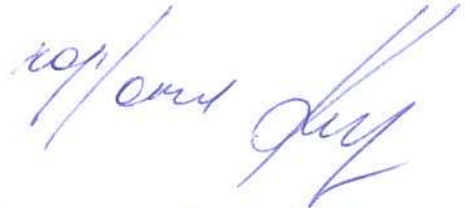


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра педиатрии ИПО



Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Таранушенко Т.Е.

Проверил: к.м.н., ассистент Кустова Т.В.

29.12.17
с.м. Кустова

Реферат

На тему: «Головокружение у детей»

Выполнил: врач-ординатор

Ефимовская А.Г.

г. Красноярск, 2017 год.

Оглавление

Список сокращений.....	3
Введение	4
Понятие головокружения. Онтогенетическое развитие вестибулярного аппарата	5
Этиология	7
Классификация	9
Клиническая картина и диагностика.....	11
Лечение	14
Заключение.....	17
Список литературы	18

Список сокращений

ДППГ - доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение

МРТ - магнитно-резонансная томография

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ЦВС - центральный вестибулярный синдром

ГАМК – гамма аминomásляная кислота

Введение

Головокружение – один из наиболее часто встречающихся симптомов в неврологической практике. Необходимо помнить, что это всего лишь клинический симптом, а не самостоятельное заболевание. Оно может быть проявлением различных болезней, связанных с патологией сердечно-сосудистой и эндокринной систем, заболеваний позвоночника, головного мозга, психических расстройств и других, всего около 80 различных нозологических форм.¹ Большинство причин головокружения, например ДППГ, можно диагностировать на амбулаторном приеме, не прибегая к дополнительным методам обследования. В отдельных случаях могут потребоваться дополнительное вестибулярное обследование (калорическая проба, электрокохлеография), анализы крови, МРТ головного мозга, но в большинстве случаев бывает достаточно грамотной клинической оценки имеющихся нарушений. Наиболее частые расстройства, вызывающие головокружение, такие как ДППГ, вестибулярный нейронит, болезнь Меньера, мигрень-ассоциированное головокружение, хорошо поддаются лечению современными средствами. Разработаны эффективные методы лечения и профилактики инсульта, который может проявляться центральным головокружением. Своевременное выявление потенциально опасных причин головокружения – актуальная проблема, для решения которой необходимо использовать эффективные и надежные методы диагностики головокружения. Пациенты с головокружением нередко наблюдаются с ошибочными диагнозами и получают неправильное лечение. Консультация специалиста позволяет выявить истинные причины головокружения, назначить адекватное лечение и во многих случаях добиться полного регресса симптомов.²

¹ Романова, М. В. Комплексное лечение пациентов с постуральным фобическим головокружением / М. В. Романова, Е. В. Исакова, С. В. Котов // Альманах клинической медицины. – 2013. – № 28. – С. 3-8.

² Антоненко, Л. М. Диагностика и лечение головокружения в амбулаторной практике / Л. М. Антоненко, Н. В. Бестужева, В. А. Парфенов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. – № 1. – С. 55-60.

Понятие головокружения. Онтогенетическое развитие вестибулярного аппарата

По современным представлениям, головокружение – это иллюзорное движение неподвижной окружающей среды в любой плоскости, а также ощущение движения или вращения собственного тела в пространстве в результате рассогласования информации между сенсорными системами каждой половины тела.

Симптомы головокружения у детей нередко остаются незамеченными врачом, так как, во-первых, некоторые дети не могут самостоятельно описать испытываемые ощущения движения, во-вторых, предъявляемые жалобы очень часто могут быть приписаны к сопутствующему общему недомоганию или к функциональному состоянию организма ребенка, в-третьих, недостаточной информированностью врачей по данной проблеме, и, наконец, считается, что дети раннего возраста не могут воспринимать и не страдают от состояния дискомфорта (головная или зубная боль, головокружение или изменение качества сна и так далее), и в будущем эти воспоминания не влияют на качество его жизни.

