

SCI-CONF.COM.UA

CURRENT TRENDS IN SCIENTIFIC RESEARCH DEVELOPMENT



**PROCEEDINGS OF VI INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
JANUARY 16-18, 2025**

**BOSTON
2025**

CURRENT TRENDS IN SCIENTIFIC RESEARCH DEVELOPMENT

Proceedings of VI International Scientific and Practical Conference
Boston, USA
16-18 January 2025

Boston, USA

2025

UDC 001.1

The 6th International scientific and practical conference “Current trends in scientific research development” (January 16-18, 2025) BoScience Publisher, Boston, USA. 2025. 819 p.

ISBN 978-1-73981-122-8

The recommended citation for this publication is:

Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // Current trends in scientific research development. Proceedings of the 6th International scientific and practical conference. BoScience Publisher. Boston, USA. 2025. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/vi-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-current-trends-in-scientific-research-development-16-18-01-2025-boston-ssha-arhiv/>.

Editor

Komarytskyy M.L.

Ph.D. in Economics, Associate Professor

Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine and from neighbouring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

e-mail: boston@sci-conf.com.ua

homepage: <https://sci-conf.com.ua>

©2025 Scientific Publishing Center “Sci-conf.com.ua” ®

©2025 BoScience Publisher ®

©2025 Authors of the articles

ГОСТРИЙ ВЕСТИБУЛЯРНИЙ НЕЙРОНІТ

Довбонос Тетяна Анатоліївна

к.м.н., доцент

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Літовальцева Галина Миколаївна

завідувач неврологічного відділення

Хмель Олена Миколаївна

лікар невролог

Толстюк Діана Анатоліївна

лікар-інтерн невролог

КНП «КМКЛ №4»

м. Київ, Україна

Анотація: Стаття присвячена висвітленню особливостей клінічної маніфестації гострого вестибулярного нейроніту - другої за поширеністю (після доброякісного позиційного запаморочення) причини гострих периферичних присінкових порушень. Запропонований алгоритм диференціальної діагностики центральних і периферичних вестибулярних розладів, рекомендації щодо терапевтичних підходів у разі гострого вестибулярного нейроніту з презентацією власного клінічного випадку захворювання.

Ключові слова: гострий вестибулярний нейроніт, периферичний ністагм, клінічний випадок, диференціальна діагностика, лікування.

Гострий вестибулярний нейроніт (ГВН), або гостра однобічна вестибулопатія, за визначенням Комітету з класифікації присінкових розладів Товариства Барані (2022) є гострим периферичним розладом вестибулярної функції, що клінічно проявляється запамороченням (вертіго) з порушенням рівноваги, периферичним ністагмом, нудотою/блюванням та/або осцилопсією (ілюзорне відчуття руху нерухомого предмету) [1, с. 389]. Актуальність проблеми ГВН пов'язана зокрема з тим, що захворювання уражає переважно

осіб молодого і середнього віку та може призводити до тривалої їх непрацездатності. Крім того, ГВН нерідко помилково діагностується як гостре порушення мозкового кровообігу, що призводить до проведення неадекватного лікування та пізньої мобілізації пацієнта, і як наслідок, до виникнення стійкого фобічного постурального запаморочення.

Питання етіології ГВН залишається дискутабельним. Найбільшу підтримку дотепер має вірусна теорія щодо реактивації латентного вірусу простого герпесу 1 типу, який спричиняє запалення вестибулярного нерва в кістковому каналі і створює перешкоду для передачі імпульсів від лабіринту до вестибулярних ядер. Запалення вестибулярного нерва частіше виникає як однобічний процес [2, с. 206].

Критерії ГВН включають наступне: 1) гострий або підгострий розвиток стійкого обертального або необертального головокружіння (тобто гострого вестибулярного синдрому) середньої чи вираженої інтенсивності і тривалістю не менше 24 годин; 2) спонтанний периферичний вестибулярний ністагм із траєкторією, що відповідає залученим аферентам напівколового каналу, як правило, горизонтально-торсійний, однонаправлений, що посилюється у разі усунення зорової фіксації; 3) однозначне свідчення зниження функції окуло-вестибулярного рефлексу на боці, протилежному напрямку швидкої фази спонтанного ністагму; 4) відсутність ознак гострих центральних неврологічних, отологічних або аудіологічних симптомів; 5) відсутність гострих центральних неврологічних ознак, тобто центральних окорухових або центральних вестибулярних розладів, зокрема відсутність вираженого косого відхилення, викликаного поглядом ністагму та гострих слухових або отологічних порушень; 6) не пояснюється іншим захворюванням або розладом [1, с. 390].

