



Российская
медицинская
академия
непрерывного
профессионального
образования, Москва

Российский
геронтологический
научно-клинический
центр – обособленное
структурное
подразделение
Российского
национального
исследовательского
медицинского
университета
им. Н.И. Пирогова,
Москва

Гута-Клиник, Москва

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение: современные подходы к диагностике и лечению

М.В. Замерград

Адрес для переписки: Максим Валерьевич Замерград, zamergrad@hotmail.com

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) – распространенное заболевание, одна из самых частых причин вестибулярного головокружения. Для диагностики ДППГ используют позиционные тесты, отличающиеся высокой чувствительностью и специфичностью. Лечение ДППГ предполагает проведение специальных репозиционных маневров, эффективность которых достигает 95%. В отсутствие эффекта и при рецидивирующем течении заболевания назначают медикаментозную терапию, в частности витамин D, беттагистин, транстимпанальное введение кортикостероидов. В статье приводится клинический случай: пациентка обратилась с жалобами на приступы вращательного головокружения.

Ключевые слова: доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, позиционные тесты, репозиционные маневры

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) – самая распространенная причина головокружений. Встречаемость патологии варьируется от 10,7 до 64,0 случаев на 100 тыс. населения, риск перенести ее в течение жизни достигает 2,4% [1, 2]. Пик заболеваемости приходится на 50–60 лет, женщины страдают ДППГ в два-три раза чаще, чем мужчины [1].

Для ДППГ характерны приступы вестибулярного головокружения при изменении положения головы [3–5]. Приступ развивается вследствие появления в полукружных каналах отолитовых частиц, свободно перемещающихся, реже – фиксированных на куполе ампулярного рецептора. В 70–80% случаев причины появления частиц остаются невыясненными. ДППГ может быть обусловлено черепно-мозговой травмой (пост-

травматическое), лабиринтитом или, например, вестибулярным нейронитом [6–8]. ДППГ ассоциируется с остеопенией, остеопорозом и сниженным уровнем витамина D в плазме крови, а также мигрению [9–11].

Доля идиопатических форм заболевания превышает долю вторичных, например посттравматического ДППГ, при этом первые преобладают у пожилых пациентов, вторые – у молодых.

Приступ головокружения сопровождается специфическим позиционным (вертикально-торсионным или горизонтальным) нистагмом, направление которого зависит от того, какой из полукружных каналов поражен. Головокружение характеризуется большой интенсивностью, малой продолжительностью (не более минуты), может сопровождаться тошнотой и рвотой (особенно если приступы следуют один за другим с небольшими интервалами или вместо того, чтобы избегать лишних движений, пациент начинает активно двигаться, менять положение головы).

В некоторых случаях, чаще у пожилых больных, вместо классичес-



кого позиционного головокружения отмечаются неустойчивость и нарушение равновесия [12].

При ДППГ отсутствуют тиннитус, нарушения слуха, очаговые неврологические расстройства.

Диагностика

Диагноз ДППГ подтверждается результатами позиционных тестов (пробы Дикса – Холлпайка и МакКлюра – Пагинни) [13, 14]. Проба Дикса – Холлпайка предназначена для выявления ДППГ с повреждением (каналолитиазом) заднего полукружного канала. Пациента необходимо посадить на кушетку и повернуть его голову на 45° в исследуемую сторону. Далее пациента укладывают на спину и запрокидывают его голову назад (так, чтобы она немного свешивалась над краем кушетки) (рис. 1). Тест считается положительным, если в положении лежа после небольшого латентного периода (1–15 секунд) появляются головокружение и вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом, направленным в сторону нижележащего уха.

Проба МакКлюра – Пагинни позволяет установить повреждение горизонтального полукружного канала. При проведении этой пробы пациента укладывают на спину, его голова приподнимается на 30°. Далее врач поворачивает голову в одну из сторон на 90° и ждет не менее 30 секунд появления головокружения и нистагма, отмечая их длительность и направление. Затем процедура повторяется в противоположную сторону (рис. 2).

Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями, при которых головокружение также носит позиционный характер, прежде всего с центральным позиционным головокружением, обусловленным неврологическими заболеваниями, поражающими ствол мозга и мозжечок.

У пациентов с центральным позиционным головокружением помимо головокружений имеются неврологические расстройства. Кроме того, центральный

позиционный нистагм может быть строго вертикальным (без свойственного ДППГ торсионного компонента), монокулярным, не иметь латентного периода, не затухать с течением времени или не сопровождаться головокружением [15–17].

Лечение

Репозиционные маневры. Терапия ДППГ предполагает проведение репозиционных маневров с целью вернуть отолитовые частицы из полукружного канала в преддверие лабиринта. При этом для каждого полукружного канала разработан свой лечебный маневр [6, 14, 18–20]. Эффективность репозиционных маневров при ДППГ достигает 95% [18].

При ДППГ с повреждением заднего полукружного канала наиболее широко используется маневр Эпли. Маневр проводится в несколько этапов. Сначала пациента усаживают на кушетку и поворачивают его голову на 45° в пораженную сторону. Потом его укладывают на спину так, чтобы голова свешивалась с края кушетки на 30°, при этом сохраняя ее разворот на 45°. После прекращения головокружения и исчезновения позиционного нистагма пациента оставляют в этом положении еще 30 секунд. Затем голову пациента поворачивают на 90° в противоположную (здоровую) сторону. Это положение также удерживается в течение 30 секунд после нивелирования симптомов. Далее пациента укладывают набок так, чтобы голову можно было повернуть на 90° в здоровую сторону, и оставляют в этом положении на 30 секунд после прекращения головокружения и исчезновения нистагма. В конце маневра больного возвращают в положение сидя, при этом его голова должна быть наклонена вперед, а подбородок касаться груди (рис. 3).

При ДППГ с повреждением горизонтального полукружного канала наиболее широко применяется маневр Лемперта. Порядок проведения: пациента укладывают