В процессе онтогенеза вестибулярный анализатор формируется и начинает функционировать раньше других анализаторных систем. На 4-й неделе внутриутробного развития у зародыша появляется зачаток 8-го черепного нерва, на 7-й неделе развития эмбриона начинается дифференцировка клеток ампулы, на 14-15 неделе возникает миелинизация нервных волокон, подходящих к вестибулярному анализатору, а на 20-22 неделе внутриутробного развития уже миелинизируются центральные волокна вестибулярных узлов, вестибуло-спинальных трактов. Такое раннее развитие вестибулярной системы необходимо эмбриону для регулирования своего положения тела в пространстве и относительно положения беременной женщины, а также для стимуляции развития других анализаторных систем и проводящих путей (рефлекторное влияние вестибулярной системы на другие структуры нервной системы). Кроме этого, вестибулярный анализатор участвует в формировании к рождению ребенка жизненно важных и необходимых безусловных рефлексов. При возникновении дизонтогенеза лабиринтов возможно появление

четырех основных аномалий развития, сопровождающихся, в том числе и головокружением. Это аплазия костного и перепончатого лабиринтов (аномалия Michel), дисплазия костного и перепончатого лабиринтов (аномалия Mondini-Alexander), дисплазия вестибулярного и улиткового перепончатого лабиринтов (аномалия Bing-Siebenmann), аномалия развития улитки и сферического мешочка (дисплазия Scheibe). Чаще всего эти дисплазии входят в состав более крупных аномалий развития (Арнольда-Киари, Клиппеля-Фейля).³

³ Бархатов, М. В. Центральные причины головокружения у детей / М. В. Бархатов, М. В. Родиков // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 7. – С. 140-143.

Этиология

Основные причины головокружений у детей, как и у взрослых, делятся на периферические и центральные (табл. 1).

Таблица 1. Причины головокружения у детей

<i>Периферические нарушения</i>	<i>Центральные нарушения</i>
Функциональное головокружение (болезнь движения, вестибулопатии и др.)	Перинатальные энцефалопатии
Посттравматическое головокружение	Наследственные заболевания нервной системы
Вестибулярный нейронит	Эпилепсия
Лабиринтит	Демиелинизирующие заболевания
Пароксизмальное головокружение	Инфекционные заболевания
Позиционное головокружение	Объемные образования головного мозга
Ятрогенное головокружение	Мигрень
Перилимфатическая фистула	
Холестеатома врожденная или другие заболевания с симптомами поражения уха	
Вертебро-базиллярная недостаточность	
Причина не выяснена [3,9]5-25% случаев	

Данное разделение причин головокружения на центральные и периферические достаточно условно и отражает наиболее частые ситуации в практике невролога. Так, травмы головы и шеи (в том числе и перинатальные), мигрень, доброкачественное позиционное головокружение у детей и многие другие заболевания могут вызывать поражение вестибулярного анализатора на любом уровне, также возможно одновременное сочетание различных этиопатогенетических звеньев вертиго.

Наиболее характерным отличием центральных типов головокружения от периферических являются отсроченность эпизодов вертиго от начала проявления основного заболевания, частое отсутствие расстройства слуха, длительность манифестации недели-месяцы, нерезко выраженное ухудшение при поворотах головы.

Учитывая то, что вестибулярный ядерный комплекс имеет многочисленные взаимосвязи с различными структурами головного мозга (мозжечок, ретикулярная формация, глазодвигательные нервы, таламус, кора головного мозга), центральными причинами головокружения у детей являются поражения и (или) раздражение патологическим процессом связей и структур на любом уровне от вестибулярных ядер до коры головного мозга.

Среди ведущих причин центрального поражения вестибулярного анализатора у детей первого года жизни наиболее часто встречаются перинатальные энцефалопатии и натальные спинальные травмы. Перинатальные поражения головного мозга у детей раннего возраста вызывают рассогласование в функционировании различных сенсорных систем, в том числе и вестибулярной, и, как следствие ощущение головокружения, которое новорожденные дифференцировать не могут. Основными симптомами головокружения в этом возрасте могут служить преходящая или стабильная кривошея, сопровождающаяся беспокойством ребенка; появление спонтанного полиморфного нистагма, срыгивания и рвоты; анизокарии, плавающих движений глазных яблок; усиление беспокойства малыша при определенном положении тела в пространстве. В более старшем возрасте среди центральных причин головокружения выявляются, мигрень, эпилепсия.⁴

⁴ Бархатов, М. В. Центральные причины головокружения у детей / М. В. Бархатов, М. В. Родиков // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 7. – С. 140-143.

