

А. Б. Перминов¹, А. Р. Сакович², Л. Ф. Мишина¹, Т. А. Коледа¹

ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ПОЗИЦИОННОЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ (ДППГ) – НАШ ОПЫТ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ООО «ЛОДЭ», Минск¹

УО «Белорусский государственный медицинский университет»²

Наиболее частой причиной системного головокружения является доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение (ДППГ), которое составляет от 17 до 35 % всех периферических вестибулярных расстройств. Основной причиной развития ДППГ является отолитиаз, чаще в заднем полукружном канале. Из 514 обращений с жалобами на ДППГ, в 63,3 % были к оториноларингологу. Среди пациентов преобладали женщины (77,2 %). В структуре заболевания преобладало поражение заднего полукружного канала (82,4 %). По данным анкетирования только 21,3 % врачей-оториноларингологов проводили диагностические и лечебные позиционные пробы и маневры пациентам с рецидивирующим системным головокружением. На дополнительные методы обследования пациентов с ДППГ направляли 31,3 % врачей. К другому специалисту (неврологу, отоневрологу) направляли 32,2 % врачей-оториноларингологов.

Ключевые слова: доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение, отолитиаз, диагностические пробы и маневры, лечебные пробы и маневры.

A. B. Perminov, A. R. Sakovich, L. F. Mishina, T. A. Koleda

BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO (BPPV) – OUR EXPERIENCE IN AMBULATORY PRACTICE

The most common cause of vertigo is benign paroxysmal positional vertigo (BPPV), which accounts for 17 to 35 % of all peripheral vestibular disorders. The main reason for the development of BPPV is otolithiasis, more often in the posterior semicircular canal. Of the 514 complaints of BPPV, 63.3 % went to the otorhinolaryngologist. Among the patients, women predominated (77.2 %). The structure of the disease was dominated by the lesion of the posterior semicircular canal (82.4 %). According to the survey data, only 21.3 % of otorhinolaryngologists performed diagnostic and therapeutic position tests and maneuvers in patients with recurrent systemic vertigo. Additional methods of examination of patients with BPPV were referred to by 31.3 % of doctors. Another specialist (neurologist, otoneurologist) was referred by 32.2 % of otorhinolaryngologists.

Key words: benign positional paroxysmal vertigo, otolithiasis, diagnostic tests and maneuvers, treatment tests and maneuvers.

Головокружение как превалирующая жалоба или симптом достаточно часто встречается в практике врачей различных специальностей. В определенных ситуациях головокружение имеет системный характер с ощущением вращения предметов в определенной плоскости и направлении, сопровождающееся иногда ощущением вращения собственного тела пациента. Системное головокружение типично для патологии лабиринта. Наиболее частой причиной системного головокру-

жения является доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение (ДППГ) [1–4]. Основной причиной развития ДППГ является отолитиаз. По МКБ 10 доброкачественное позиционное доброкачественное головокружение имеет код H81.1 и относится к заболеваниям внутреннего уха.

ДППГ составляет, по данным разных авторов, от 17 до 35 % всех периферических вестибулярных расстройств [2, 3]. Проявляется оно корот-

кими (от нескольких секунд до нескольких минут) приступами системного головокружения, возникающими при перемене положения головы и тела (лежа, при поворотах, вставании, запрокидывании головы или при наклонах). Перед появлением головокружения после укладывания существует латентный период в несколько секунд, а при повторном укладывании характерна адаптация, т. е. выраженность нистагма и головокружения при принятии провоцирующего положения несколько раз подряд может уменьшаться. Сам эпизод головокружения чаще всего длится несколько секунд и редко бывает больше минуты (зависит от типа поражения полукружного канала – каналолитиаза или купулолитиаза и того, какой именно полукружный канал вовлечен в патологический процесс). Выявляемый нистагм обычно ротаторный или горизонтальный, его направление и продолжительность зависит от того, какой полукружный канал вовлечен в процесс. По данным литературы при ДППГ чаще вовлекается задний полукружный канал. Диагноз ставится на основании сочетания анамнеза и положительных диагностических позиционных проб (Дикса-Холлпайка для заднего полукружного канала, Мак-Клюра-Панини (McClure-Pagnini) для горизонтального, позволяющих спровоцировать характерный приступ головокружения с нистагмом, что является одним из ключевых критериев постановки диагноза. Если с помощью позиционных проб удастся спровоцировать головокружение и типичный позиционный нистагм, есть соответствие клинической картины анамнезу и не выявлено других возможных причин головокружения, то никаких других обследований не требуется [5–7].