З метою диференціальної діагностики центрального та периферичного порушення вестибулярної функції у випадках постійного (не епізодичного) головокружіння рекомендується проводити дослідження HINTS (Head Impulse Nystagmus Test Skew), яке складається з тесту імпульсу голови, перевірки наявності ністагму і тесту перекосу (косого відхилення) [2, с. 206].

Тест імпульсу голови передбачає перевірку вестибуло-окулярного рефлексу, порушення якого проявляється появою сакади під час різкого повороту голови пацієнта на 10-20° і свідчить на користь периферичної вестибулопатії (ГВН, лабіринтит). Натомість у разі центрального генез вестибулярної дисфункції вестибуло-окулярний рефлекс не порушується (тест імпульсу голови негативний) [3, с. 4157].

Ключовим симптомом при запамороченні є виявлення ністагму, прояви якого у разі ГВН відповідають характеристикам периферичного: горизонтальний або горизонтально-торсійний, спонтанний, однонаправлений (спрямований в один бік незалежно від напрямку повороту очей), посилюється при усуненні фіксації погляду. Відомо, що двонаправлений, виключно вертикальний та/або торсійний ністагм не характерні для ГВН, а свідчать на користь центральних вестибулярних порушень (інсульт і т.і.) [4, с. 1]. Також типовим для центральних присінкових розладів є позитивний тест перекоосу (косого вертикального відхилення при почерговому прикриванні очей). У пацієнтів з ГВН цей феномен не спостерігається.

У разі ВН найчастіше слід проводити диференціальну діагностику з вірусним лабіринтитом, клінічну картину якого окрім уже описаних вище ознак периферичної вестибулопатії з постійним вертіго доповнюють також шум у вухах та/або втрата слуху, нетипові для ВН.

Застосування протівірусних препаратів у численних клінічних випробуваннях було не ефективним у разі ГВН, який тому зазвичай лікується симптоматично. До програми лікування ГРН включають короткочасне введення антиміметиків, антигістаміні препарати або бензодіазепіни, кортикостероїди. Вестибулярна гімнастика для стимуляції центральних механізмів вестибулярної компенсації вважається головним напрямком терапії. У нещодавно проведеному систематичному огляді та метааналізі повідомляється, що ефективність вестибулярної реабілітаційної терапії є співставною з ефектом від застосування кортикостероїдної терапії і може бути достатньою у вигляді монотерапії для більшості випадків ГВН [5, с. 1221].

Клінічний випадок. Хвора 47 років звернулася зі скаргами на різке порушення самопочуття, коли різко відчула сильне запаморочення, особливо при рухах головою, хиткість під час ходи, нудоту, спостерігалось багаторазове блювання. Згодом не змогла самотійно ходити та сидіти, оскільки при цьому значно посилювалось головокружіння. Пацієнтка скаржилась на «рухливість і розмитість контурів» стаціонарних предметів.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеню важкості. Шкірні покриви тілесного кольору, чисті. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Дихання везикулярне. Тони серця ритмічні, пульс 68 ударів за хвилину, задовільних властивостей, ритмічний, артеріальний тиск становив 120/80 мм.рт.ст., зафіксований його підйом до 140/90 мм рт.ст. на другий день захворювання. Живіт під час пальпації м'який, безболісний. Периферичні набряки відсутні. Пульсація на периферичних артеріях збережена.

Неврологічний статус: свідомість ясна (за шкалою ком Глазго 15 балів), орієнтована в часі, просторі, власній особистості. Відзначається деяка тривожність, оскільки рухи голови підсилюють головокружіння та нечіткість бачення предметів. Менінгеальні знаки відсутні. Черепна іннервація без патології. Очні щілини, зіниці симетричні, об'єм рухів очних яблук повний. Спостерігається однонаправлений горизонтально-ротаторний ністагм, частота й амплітуда якого посилюється при погляді вправо. Фіксація погляду зменшує ністагм та головокружіння. Порушення вестибуло-окулярного рефлексу (тест Хальмагі) – поява коригуючої сакади при різкому повороті голови вліво. Тест косої девіації негативний (test skew). Парезів кінцівок немає. Рефлекси з кінцівок симетричні, середньої жвавості. Патологічних стопних рефлексів не виявлено. Чутливість збережена. Похитування в позі Ромберга, утруднена тандем хода. Функцію тазових органів контролює.