Классификация

Головокружение у детей, как и у взрослых, подразделяется на вестибулярное (системное) и невестибулярное (несистемное). Вестибулярное (системное) головокружение вызывается дисфункцией системы вестибулярного анализатора на любом уровне и сопровождается ощущением движения собственного тела в пространстве («я кручусь и не могу остановиться» – проприорецептивный тип головокружения); иллюзией вращения предметов в поле зрения вокруг собственного тела («комната крутится») – визуальный тип системного головокружения; тактильный тип вертиго – сенсорное ощущение движения опоры («качает на волнах», «хожу по дивану», «летаю», «падаю»). Несистемное (невестибулярное) головокружение воспринимается детьми чаще как головная боль, потемнение перед глазами и мелькание мушек, резкая слабость, туман в голове. Однако зачастую бывает достаточно сложно отнести ощущения, описываемые ребенком к какому-либо определенному виду головокружения.⁵

В зависимости от уровня раздражения вестибулярного аппарата головокружение может быть периферическим или центральным (табл.2).⁶

Таблица 2. Дифференциальная диагностика периферической и центральной вестибулопатии

Клинический признак	Периферическая вестибулопатия	Центральная вестибулопатия
Нистагм	Горизонтально-ротаторный, направлен в одну сторону, усиливается при взгляде в противоположную	Вертикальный, ротаторный или горизонтальный, направлен в сторону поворота взора,

⁵ Бархатов, М. В. Центральные причины головокружения у детей / М. В. Бархатов, М. В. Родиков // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 7. – С. 140-143.

⁶ Никифоров, А. С. Общая неврология / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 704 с.

	сторону	усиливается при взгляде в сторону поражения
Головокружение	Выраженное, носит четко вращательный характер	Обычно легкое, но постоянное
Тошнота и рвота	Обычно проявляются	Нередко отсутствуют
Направление падения	В сторону поражения, в направлении медленного компонента нистагма	Вариабельно
Фиксация взора и закрывание глаз	Уменьшают нистагм и головокружение	Не влияют на симптомы или усиливают их
Стволовые симптомы	Выявляются часто	Отсутствуют
Снижение слуха, шум в ушах	Часто имеются	Отсутствуют
Основные причины	Доброкачественное позиционное головокружение, вестибулярный неврит, болезнь Меньера, ишемия, травма, интоксикация, субтенториальные опухоли	Вертебрально-базилярная недостаточность, инфарктный очаг ствола или мозжечка, рассеянный склероз, сирингобульбия, аномалия Киари, базилярная мигрень

Клиническая картина и диагностика

К сожалению, головокружение у детей раннего возраста недостаточно изучено вследствие трудности диагностики. Однако распространенность гипоксических, метаболических, инфекционных заболеваний у новорожденных, а также врожденных аномалий строения экстра и интракраниальных сосудов, травм головы и шеи заставляют по-новому рассмотреть эту проблему.

Для диагностики головокружения у детей первого года жизни, прежде всего, необходим тщательный опрос родителей ребенка. При этом особое внимание следует уделить следующим вопросам: не замечали ли родители «маятникообразных» движений глаз у ребенка, в каких ситуациях возникает нистагм; когда ребенок начал удерживать голову; не было или нет ли у ребенка кривошеи; не появляется ли (или не нарастает) беспокойство у ребенка при перемене положения тела, появляются ли при этом рвоты и срыгивания; в какую сторону предпочитает поворачиваться ребенок, когда он овладел этим навыком; нет ли у малыша «любимого» положения в кроватке, при котором он лучше спит, или успокаивается при плаче; в каком возрасте ребенок научился сидеть, стоять, ходить, насколько уверенно он освоил эти навыки, нет ли асимметрии движений при их реализации. Важное значение в анамнезе имеют перенесенные черепно-мозговые и хлыстовые травмы (в том числе патологические роды), перенесенные отиты, наличие головокружения, мигрени, потери слуха, эпилепсии у родителей и родственников.

Farmer, 1964 описывает патогномоничную позу при головокружении у ребенка раннего возраста: ребенок лежит лицом вниз с закрытыми глазами, прижавшись к спинке кроватки и не хочет, чтобы его двигали. У детей старшего возраста о возможном головокружении могут свидетельствовать длительные затруднения при овладении навыками езды на велосипеде, катания на коньках, лыжах. Также возможны необъяснимые приступы беспокойства: ребенок с выражением страха на лице подбегает к матери, прижимается к ней и какое-то время его трудно успокоить. Дети младшего возраста очень часто описывают приступы головокружения как головную боль, боязнь чего-то. Головокружению у детей может сопутствовать снижение

остроты слуха, звон (или шум) в ушах, помутнение перед глазами, вегетативные нарушения (гипергидроз, побледнение, рвота, срыгивания, тошнота).

