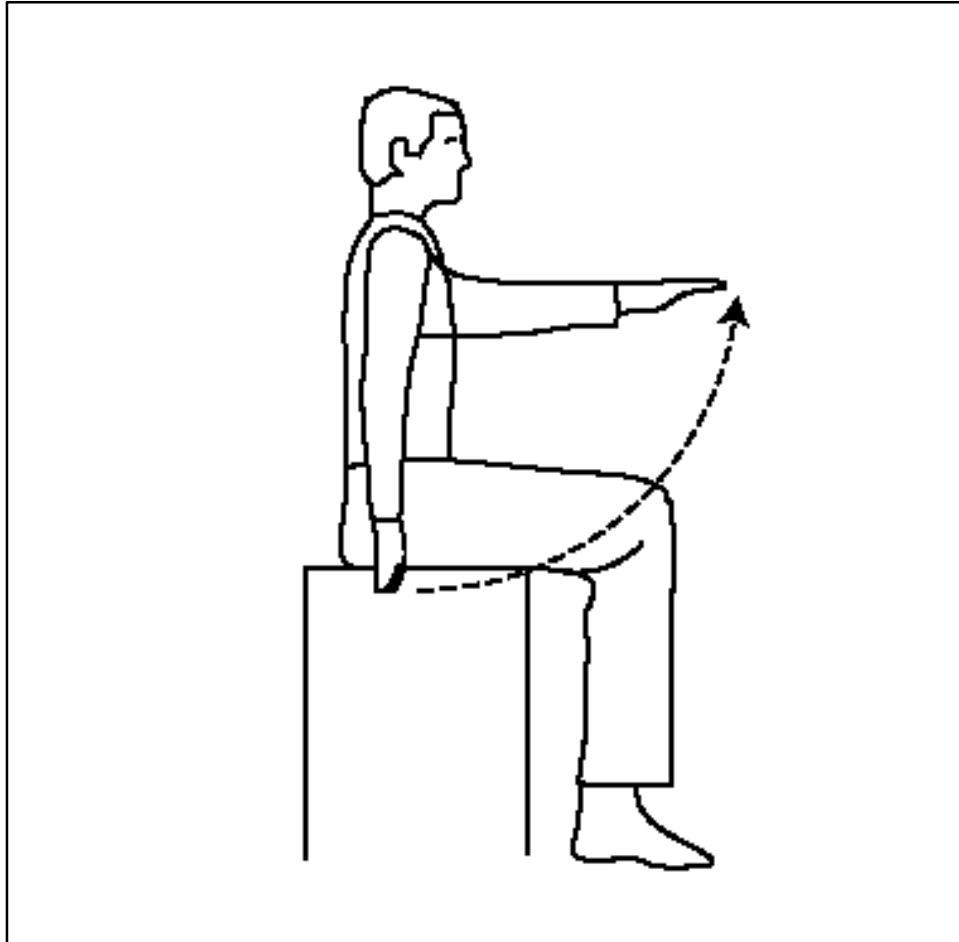
Может быть положительной при поражении как периферического так и центрального отдела нервной системы. При периферической вестибулопатии наблюдается отклонение в сторону лабиринта. При поражении мозжечка может наблюдаться покачивание и падение в направлении которое зависит от локализации очага (вперед-переднее (ростральные) отделы червя, назад-каудальные отделы червя, в сторону-при поражении гомолатерального поражения полушария мозжечка).



Закрывание глаз может усилить покачивание тела, как у здоровых людей, так и при любых нарушениях вестибулярной системы, различных видов сенситивной атаксии. Проба считается положительной в случае очевидной тенденции к падению.

Указательная проба Барани

Пациент сидит на стуле перед ним каким-нибудь объектом. Его просят закрыть глаза и несколько раз указать на объект. Если функция лабиринта нарушена у пациента возникает иллюзия движения объекта и он промахивается.



Интерпретация признаков полученных при опросе и обследовании пациента.

Признак	Периферические нарушения	Центральные нарушения
Нистагм	Горизонтальный, однонаправленный, бинокулярный, уменьшается при фиксации взора	Горизонтальный, вертикальный, ротаторный, может быть монокулярным, не уменьшается при фиксации взора
Нарушение зрительных саккад	-	+
Нарушение плавного слежение	-	+
Нарушение подавления ВОР	-	+
Тест импульсного поворота головы	+	-
Снижение слуха	+	-
Тест Унтербергера	+	-
Проба Ромберга	+	+

Тест Дикса-Холлпайка

Тест направлен на провокацию у пациента головокружения и нистагма, является важным этапом в диагностике ряда причин головокружения. Проба является основным методом диагностики каналолитиаза заднего полукружного канала, а также помогает дифференцировать ДППГ от центрального позиционного головокружения.