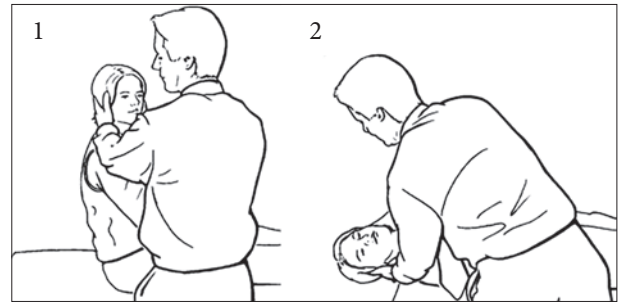


Рис. 1. Проба Дикса – Холлпайка

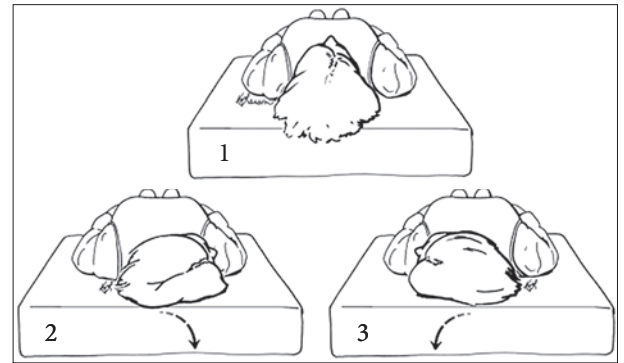


Рис. 2. Проба МакКлюра – Пагинни

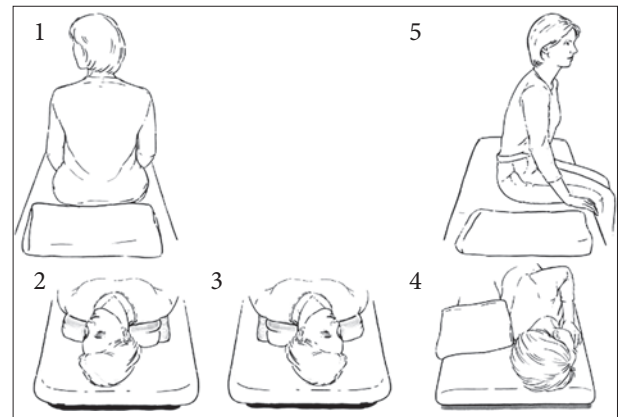


Рис. 3. Маневр Эпли при ДППГ с повреждением левого заднего полукружного канала

на спину, затем его голову поворачивают набок в поврежденную сторону и удерживают в этом положении 90 секунд. Затем пациента последовательно поворачивают в здоровую сторону на 360° вокруг продольной оси с шагом в 90°. Каждое положение фиксируется на 90 секунд. По окончании поворота пациента возвращают в положение сидя (рис. 4).

Медикаментозное лечение. В настоящее время изучает-

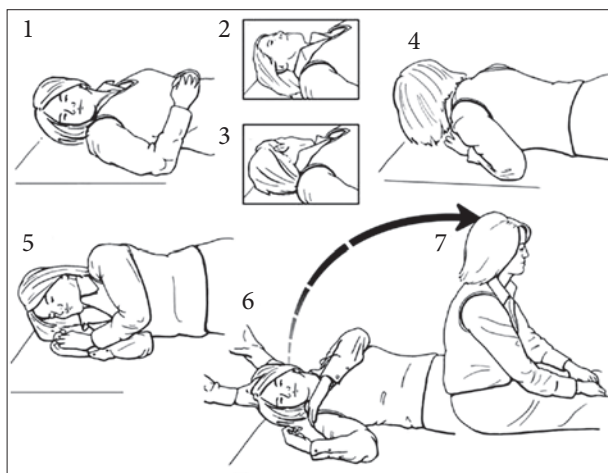


Рис. 4. Маневр Лемперта при ДППГ с повреждением правого горизонтального полукружного канала

ся эффективность витамина D, бетагистина [21, 22]. Есть немногочисленные данные об эффективности транстимпанального введения кортикостероидов при рефрактерности к репозиционным маневрам [23]. Однако для подтверждения эффективности медикаментозного лечения при ДППГ требуется проведение исследований.

Клинический случай

Больная Л., 57 лет, обратилась к неврологу с жалобами на приступы вращательного головокружения, возникающие утром после сна при вставании с постели. Особенно сильное головокружение отмечается при повороте на левый бок. Головокружения сопровождаются тошнотой, реже рвотными позывами, неустойчивостью. Длительность приступа около минуты. В период между приступами тошнота и неустойчивость при ходьбе сохраняются. В покое состояние улучшается, однако даже при незначительных движениях головой головокружение и тошнота возвращаются.

Головокружения не сопровождаются снижением слуха, шумом в ушах или ощущением их заложенности, головной болью и неврологическими нарушениями. Симптом появился около двух недель назад.

В анамнезе мягкая артериальная гипертензия в течение 15 лет, варикозное расширение вен нижних конечностей.

На основании жалоб, анамнеза, результатов рентгенографии шейного отдела позвоночника (выявлены признаки унковертебрального артроза дугоотростчатых суставов) и ультразвукового дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий (выявлена гипоплазия левой позвоночной артерии) поставлен диагноз «синдром позвоночной артерии».

Назначены вазоактивные средства и рекомендовано носить воротник Шанца для стабилизации шейного отдела позвоночника.

На фоне терапии пациентка отметила уменьшение головокружения (что, вероятно, связано с ограничением движений в шейном отделе позвоночника при ношении воротника), однако оно сохранялось. При обследовании: общее состояние удовлетворительное. Артериальное давление – 140/90 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 80 ударов в минуту, пульс ритмичный.

