

ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЕГЕТАТИВНЫМИ КРИЗАМИ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЭТИХ СОСТОЯНИЯХ

Синдром вестибулярного головокружения при дисфункции вегетативной нервной системы довольно распространенное явление, его частота колеблется от 57,8 до 71,1%. Этиология и патогенез этих сочетанных нарушений остаются недостаточно разработанными.

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-генетических и электрофизиологических характеристик вестибулярных головокружений у лиц с вегетативными кризами (ВК), разработка рекомендаций по реабилитации нарушенной вегетативно-вестибулярной функции.

Обследовано 60 больных того и другого пола в возрасте от 16 до 52 лет, страдающих ВК с вестибулярными расстройствами. В контрольную группу вошли 30 здоровых лиц обоих полов той же возрастной группы. Клинико-неврологическое обследование пациентов дополнялось изучением эмоционально-личностных особенностей с помощью психологического тестирования (тесты Айзенка, Спилберга и СМИА), данными энцефалографии, реоэнцефалографии, математического анализа вариабельности частот сердечного ритма, вестибулометрии. Наследственность оценивалась на основе анализа родословных и исследования антигенов главного комплекса гистосовместимости (HLA). Результаты исследования подвергались статистической обработке с использованием критерия Стьюдента.

Клиническая картина этих кризов характеризовалась периодическими *вегетативно-висцеральными* и *эмоционально-аффективными нарушениями*.

Вегетативные расстройства касались *сердечно-сосудистой* (100%) (боль или неприятные ощущения в левой половине грудной клетки, сердцебиение или замедление сердца, пульсирующая головная боль, колебания АД, бледность кожных покровов либо покраснения кожи, ощущения жара, потливости), *дыхательной* (65%) (одышка, затрудненное дыхание, ощущение нехватки воздуха и т.п.) систем, реже наблюдались со стороны *желудочно-кишечного тракта* и *мочевого аппарата*, а также *мышечной системы* (40%) (отрыжка, тошнота, рвота, боли в подложечной области, урчание в животе, запоры, поносы, учащенное мочеиспускание, чувство онемения, стягивания и боли в мышцах, озноболодобрый тремор, судорожные напряжения в нижних конечностях, пальцах рук и т.д.).

С учетом цели исследования особого внимания заслуживает вестибулярная система. Типичными для 60% пациентов оказались жа-

лобы на системное головокружение (ощущение проваливания опоры тела, вращение предметов). В анамнезе 98% всех обследованных с раннего возраста выявлялись признаки нестойкости вестибулярного аппарата (плохая переносимость транспорта, качелей и высоты), сочетающейся с вегетативной лабильностью (плохая переносимость душных помещений, жары или холода, зябкость). В родословной 95% пациентов зафиксированы родственники, страдающие системным головокружением с вегетативными расстройствами.

Результаты анализа биопотенциалов головного мозга и вестибулометрии этих лиц позволяют констатировать дисфункцию мезодиаэнцефалических структур. Вестибулярный анализатор отличается наличием низких сенсорного и нистагмического порогов восприятия, гипорефлексией центральных структур и повышением стволовых вестибуловегетативных реакций.

HLA-типирование лиц с клинически манифестным системным головокружением выявило положительную ассоциацию с антигенами A_1 и B_{60} , а также отрицательную ассоциацию с A_{36} , A_x , B_x .

Вегетативный гомостаз характеризовался преимущественно симпатико-тоническим типом реагирования: исходный вегетативный тонус в 60% наблюдений оказался симпатико-тоническим, в 40% — дистоническим; вегетативная реактивность была преимущественно гиперсимпатико-тонической; вегетативное обеспечение деятельности оказалось избыточным в 90% наблюдений.