Цель исследования

Установить частоту обращения пациентов с доброкачественным позиционным пароксизмальным головокружением на амбулаторном этапе; оценить применяемую лечебно-диагностическую тактику врачами оториноларингологами.

Материалы и методы

Выполнен анализ случаев ДППГ (по обращаемости пациентов) за 2020 год. Всего обращений с жалобами на ДППГ за 2020 год было 514, из них к оториноларингологу 327 (63,6 %). Общее число пациентов 303, из них мужчин 69 (22,8 %), женщин 234 (77,2 %).

Среднее количество посещений – 1,65; при этом учитывались посещения как к оторинола-

рингологу, так и к терапевту, и к неврологу. Пациентов, обратившихся первично или после консультации другого специалиста к оториноларингологу с подтвержденным ДППГ по критериям соответствия диагнозу – 254 (83,8 %). Помимо стандартного оториноларингологического осмотра с проверкой шепотной речи учитывали наличие позиционного головокружения, рецидивирующего головокружения, что являлось показанием для выполнения диагностических маневров. При необходимости расширения объема обследования кроме диагностических позиционных маневров (Дикса-Холлпайка, Дикса-Холлпайка с глубоким запрокидыванием головы, пробы Мак-Клюра-Панини) выполнялись пробы с быстрым поворотом головы (Хальмаги), проба Де Клейна, гипервентиляционная проба, фистульная проба, тест кривой девиации, оценка спонтанного нистагма, оценка походки (в т. ч. с закрытыми глазами). Для лучшего выявления нистагма применялись очки Френзеля.

Диагноз ДППГ оториноларингологом устанавливался с применением диагностических критериев, перечисленных ниже [1].

Диагностические критерии каналолитиаза заднего полукружного канала:

1. Периодические атаки позиционного головокружения, возникающие при переворачивании на спину, запрокидывании головы, наклонах головы вперед (например, при завязывании шарфов или мытье волос).

2. Продолжительность головокружения менее 1 мин.

3. Позиционный нистагм с латентным периодом от одной до нескольких секунд при выполнении маневра Дикса-Холлпайка или маневра Семонта.

4. Нистагм вертикально-ротаторный, геотропный (направлен вниз – к земле), продолжительностью менее 1 мин.

5. Другие причины головокружения и нистагма исключены.

Для диагностики поражения горизонтального полукружного канала при ДППГ наиболее показателен вращательный тест МакКлюра-Панини. Пациент лежит на спине, врач резко поворачивает его голову на 90° сначала в одну сторону, потом в другую.

Диагностические критерии каналолитиаза горизонтального полукружного канала:

1. Периодические атаки позиционного головокружения, вызванные при укладывании на спину

или при поворотах головы в стороны в положении лежа на спине.

2. Продолжительность атак менее 1 мин.

3. Позиционный нистагм, появляющийся после короткого латентного периода или без него, направлен горизонтально к нижнему уху после поворота головой в обе стороны (нистагм с изменением геотропного направления) и длительностью менее 1 мин. Нистагм более выражен при повороте головы в сторону пораженного уха.

4. Другие причины головокружения и нистагма исключены.

Помимо этого, нами проведено анонимное анкетирование оториноларингологов. Опрос проведен среди 198 врачей, ответы получены от 80 человек. На вопрос о том, какой тактики придерживается анкетированный врач при подозрении на наличие ДППГ у пациента, были получены ответы, представленные в таблице 1.

Таблица 1. Предпочитаемая тактика при подозрении на доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение по результатам анкетирования врачей-оториноларингологов

| Тактика | n | % |
|---|----|------|
| Направляю к неврологу | 14 | 17,5 |
| Направляю к другому оториноларингологу | 8 | 10,0 |
| Направляю к отоневрологу | 11 | 13,7 |
| Самостоятельно провожу диагностические маневры | 0 | 0 |
| Самостоятельно провожу диагностические и лечебные маневры | 17 | 21,3 |
| Направляю на инструментальное обследование (МРТ, УЗИ и/или др.) | 25 | 31,3 |
| Другое | 1 | 1,2 |
| Таких пациентов у меня нет | 4 | 5,0 |
| Итого: | 80 | 100 |

