

УДК 611.852.5; 611.852.6

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ
ПАРОКСИЗМАЛЬНОЕ ПОЗИЦИОННОЕ
ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ**

Фатьянова Татьяна Евгеньевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

В статье собраны методики диагностики и лечения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения.

Ключевые слова: ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ПОЗИЦИОННОЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, КУПУЛОЛИТИАЗ, КАНАЛОЛИТИАЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ, МАНЕВРЫ ДИКСА – ХОЛЛПАЙКА, СЭМОНТА, ЭПЛЕЯ

UDC 611.852.5; 611.852.6

**BENIGN PAROXYSMAL POSITIONED
VERTIGO**

Fat'yanova Tat'yana Evgenievna
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

The article presented the methods of diagnostics and treatment of benign paroxysmal positioned vertigo.

Key words: BENIGN PAROXYSMAL POSITIONED VERTIGO, CUPULA LITHIASIS, CANAL LITHIASIS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT, MANEUVER OF DIX-HOLLPAIK, SEMONT, EPPELY

Диагностика и лечение головокружения – актуальная многодисциплинарная проблема, имеющая важное медико-социальное значение. У больного, испытывающего головокружение, нередко существенно страдают бытовая и производственная сферы, повышается вероятность возникновения травмоопасных ситуаций. В тяжелых случаях головокружение может стать причиной зависимости пациента от посторонней помощи и даже привести к инвалидности [2, 3].

Описано около 80 % заболеваний, имеющих в качестве симптома головокружение, это:

- отиатрические заболевания (болезнь Меньера, лабиринтиты воспалительной и травматической этиологии, вестибулярный нейронит, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение – (ДППГ)) [4];

- неврологические и психические заболевания (лептоменингит задней черепной ямки, болезнь Паркинсона, мигрень, болезнь Альцгеймера, остеохондроз, унковертебральный артроз, протрузии и грыжи межпозвонковых дисков, объемные внутричерепные образования) [1];

- сердечно-сосудистые заболевания (нарушения сердечного ритма, артериальная гипо- и гипертензия, церебральный атеросклероз);

- бытовая интоксикация (алкоголизм, курение);

- ятрогенные причины (хирургические вмешательства, прием антибиотиков аминогликозидного ряда, петлевых диуретиков, нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), анестетиков, антидепрессантов, блокаторов кальциевых каналов).

В клинической практике крайне важно дифференцировать периферическое и центральное головокружение.

При периферическом (лабиринтном) поражении системное приступообразное головокружение наступает остро и продолжается несколько дней [4]. Как правило, оно настолько интенсивное, что пациент вынужден искать опору, сесть или лечь, избегая резких поворотов головы.

Периферическое головокружение (вертиго) обычно сопровождается: нарушением равновесия, походки, вегетативными расстройствами (тошнотой, рвотой, потливостью, сердцебиением), снижением слуха, ушным шумом.

Центральное головокружение чаще несистемное, менее выраженное, но более постоянное и длительное, может сопровождаться умеренно выраженными вестибуловегетативными реакциями [4].

Качество диагностики вестибулярных нарушений напрямую зависит от оснащенности медицинского учреждения. Такие исследования, как видеоокулография и видеонистагмография, использование компьютерных вестибулологических вращательно-маятниковых кресел, стабилографии открывают широкие возможности для объективной регистрации важнейших диагностических критериев. В план обследования пациента с головокружением включают: методы электрокохлеографии, компьютерной аудиометрии, магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга и шейного отдела позвоночника, сканирование брахиоцефальных сосудов, интракраниальную ангиографию [3].

Таким образом, объективная диагностика основана на тщательном сборе анамнеза, анализе жалоб больного, а также проведении доступных диагностических приемов и инструментальных методов исследования.

В настоящее время наиболее частой причиной головокружения, связанного с патологией внутреннего уха, считается ДППГ, которое, по данным различных авторов, составляет от 17 до 35 % всех периферических вестибулярных расстройств.

Основным проявлением заболевания являются кратковременные приступы системного головокружения, возникающие при перемене положения головы.

Впервые такое состояние описал Barani в 1921 г. В настоящее время достигнут значительный прогресс в понимании патологии этого состояния. Как было доказано клиническими исследованиями, причиной возникновения головокружения при ДППГ являются фрагменты отолитовой мембраны эллиптического мешочка, которые при свободном перемещении проникают в эндолимфатическое пространство полукружных каналов. В зависимости от расположения частиц по отношению к купуле и полукружному каналу различают каналолитиаз (состояние было впервые описано S.F. Hall и J.A. Mc-Clure в 1979 г.) и купулолитиаз (термин ввел в научный оборот H.F. Schuknecht) [6, 7].