Интерпретация результатов теста Дикса-Холлпайка.

Признак	Лабиринт (задний полукружный канал)	ЦНС (вестибулярные ядра, мозжечок)
Нистагм	Вертикально-ротаторный	Любой, чаще вертикальный
Латентный период нистагма и головокружения	1-5 сек. (иногда 15-20 сек.)	Отсутствует
Продолжительность нистагма и головокружения	15-20 сек.	До 60 сек и более, постоянно
Интенсивность головокружения	Выраженное	Легкое, умеренное
Интенсивность головокружения при повторении пробы	Уменьшается	Не меняется

Инструментальные методы исследования при головокружении

Тест	Интерпретация
Тональная аудиометрия	Имеет большое значение при болезни Меньера, при патологических результатах всегда необходимо исключить невриному слухового нерва, при большинстве других случаях вестибулярных нарушений результаты нормальные.
Слуховые вызванные потенциалы ствола головного мозга	Скрининговый тест при подозрении на невриному слухового нерва у пациентов с односторонними слуховыми симптомами.
Калорические и вращательные тесты	Калорический «парез» канала: отсутствие реакции с одной стороны часто наблюдают при периферических вестибулярных расстройствах. Одностороннее превалирование нистагма: указывает на вестибулярную асимметрию (неспецифический признак).
Регистрация движения глаз (электро-/ видео-окулография)	Не заменяет клиническое исследование движение глаз, имеет вспомогательное значение для выявления центральных и вестибулярных нарушений.
МРТ показано при: наличии очаговых и общемозговых симптомов, когнитивных расстройств, атипичном позиционном нистагме.	Выявление поражений структур задней черепной ямки.

Основные компоненты лечения пациентов с головокружением

Специфическое лечение основного заболевания	Примеры: позиционные маневры при ДППГ, профилактика мигрени при мигренозном головокружении; Гентамицин при болезни Меньера; Антитромбоцитарные средства при ТИА; когнитивно-поведенческая терапия при тревожных расстройствах.
Разъяснение, информация и успокоение пациента	Уменьшает ненужные страхи; обеспечивает основу для терапевтического сотрудничества и постановки реалистичных целей лечения
Вестибулярная реабилитация	Основной метод лечения хронического несистемного головокружения и неустойчивости. Включает упражнения для: координации движений глаз и головы; тренировки равновесия и походки ; визуальной десенситизации и др.
Купирование острого системного головокружения, тошноты и рвоты	Дименгидринат, прометазин, диазепам и др.
Другие методы лечения	Хирургические методы (например, при неэффективности других методов лечения ДППГ, болезнь Меньера). Обучение преодоления стрессовых ситуаций.

Фармакотерапия головокружения

- Противорвотные (дименгидринат-Драмина)
- Противовоспалительные (кортикостероиды-Дексаметазон)
- Бензодиазипины (Диазепам, Лоразепам)
- Антигистаминные препараты (Меклизин)
- Антихолинергические препараты (Скополамин)
- Антигипоксанты (Мемоплант)
- «Меньерные», гидропсные (бетагистин-Бетасерк)
- Противомигренозные (бетаблокаторы, Топерамат)
- Антидепрессанты (СИОЗС)
- Антиконвульсанты (карбамазепин)

Лечение приступа головокружения

Каждый приступ острого головокружения должен быть купирован.