Неврологический статус: очаговых неврологических симптомов не выявлено – больная четко выполняет координаторные пробы, при ходьбе и в позе Ромберга устойчива. Однако при проведении пробы Дикса – Холлпайка с поворотом головы влево после короткого (две-три секунды) латентного периода нарастает в течение нескольких секунд, а затем затухает вертикально-торсионный геотропный нистагм (про-

должительность 15–20 секунд). Нистагм сопровождается выраженным головокружением, тошнотой и позывами к рвоте. При его затухании головокружение уменьшается, однако тошнота и слабость сохраняются. Повторение пробы приводит к головокружению и нистагму, однако меньшей выраженности. Исходя из особенностей головокружения (приступы спровоцированы переменной позицией головы, головокружение продолжается менее минуты и прекращается в покое), отсутствия других очаговых неврологических нарушений, положительной пробы Дикса – Холлпайка и некоторого истощения нистагма, регистрируемого при повторении пробы, поставлен диагноз «каналолитиаз левого заднего полукружного канала».

Пациентке проведен репозиционный маневр Эпли для левого заднего полукружного канала.

Результат лечения – регресс головокружений и нистагмов.

Вазоактивные средства, назначенные ранее, и ношение воротника Шанца отменены.

На повторном осмотре через неделю пациентка отметила отсутствие нистагмов и головокружений. Таковые не выявлены и при проведении пробы Дикса – Холлпайка.

Заключение

ДППГ представляет собой одну из частых причин головокружений. Заболевание легко диагностируется при помощи позиционных тестов и хорошо поддается лечению репозиционными маневрами. Поэтому роль препаратов в лечении ДППГ невелика. Лекарственные средства целесообразны в случае рецидивов или неэффективности репозиционных маневров. *

Литература

1. *Bhattacharyya N., Baugh R.F., Orvidas L. et al.* Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2008. Vol. 139. № 5. Suppl. 4. P. S47–S81.
2. *Von Brevern M., Radtke A., Lezius F. et al.* Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2007. Vol. 78. № 7. P. 710–715.
3. *Пальчун В.Т., Кунельская Н.Л., Ротермель Е.В.* Диагноз и лечение доброкачественного пароксизмального головокружения // *Вестник оториноларингологии.* 2007. № 1. С. 4–7.