В анамнезе важно установить применялись ли в периоде беременности матерью ототоксические препараты, или они использовались при лечении каких-либо заболеваний у ребенка. Необходимо установить наличие у ребенка врожденных инфекционных заболеваний (сифилис и другие внутриутробные инфекции). Таким образом, только тесное взаимодействие специалистов мультидисциплинарной команды, состоящей из педиатра, невролога, отоларинголога, офтальмолога, может помочь поставить правильный диагноз и назначить патогенетическую терапию.⁷

Дифференциальной диагностике синдрома головокружения в неотложной неврологии помогают выявление сопутствующих нарушений (снижение слуха, очаговые неврологические симптомы), а также анализ течения головокружения (впервые возникшее или рецидивирующее), провоцирующих факторов и особенностей нистагма, сопровождающего головокружение. Если вестибулярное головокружение имеет рецидивирующее течение, то у таких пациентов можно заподозрить болезнь Меньера, ДППГ, вестибулярную мигрень. Головокружение, которое продолжается недели, месяцы и не сопровождается признаками поражения нервной и вестибулярной систем, имеет психогенную природу. Повторяющиеся эпизоды головокружения нехарактерны для больных с ОНМК. При остро развившемся головокружении необходима оценка жалоб, анамнеза, неврологической очаговой симптоматики, характера нистагма, нарушений слуха и зрения (двоение, нечеткость и так далее). Только на основании тщательно собранного анамнеза можно установить причину головокружения. Согласно топической классификации вестибулярных синдромов нервной системы Н.С. Благовещенской, периферический вестибулярный синдром связан с поражением вестибулярных образований внутреннего уха, вестибулярного ганглия и корешка VIII пары черепных нервов. ЦВС обусловлен патологией вестибулярных ядер и путей в задней черепной ямке, а также вестибулярных образований в корково-подкорковых отделах мозга. ЦВС включает субтенториальное

⁷ Бархатов, М. В. Центральные причины головокружения у детей / М. В. Бархатов, М. В. Родиков // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 7. – С. 140-143.

стволовое поражение (ядерное, подъядерное, надъядерное в области моста мозга и надъядерное в области среднего мозга) и супратенториальное поражение (диэнцефально-гипоталамическое, подкорковое, корковое).⁸

⁸ Аптикеева, Н. В. Вестибулярное головокружение и атаксия в неотложной неврологии / Н. В. Аптикеева, А. М. Долгов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – № 4. – С. 34-38.

Лечение

Лечение головокружения – страдания, зачастую более тяжело переносимого больным, чем головная боль, может быть разделено на патогенетическое и симптоматическое. В любом случае, предпочтительнее патогенетический подход, устраняющий причину недуга, но, к сожалению, зачастую не разработаны эффективные методы «излечения» заболеваний (опухоли, наследственные заболевания и другие). В этих случаях используется симптоматическая терапия, направленная на уменьшение и купирование симптомов головокружения.

Из немедикаментозных методов применяют диетотерапию с ограничением потребления поваренной соли и некоторых других продуктов, некоторые виды массажа и иглорефлексотерапии, специальную вестибулярную гимнастику Brand-Daroff и другие. Вестибулярная гимнастика Brand-Daroff у детей раннего возраста с успехом может быть заменена гимнастикой на мяче с различными вращательными, поступательными движениями. При пароксизмальной кривошее у детей в комплексе терапевтических мероприятий показано ношение воротника Шанца в течение 2-4 часов в сутки.

Симптоматические медикаментозные средства, используемые с той или иной степенью эффективности при головокружении, хорошо зарекомендовавшие в терапии у взрослых, зачастую ограничены к применению в педиатрической практике.

Антигистаминные средства. Димедрол, дипразин – обладают мощным воздействием на гистаминовые рецепторы (преимущественно H1, в меньшей степени – H2 и H3 рецепторы), однако, обладают центральным холинолитическим, выраженным седативным действием, могут вызывать экстрапирамидные расстройства, тошноту, запоры. Препараты противопоказаны к применению у детей раннего возраста. Меклозин хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер, оказывает выраженный седативный эффект, но у детей, он, как и вышеперечисленные препараты, может вызывать приступы психомоторного возбуждения.