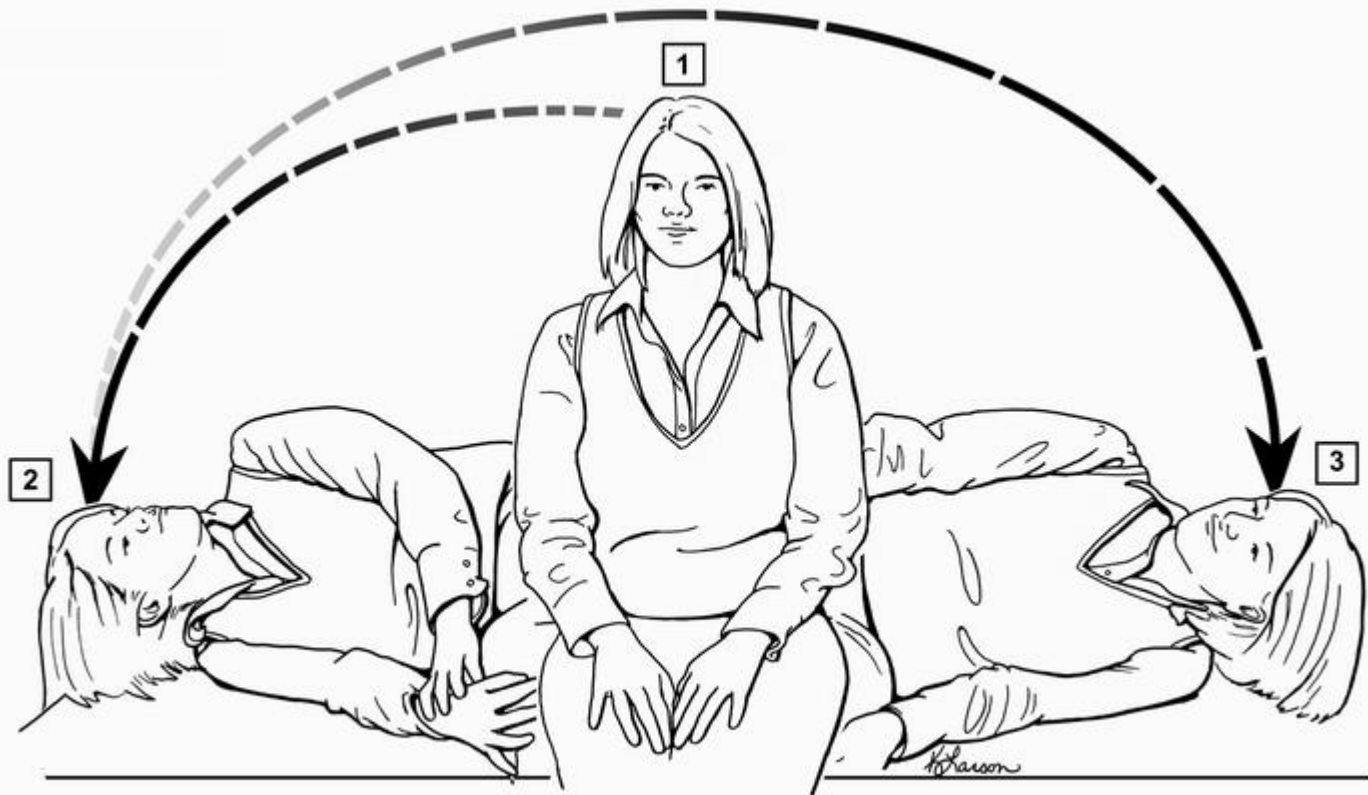
- Дифенгидрамин (25-50 мг внутрь или 50 мг в суппозиториях каждые 8 часов)
 - Диазепам (2-10 мг внутрь каждые 8 часов, в/м)
 - Бетагистин (Бетасерк) (24-48 мг каждые 8 часов под язык или внутрь)
 - Прометазин (25 мг внутрь каждые 8 часов, в/м)
 - Циннаризин (75 мг внутрь каждые 8 часов)
- Длительное применение транквилизаторов, нейролептиков, антигистаминных, антидепрессантов, антагонистов кальция и противорвотных средств нарушают механизмы вестибулярной адаптации и затрудняют реабилитацию больных с вестибулярными расстройствами.

Лечение рецидивирующего головокружения

Рецидивирующее головокружение требует назначения долгосрочного профилактического курсового реабилитационного немедикаментозного (вестибулярная гимнастика) лечения и применения препаратов не подавляющих естественные механизмы вестибулярной адаптации.