Согласно публикациям D.J. Lim (1984 г.), нарушения в различных звеньях метаболизма отоконий могут привести к изменению их формы, гиперпродукции и неспособности полноценной деминерализации темными клетками. В результате массы отолитов накапливаются в саккулюсе и утрикулюсе и затем попадают в различные отделы перепончатого лабиринта под влиянием силы гравитации. Многие факторы способствуют возникновению ДППГ: травмы, вирусные заболевания, хирургические вмешательства, ототоксические препараты и др.

Клиника проявляется внезапными сильными приступами системного головокружения, возникающими при определенном положении головы или переворачивании на какой-либо бок, зачастую, больной сам идентифицирует больное ухо [4]. Симптомы могут проявляться минимально, если больной избегает провоцирующих движений. При ДППГ не наблюдается ни тугоухости, ни шума в ушах, ни головной боли.

Диагноз ДППГ ставят на основании анамнеза и положительной пробы Дикса – Холлпайка, предложенной в 1952 г. (рис. 1).

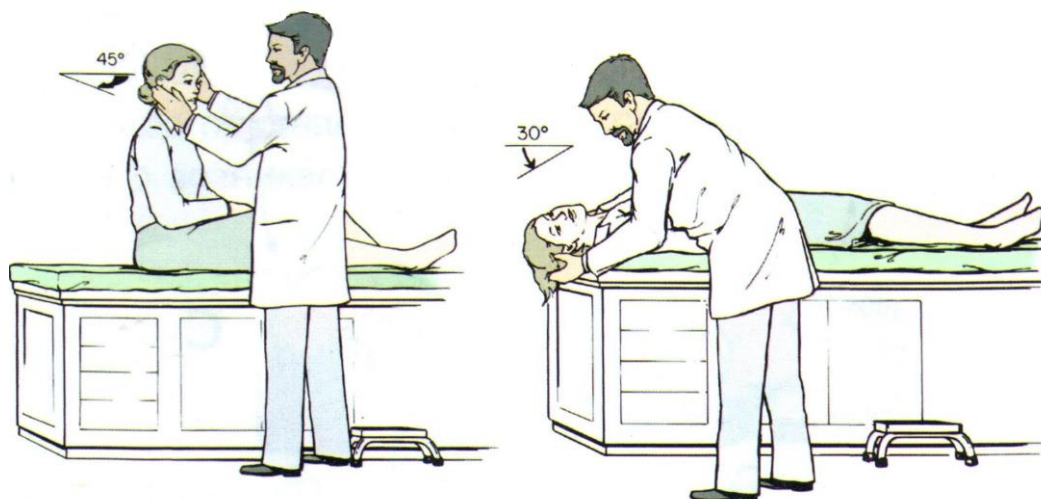


Рисунок 1. Методика Дикса – Холлпайка (правое ухо)

Больной сидит на кушетке, при этом его голова повернута на 45 град. в предполагаемую больную сторону, взгляд фиксирован на лице врача. Больного резко укладывают на спину, при этом голову запрокидывают назад на 30 град., сохраняя разворот на 45 град. в больную сторону. При положительной пробе после небольшого латентного периода (1–5 сек.) возникают головокружение и ротаторный нистагм, направленный в плоскости заднего полукружного канала исследуемого уха (при левостороннем ДППГ – по часовой стрелке, при правостороннем – против часовой стрелки), которые продолжаются не более 30 сек.

После исчезновения головокружения и ротаторного нистагма больного быстро усаживают в исходное положение. При этом в большинстве случаев возникает менее сильный реверсивный нистагм, направленный в обратную сторону, возможно, в сочетании с легким головокружением.

Проба обязательно проводится с двух сторон. Отсутствие нистагма и головокружения считается отрицательным результатом. В то же время у определенной части больных типичный нистагм не выявляется по ряду причин: во-первых, нистагм может не визуализироваться врачом, т.к. подавляется фиксацией взора и требуется специальное оборудование – очки Френзеля или инфракрасная регистрация движения глаз; во-вторых, нистагм может истощаться в результате повторяющихся тестов; в-третьих, при легких формах ДППГ стимуляция вестибуло-глазодвигательного пути недостаточна.

Возможен и другой вариант, когда проба положительна с обеих сторон, например, при посттравматическом ДППГ.

За последние 20 лет методы лечения ДППГ серьезно изменились в связи с прогрессом в понимании патогенеза данного заболевания.

Другую методику, основанную на теории купулолитиаза, описали А. Semont и соавт. (рис. 2).