Блокаторы кальциевых каналов. Циннаризин (производное пиперазина) – относится к средствам, влияющим на мозговое кровообращение. Влияет на

возбудимость вестибулярного аппарата за счет сосудорасширяющего, антигистаминного действия. Однако, зачастую у детей, перенесших церебральную ишемию, перинатальные энцефалопатии, он может быть противопоказан вследствие риска увеличения размеров очага ишемии, инфаркта, риска повторного кровоизлияния. Может вызывать при длительном применении экстрапирамидные нарушения, сонливость (или возбуждение), головную боль, которую дети раннего возраста переносят более тяжело, чем дети старшего возраста.

Бензодиазепины. Диазепам, лоразепам, клоназепам (производное бензодиазепина, влияющий на усиление тормозного влияния ГАМК) — обладают мощным транквилизирующим, центральным миорелаксирующим, седативным действием, в связи с чем воздействуют на вестибулярный аппарат, уменьшая симптомы головокружения. При длительном применении возможно возникновение лекарственной зависимости. Кроме этого, эти препараты ограничены к применению у детей первых месяцев жизни. Бензодиазепины в некоторых случаях способны сами вызывать головокружение.

Нейролептики. Аминазин, метеразин, тиэтилперазин (производные фенотиазина), дроперидол (производное бутирофенона). Аминазин, метеразин, оказывая слабое антигистаминное действие в сочетании с выраженным седативным эффектом, могут подавлять симптомы головокружения. Однако, к побочным эффектам этой группы препаратов следует отнести их гепатотоксичность, риск развития гипотонии, паркинсоноподобный синдром. Дроперидол в некоторых случаях может оказывать угнетающее воздействие на дыхательный центр. Применение нейролептиков ограничивается возрастными критериями (противопоказание — детский возраст).

Противорвотные средства. Мотилиум — относится к противорвотным средствам, блокирует центральные допаминовые рецепторы, влияет на выраженность симптомов головокружения. Однако мотилиум может вызывать у детей гинекомастию, экстрапирамидные расстройства, головные боли.

Селективный блокатор Н1 и Н3 рецепторов. Бетагистин и его производные оказывают влияние непосредственно на Н1 и Н3 рецепторы внутреннего уха и

вестибулярных ядер, за счет этого он воздействует на периферические и на центральные механизмы головокружения, изменяя кровоток во внутреннем ухе и ингибируя НЗ рецепторы вестибулярных ядер ствола мозга. Эффективность и безопасность препарата показана во множестве исследований. Использование препарата у детей с различными видами и причинами головокружений также зарекомендовало себя как эффективный и безопасный метод лечения. Преимуществом назначения бетагестина является также его хорошая переносимость, отсутствие седативного эффекта. Препарат может вызывать диспепсические нарушения (купируемые при подборе индивидуальной дозы), аллергические реакции. Не рекомендуется применять его у детей раннего возраста вследствие недостаточной информации о влиянии препарата на организм ребенка.⁹

⁹ Бархатов, М. В. Центральные причины головокружения у детей / М. В. Бархатов, М. В. Родиков // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 7. – С. 140-143.

Заключение

Таким образом, причины центральных механизмов головокружения у детей многообразны и, зачастую, бывает достаточно сложно определить его причину. Только тщательный сбор анамнеза жизни и заболевания, тесное сотрудничество между различными специалистами помогают поставить правильный диагноз и назначить эффективную терапию.

Учитывая риск развития побочных эффектов при применении препаратов, влияющих на симптоматику головокружения, предпочтение при терапии должно быть отдано безлекарственной коррекции. При назначении медикаментозного лечения, врач должен ясно представлять, что он может достигнуть при использовании препарата, расценить возможные риски и эффективность лекарственного средства.¹⁰

¹⁰ Бархатов, М. В. Центральные причины головокружения у детей / М. В. Бархатов, М. В. Родиков // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 7. – С. 140-143.

Список литературы

1. Бархатов, М. В. Центральные причины головокружения у детей / М. В. Бархатов, М. В. Родиков // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 7. – С. 140-143.
2. Никифоров, А. С. Общая неврология / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 704 с.
3. Романова, М. В. Комплексное лечение пациентов с постуральным фобическим головокружением / М. В. Романова, Е. В. Исакова, С. В. Котов // Альманах клинической медицины. – 2013. – № 28. – С. 3-8.
4. Аптикеева, Н. В. Вестибулярное головокружение и атаксия в неотложной неврологии / Н. В. Аптикеева, А. М. Долгов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – № 4. – С. 34-38.
5. Антоненко, Л. М. Диагностика и лечение головокружения в амбулаторной практике / Л. М. Антоненко, Н. В. Бестужева, В. А. Парфенов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. – № 1. – С. 55-60.