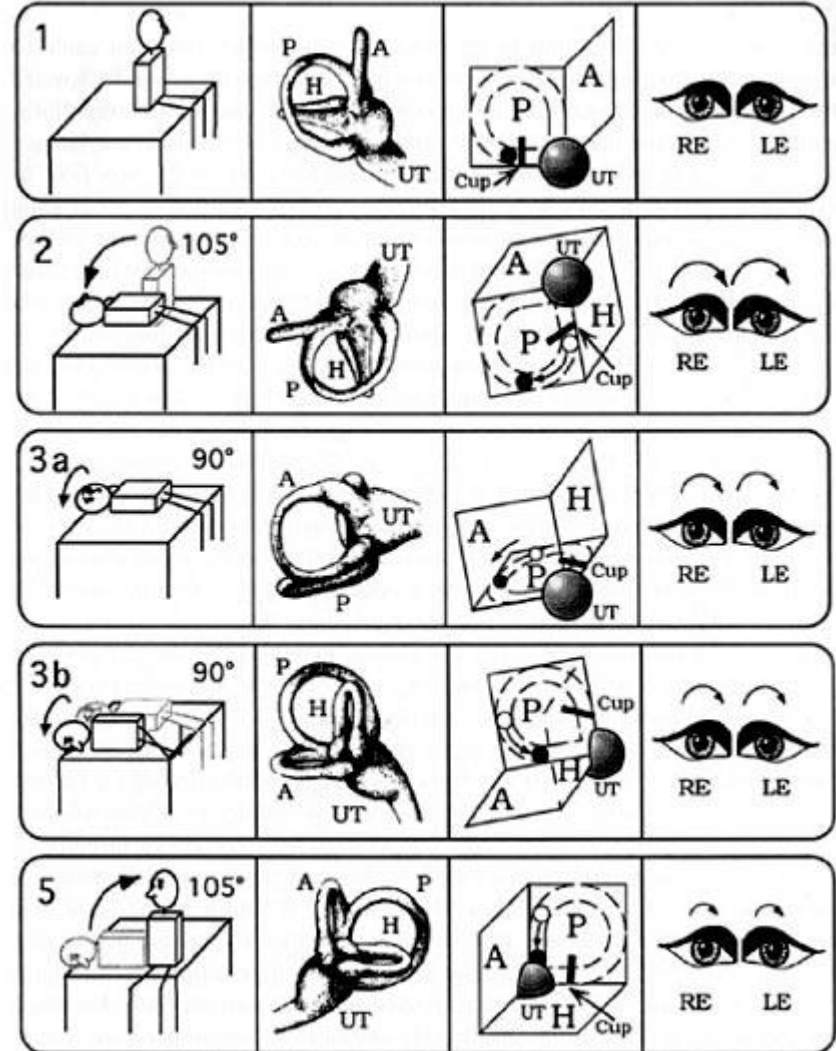
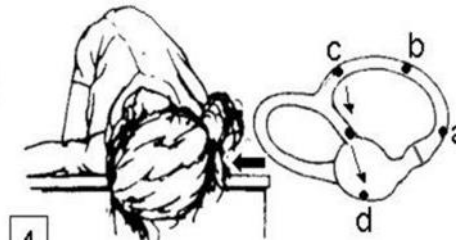
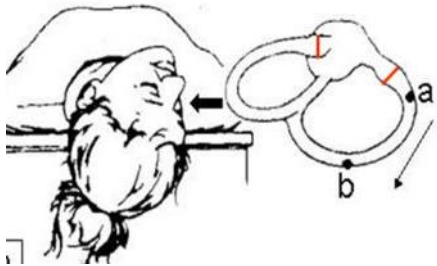
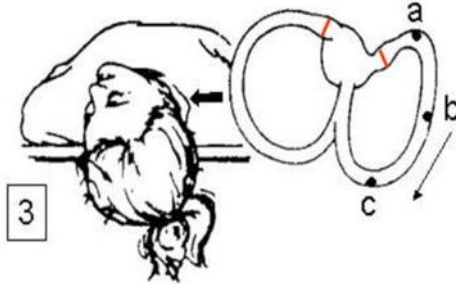
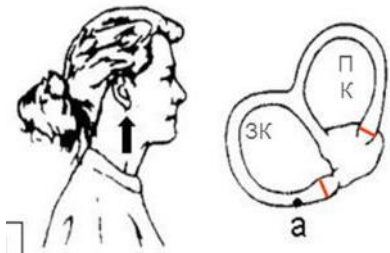
- Бетасерк 48 мг в сутки (ограниченно при обострении язвенной болезни)

Маневр Семонта



Сидя прямо (позиция 1) пациент поворачивает голову на 45 градусов налево, и потом быстро ложится на левый бок в позицию 2. Эту позицию следует удерживать 30 сек, потом быстро лечь на обратную сторону в позицию 3 без паузы в положении сидя и изменения позиции головы.