Клинические наблюдения и психометрические исследования позволили выделить у всех (100%) больных с ВК в рамках эмоционально-аффективных расстройств тревожно-фобический синдром (безотчетная тревога за свое здоровье, внутреннее напряжение, страх смерти и т.д.). Фобии носили разнообразный характер: страх узких пространств, толпы, площадей, страх высоты и падения с высоты (75%). У лиц с врожденной вегетативной лабильностью страх высоты отмечен во всех наблюдениях (100%). Выраженная тревожность нередко сочеталась с явлениями шизоидности (30%), психастений (50%) и истероидными симптомами (82%).

Психологическое тестирование (ММРП) констатировало высокие баллы по шкале "истерия", "шизоидность" и "психастения". В 90% наблюдений тест Айзенка выявил выраженную эмоциональную неустойчивость с наличием признаков интровертированности лич-

пости (до 60%). Данные теста Спильбергера свидетельствуют о высоком уровне тревожности у всех (100%) обследованных в обычных для них условиях.

Целенаправленная психотерапия и патогенетическая медикаментозная коррекция димефосфоном (нормализует кислотно-щелочное состояние) и сермионом (нормализует кальциевый баланс) позволяют добиться хороших результатов (78%) на ранних этапах ре-

билитации больных с вегетативно-вестибулярными нарушениями.

Ю.В.ВОЛКОВ, М.Ф.ИСМАГИЛОВ
(Казань)

Поступила 20.02.96.



УДК 616.831—085.21

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДАЛАРГИНА ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМАХ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Даларгин — первый отечественный синтетический аналог лейэнкефалина. Он обладает широким спектром биологической активности: ускоряет физиологическую и репаративную регенерацию (Тимошин С.С., Швец С.И., 1988), оказывает иммуномодулирующее воздействие, обладает антистрессовой активностью (Лищманов Ю.Б., Ласунов Т.В., 1985). Установлено прямое регулирующее действие даларгина на нейроны сердечно-сосудистого центра продолговатого мозга.

Исследована эффективность даларгина на 40 больных с начальными проявлениями неполноценности кровоснабжения мозга различной этиологии (вегетативно-сосудистая дистония, атеросклеротическая и гипертоническая энцефалопатия).

Для оценки действия даларгина клинико-неврологическое исследование дополнялось изучением тетраполярной реографии, реоэнцефалографии (РЕГ) и электроэнцефалографии. Вегетативный гомеостаз определялся методом вариационной пульсометрии по Р.М.Бавскому. Психологическое обследование больных проводилось по методике МИА. Изучалось также влияние даларгина на процессы перекисного окисления по данным дисновых конъюгат и малонового диальдегида и на глутатионсодержащие ферменты как основные антиоксидантные системы эритроцитов.

Даларгин вводился внутримышечно в дозе 1 мг в течение 18 — 20 дней. 96% больных отметили значительное улучшение, которое выразилось в уменьшении головной боли, чувства тяжести в голове, снижении уровня

тревоги, улучшении сна, запоминания вербальных и зрительных стимулов. Отмечались снижение и стабилизация артериального давления, уменьшение частоты сердечных сокращений, нормализация периферического сосудистого сопротивления, симпатолитическое действие. На РЕГ обнаруживалась нормализация пульсового кровенаполнения за счет снижения сопротивления сосудов и улучшения венозного оттока. У 70% больных имелась положительная динамика в биоэлектрогенезе головного мозга, которая выразилась в нарастании спектральной мощности альфа ритма, усилении его периодичности. Выявлено также, что даларгин приводит к ингибированию перекисного окисления липидов, нарастанию активности глутатионзависимой антиоксидантной системы, в основном глутатионпероксидазы.

Таким образом, препарат способствует гипотензивному эффекту, снижая общее периферическое сосудистое сопротивление, обладает симпатолитическим действием, оказывает положительное влияние на церебральную гемодинамику, уменьшая констрикторные реакции церебральных сосудов.

В.А.ЯВОРСКАЯ, В.А.МАЛАХОВ,
А.В.ГРЕБЕНЮК (Харьков)

Поступила 12.02.96.