Результати загального аналізу крові, загального аналізу сечі, біохімічного аналізу крові, рівень тиреоїдних гормонів, коагулограма у межах норми. ЕКГ: ритм синусовий, регулярний, відхилення електричної вісі серця вліво. На МРТ головного мозку визначаються ознаки проявів церебральної мікроангіопатії

(Fazekas 1). На УЗД щитовидної залози виявлено ознаки вузлового зобу. TR - 3. На УЗД судин голови та шийї спостерігаються ознаки нестенозуючого атеросклерозу брахіоцефальних артерій, у гирлі на біфуркації правої загальної сонної артерії візуалізується гіпоехгенна однорідна атеросклеротична бляшка по задній стінці, висота 1,5 мм. На спонділографії шийного відділу хребта - ознаки остеохондрозу.

Враховуючи розвиток гострого вестибулярного синдрому (головокружіння, що посилюється при поворотах голови, ністагм, нудота, нестійкість під час ходи, осцилопсію), периферичний характер вестибулопатії (однобічний горизонтально-ротаторний ністагм, що посилюється при погляді в здорову сторону, порушення вестибуло-окулярного рефлексу та негативний тест косої девіації), відсутні вогнищеві зміни на МРТ головного мозку, у хворої діагностовано гострий вестибулярним нейроніт.

З лікувальною метою використовували метоклопрамід, бетасістин, дексаметазон, гіпотензивну терапію, вестибулярну гімнастику. На тлі проведеного лікування самопочуття хворої поступово поліпшилось (протягом 1-2 тижнів), регресувало запаморочення (ще деякий час виникало при різких поворотах голови та тіла), зникли відчуття нудоти, відновились рівновага, самостійне пересування та самообслуговування, зменшились прояви тривоги, поліпшився настрій.

Висновки. Для типової клінічної маніфестації ВН характерне сильне постійне запаморочення (вертіго) з порушенням рівноваги, периферичним ністагмом, нудотою, блюванням та осцилопсією.

Лікування здебільшого симптоматичне і включає протиблювотні, антигістамінні препарати, бензодіазепіни, кортикостероїди. Вагомим компонентом реабілітації хворих на ГВН є вестибулярна гімнастика.

Захворювання часто має сприятливий прогноз з поступовим відновленням вестибулярного апарату та повного чи часткового регресу симптоматики.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Strupp M, Bisdorff A, Furman J, Hornibrook J, Jahn K, Maire R, et al. Acute unilateral vestibulopathy/vestibular neuritis: diagnostic criteria. *J Vestib Res.* 2022, 32:389–406. DOI: 10.3233/VES-220201
2. Kim J.S., Newman-Toker D.E., Kerber K.A., Jahn K., Bertholon P., Waterston J., Lee H., Bisdorff A., Strupp M., Vascular vertigo and dizziness: diagnostic criteria, *J Vestib Res* 2022, 32:205–222.
3. Manzari L., Princi A.A., De A.S., Tramontano M. Clinical value of the video head impulse test in patients with vestibular neuritis: a systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2021, 278:4155–4167. DOI: 10.1007/s00405-021-06803-8
4. Wüthrich M, Wang Z, Martinez CM, Carmona S, Mantokoudis G, Tarnutzer AA. Systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of spontaneous nystagmus patterns in acute vestibular syndrome. *Front Neurol.* 2023 Jun 16;14:1208902. doi: 10.3389/fneur.2023.1208902.
5. Hidayati HB, Imania HAN, Octaviana DS, Kurniawan RB, Wungu CDK, Rida Ariarini NN, Srisetyaningrum CT, Oceandy D. Vestibular Rehabilitation Therapy and Corticosteroids for Vestibular Neuritis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medicina (Kaunas).* 2022 Sep 5;58(9):1221. doi: 10.3390/medicina58091221.