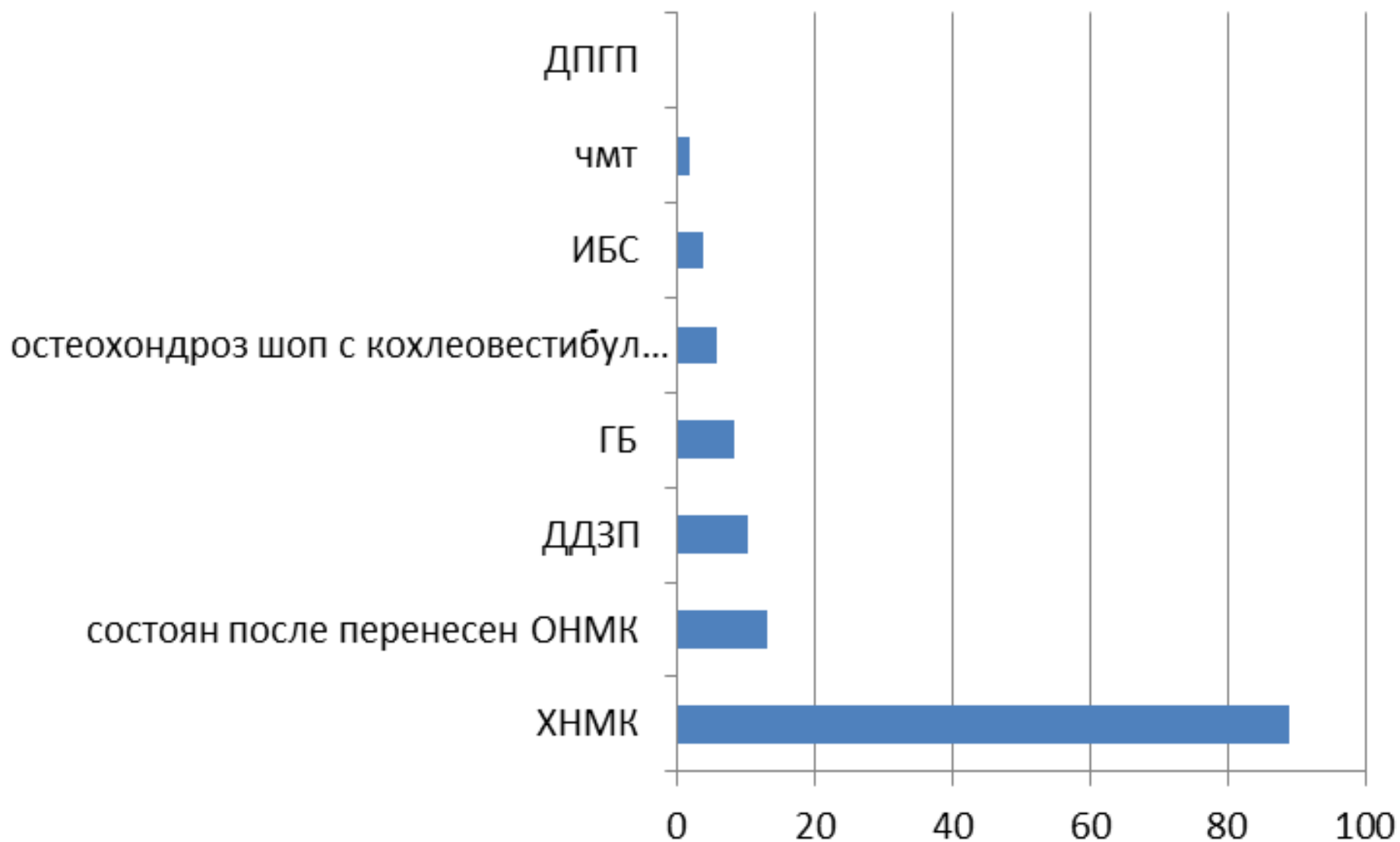
Приемы Эпли



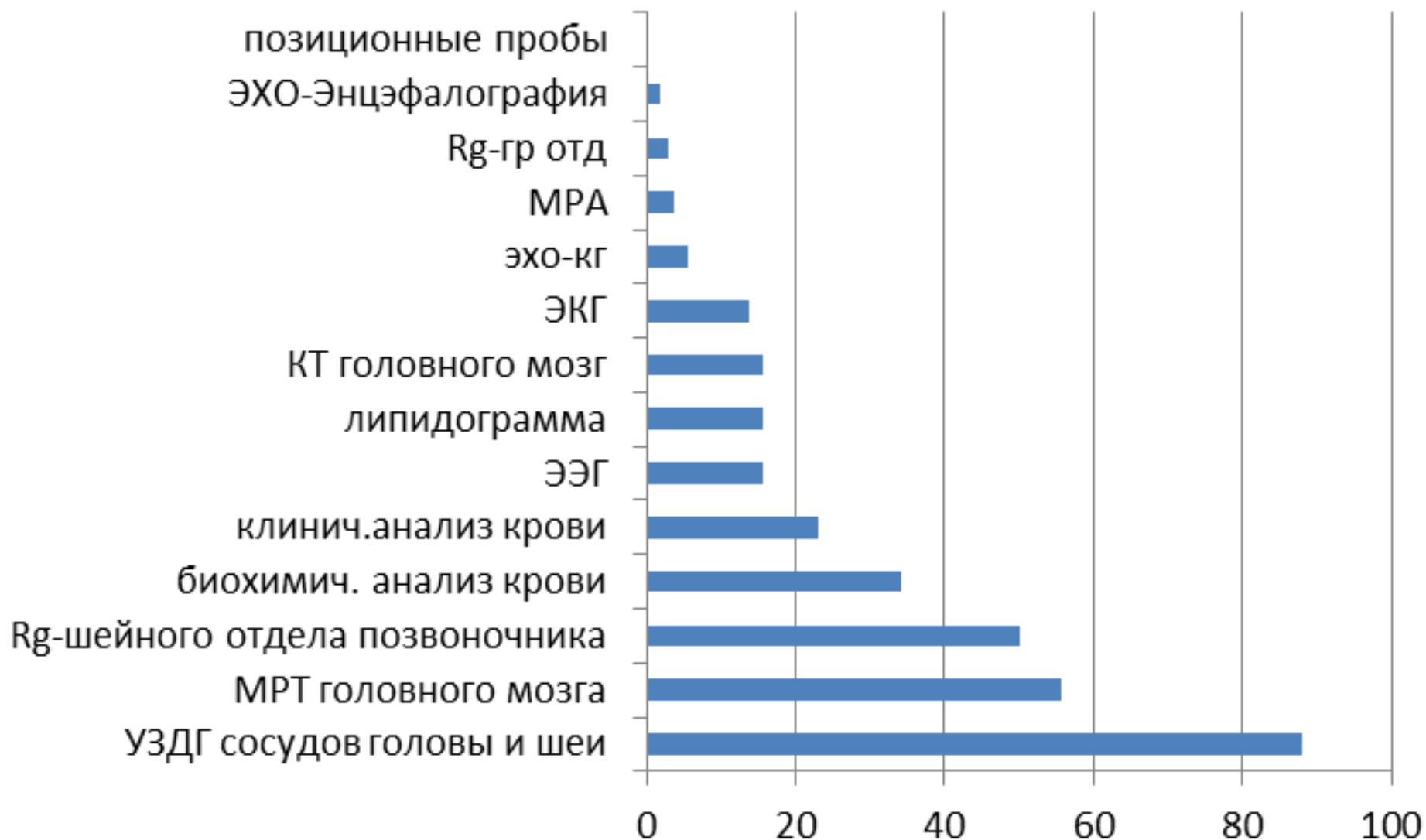
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:

Анкета и карты для пациентов раздавались терапевтам, неврологам и врачам общей практики, работающим в поликлиниках Санкт-Петербурга. Было отобрано 108 пациентов с жалобами на головокружение. Врачу предлагалось заполнить анкету для оценки причин головокружения, выбрать препараты для лечения и исследовать эффективность назначенной терапии. Врачи заполняют 1 анкету о своем опыте работы с пациентами с головокружением и одну карту на каждого пациента (3 визита). Длительность проспективного наблюдения и терапии - 2 месяца. Врачи ставили диагноз и назначали терапию исходя из своего опыта. Врачам не навязывали использование каких-либо препаратов.