4. *Furman J.M., Cass S.P.* Benign paroxysmal positional vertigo // *N. Engl. J. Med.* 1999. Vol. 341. № 21. P. 1590–1596.
5. *Korres S.G., Balatsouras D.G., Papouliakos S., Ferekidis E.* Benign paroxysmal positional vertigo and its management // *Med. Sci. Monit.* 2007. Vol. 13. № 6. P. CR275–282.
6. *Лихачев С.А., Марьенко И.П.* Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение: клиника, диагностика, лечение // *Оториноларингология Восточная Европа.* 2013. № 4. С. 69–75.
7. *Hamann K.F.* Benign paroxysmal positioning vertigo: a disease explainable by inner ear mechanics // *ORL J. Otorhinolaryngol. Relat. Spec.* 2006. Vol. 68. № 6. P. 329–333.
8. *Lee N.H., Ban J.H., Lee K.C., Kim S.M.* Benign paroxysmal positional vertigo secondary to inner ear disease // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2010. Vol. 143. № 3. P. 413–417.
9. *Jeong S.H., Choi S.H., Kim J.Y. et al.* Osteopenia and osteoporosis in idiopathic benign positional vertigo // *Neurology.* 2009. Vol. 72. № 12. P. 1069–1076.
10. *Jeong S.H., Kim J.S., Shin J.W. et al.* Decreased serum vitamin D in idiopathic benign paroxysmal positional vertigo // *J. Neurol.* 2013. Vol. 260. № 3. P. 832–838.
11. *Warninghoff J.C., Bayer O., Ferrari U., Straube A.* Comorbidities of vertiginous diseases // *BMC Neurol.* 2009. Vol. 9. ID 29.
12. *Kollén L., Frändin K., Möller M. et al.* Benign paroxysmal positional vertigo is a common cause of dizziness and unsteadiness in a large population of 75-year-olds // *Aging Clin. Exp. Res.* 2012. Vol. 24. № 4. P. 317–323.
13. *Baloh R.W., Jacobson K., Honrubia V.* Horizontal semicircular canal variant of benign positional vertigo // *Neurology.* 1993. Vol. 43. № 12. P. 2542–2549.
14. *Kim J.S., Zee D.S.* Clinical practice. Benign paroxysmal positional vertigo // *N. Engl. J. Med.* 2014. Vol. 370. № 12. P. 1138–1147.
15. *Cobb F.E., Friedman L.B.* Positional nystagmus of central origin // *J. Am. Acad. Audiol.* 2006. Vol. 17. № 2. P. 85–92.
16. *Kim H.A., Yi H.A., Lee H.* Apogeotropic central positional nystagmus as a sole sign of nodular infarction // *Neurol. Sci.* 2012. Vol. 33. № 5. P. 1189–1191.
17. *Lea J., Lechner C., Halmagyi G.M., Welgampola M.S.* Not so benign positional vertigo: paroxysmal downbeat nystagmus from a superior cerebellar peduncle neoplasm // *Otol. Neurotol.* 2014. Vol. 35. № 6. P. 204–205.
18. *Fife T.D., Iverson D.J., Lempert T. et al.* Practice parameter: therapies for benign paroxysmal positional vertigo (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology // *Neurology.* 2008. Vol. 70. № 22. P. 2067–2074.
19. *Helminski J.O., Zee D.S., Janssen I., Hain T.C.* Effectiveness of particle repositioning maneuvers in the treatment of benign paroxysmal positional vertigo: a systematic review // *Phys. Ther.* 2010. Vol. 90. № 5. P. 663–678.
20. *Kerber K.A., Burke J.F., Skolarus L.E. et al.* Use of BPPV processes in emergency department dizziness presentations: a population-based study // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2013. Vol. 148. № 3. P. 425–430.
21. *Talaat H.S., Kabel A.M., Khaliel L.H. et al.* Reduction of recurrence rate of benign paroxysmal positional vertigo by treatment of severe vitamin D deficiency // *Auris Nasus Larynx.* 2016. Vol. 43. № 3. P. 237–241.
22. *Kaur J., Shamanna K.* Management of benign paroxysmal positional vertigo: a comparative study between epleys manoeuvre and betahistine // *Int. Tinnitus J.* 2017. Vol. 21. № 1. P. 30–34.
23. *Pérez P., Franco V., Oliva M., López Escámez J.A.* A pilot study using intratympanic methylprednisolone for treatment of persistent posterior canal benign paroxysmal positional vertigo // *J. Int. Adv. Otol.* 2016. Vol. 12. № 3. P. 321–325.

Benign Paroxysmal Positional Vertigo: Current Approaches to Diagnosis and Treatment

M.V. Zamergrad

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow

Russian Gerontological Scientific Clinical Center – Branch of the N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow Guta-Clinics, Moscow

Contact person: Maksim Valeryevich Zamergrad, zamergrad@hotmail.com

Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) is a common disease, one of the most frequent causes of vestibular vertigo. The positional tests characterized by high sensitivity and specificity are used for the diagnosis of BPPV. The treatment of BPPV includes special repositioning maneuvers, which effectiveness reaches 95%. In the absence of effect in patients with recurrent course of the disease the medical therapy is prescribed, particularly vitamin D, betahistine, transtympanic administration of corticosteroids. A clinical case is provided on the patient's complaint of rotational vertigo attacks.

Key words: *benign paroxysmal positional vertigo, positional tests, reposition maneuvers*

Неврология