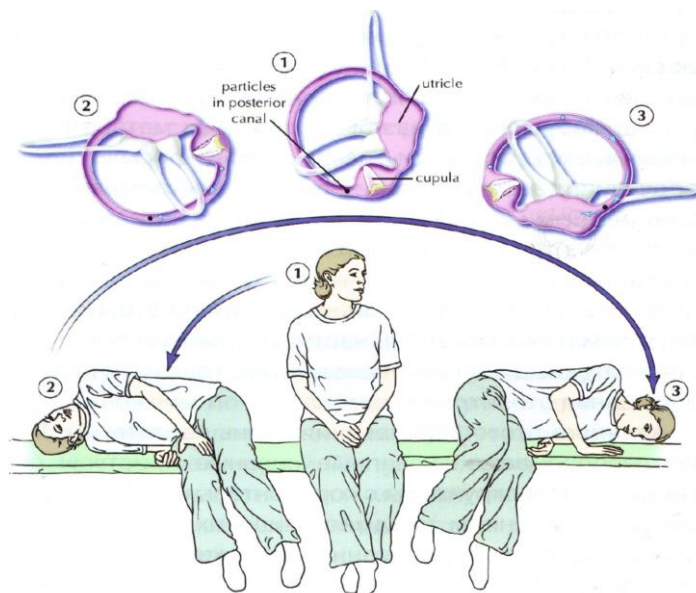


Рисунок 2. Методика А. Semont (правое ухо)

В результате выполнения серий быстрых смен положения головы происходит освобождение частиц, прилипших к купуле. При этом пациент сначала находится в положении сидя, голова повернута в сторону,

противоположную больной стороне. Затем пациента быстро укладывают на бок – в сторону больного уха, при этом положение головы сохраняется, то есть в данном случае он находится лицом вверх. Через 5 мин больного переключают через исходную позицию на другой бок, при этом голова по-прежнему повернута в «здоровую» сторону (лицом вниз). В этом положении пациент остается на 10–15 мин, а затем медленно садится в исходное положение.

Согласно методике J.M. Epley (рис. 3), предложенной в 1992 г., пациента укладывают в положение Дикса – Холлпайка по указанному выше способу и оставляют его в этом положении на 1–2 мин. Затем больного резко переворачивают на бок, при этом голову поворачивают на 180 град. таким образом, чтобы она оказалась в положении, диагонально противоположном позиции Дикса – Холлпайка. Если при этом возникают головокружение и нистагм, то маневр удался. Больной удерживается в этом положении в течение 1–2 мин. Затем его усаживают, и в том случае, если манипуляция была проведена успешно, ни головокружения, ни нистагма не возникает [5]. Многие врачи рекомендуют больному находиться в вертикальном положении 24–48 ч, однако, по мнению некоторых авторов, это необязательно.

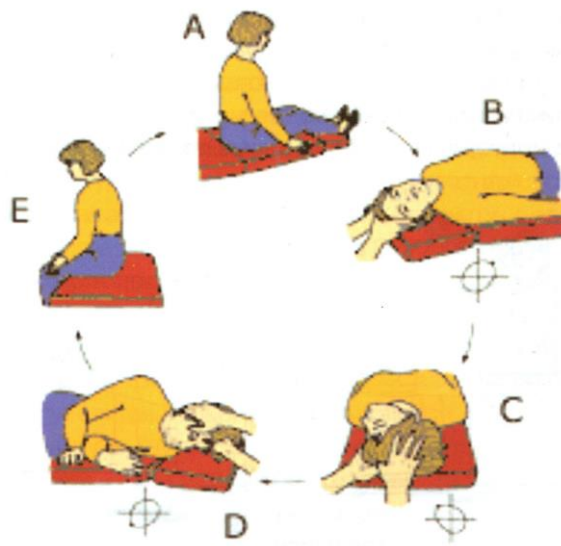


Рисунок 3. Методика J.M. Epley (правое ухо)

Таким образом, ДППГ является отдельной нозологической формой, появляющейся в результате выхода отолитов утрикуллюса и попадания их в эндолимфатическое пространство полукружных каналов, чаще заднего. Эта патология обычно хорошо диагностируется и излечивается с помощью простых методик, без каких-либо хирургических и медикаментозных вмешательств.

Список литературы

1. *Благовещенская Н.С.* Отоневрологические симптомы и синдромы. – М., 1990. – 190 с.
2. *Бабияк В.И., Базаров В.Г., Ланцов А.А.* К проблемам вестибулярной патологии // *Новости оториноларингологии и логопатологии.* – 2000. – № 2(22). – С. 67–73.
3. *Морозова С.В.* Особенности медикаментозной терапии периферических кохлеовестибулярных расстройств в возрастном аспекте // *Справочник поликлинического врача.* – 2007. – № 8. – С. 36–40.
4. *Семенов Ф.В.* Вестибулярный анализатор. – Краснодар, 2004. – С. 10–13.
5. *Ehley J.M.* // *Otolaryngol. Head Neck. Surg.* – 1992. – Vol. 107. – P. 399–404.
6. *Hall S.F., Ruby R.R., McClure J.A.J.* // *Otolaryngol.* – 1979. – Vol. 8(2). – P. 151.
7. *Schuknecht H.F., Ruby R.R.* // *Adv. Otorhinolaryngol.* – 1973. – Vol. 20. – P. 434.