РЕЗУЛЬТАТЫ



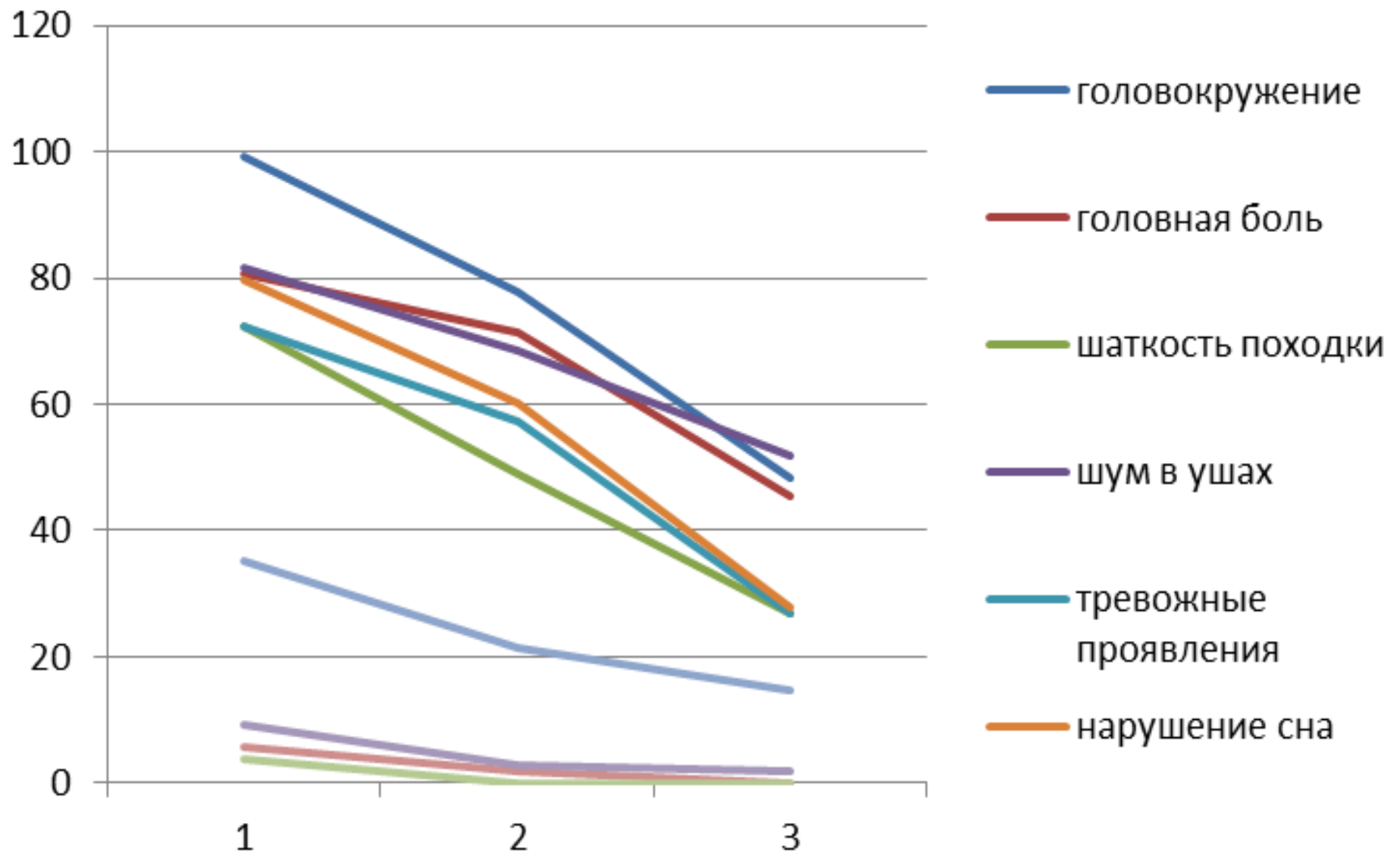
РЕЗУЛЬТАТЫ



РЕЗУЛЬТАТЫ



РЕЗУЛЬТАТЫ



Выводы

- 1. Имеется гипердиагностика хронического нарушения мозгового кровообращения как причины головокружения.
- 2. Врачи поликлиник Санкт-Петербурга упускают из внимания вестибуло-кохлеарные причины для головокружения, что является причиной использования малоэффективной терапии.
- 3. Требуется проведение образовательных программ для врачей поликлиник о причинах и подходах к диагностике и лечению головокружений.

Спасибо за внимание