Результаты и обсуждение

В структуре заболевания преобладало поражение заднего полукружного канала – 209 пациентов (82,4 %) из 254. Горизонтальный полукружный канал вовлекался в процесс реже – 34 пациента (13,3 %). Сочетанное поражение (поражение двух и более каналов с одной либо с обеих сторон – 11 (4,3 %), в том числе у 1 пациента было выявлено поражение переднего полукружного канала. При выявлении типичной картины ДППГ сразу выполнялись лечебные маневры Эпли, Семонта, Лемперта (BBQ), Яковино, Гуффони, Зумма в зависимости от типа ДППГ (канало- или купулолитиаз) и от пораженного канала. Проводилось разъяснение пациенту сути заболевания. Затем,

в рамках первого же приема повторно контролировали достижение ремиссии диагностическими позиционными маневрами. При двустороннем поражении лечебные маневры начинали с той стороны, на которой симптоматика была более выражена. При выраженной тошноте осмотр прерывался, назначался на другой день. За 40 минут до выполнения маневров пациенту рекомендовался однократный прием дименгидрината в дозе 50 мг. Повторный осмотр назначался через 5–7 дней. При хорошем результате (отсутствие приступов позиционного головокружения, в том числе при диагностических приемах во время осмотра) дополнительные исследования и медикаментозное лечение не назначались. При рецидивирующем течении пациентов обучали упражнениям Брандта-Дароффа, повторно выполняли репозиционные маневры. При отсутствии улучшения, при необходимости дифференциального диагноза или при подозрении на сопутствующие заболевания пациенты направлялись на консультацию невролога, отоневролога.

Анкетирование среди оториноларингологов демонстрирует избыточное использование дополнительных методов диагностики. В настоящий момент в литературе отдельно отмечается отсутствие необходимости в дополнительных исследованиях при соответствии критериям диагноза ДППГ [2, 3, 6]. Несомненно, что для улучшения диагностики и лечения ДППГ, уменьшения количества дополнительных, не всегда необходимых и дорогостоящих исследований требуется введение ДППГ в клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с оториноларингологическими заболеваниями с указанием объема обследования.

Выводы

1. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение – часто встречающееся заболевание. В структуре заболевания превалирует поражение заднего полукружного канала – 82,4 %. Реже выявляется поражение горизонтального полукружного канала – 13,3 % и сочетанное поражение нескольких каналов – 4,3 %.

2. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение чаще встречается у женщин (77,2 %).

3. Диагностические и лечебные маневры при доброкачественном позиционном головокружении в большинстве случаев являются достаточными как для диагностики, так и для лечения.

4. Диагностические маневры должны выполняться всем пациентам с рецидивирующим характером головокружения.

5. Диагностика и лечение доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения доступны врачам-оториноларингологам на амбулаторном этапе.

6. Введение доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения в клинические протоколы диагностики и лечения пациентов с оториноларингологическими заболеваниями с указанием критериев диагноза позволит акцентировать внимание врачей-оториноларингологов, а также врачей других специальностей на диагностике и лечении этого состояния.

Литература

1. Зайцева, О. В. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение: современное представление о клинике, диагностике, лечении / О. В. Зайцева // *Consilium Medicum*. – 2018. – Т. 20, № 9 – С. 47–49.
2. Брандт, Т. Головокружение / Т. Брандт, М. Дитерих, М. Штрупп. – М.: «Практика», 2009. – 200 с. + 1 электр. опт. диск (DVD-ROM).
3. Бронштейн, А. Головокружение / А. Бронштейн, Т. Лемперт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 216 с.
4. Марьенко, И. П. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение: современный взгляд на диагностику, классификацию и лечение / И. П. Марьенко, С. А. Лихачев // *Оториноларингология. Восточная Европа*. – 2019. – Т. 9, № 2. – С. 179–189.
5. Самарцев, И. Н. Головокружение. Патогенетическая реконструкция и практические рекомендации / И. Н. Са-

марцев, С. А. Живолупов. – М.: «Другое издательство», 2019. – 200 с.

6. *Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update)* / N. Bhattacharyya [et al.] // *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. – 2017. – Vol. 156, № 3 suppl. – P. 1–47.

7. *Оториноларингология: национальное руководство* / В. Т. Пальчун [и др.]. – 2-е изд., перераб. и доп.; под ред. В. Т. Пальчуна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1024 с.

References

1. Zajceva, O. V. Dobrokachestvennoe paroksizmal'noe pozicionnoe golovokruzhenie: sovremennoe predstavlenie o klinike, diagnostike, lechenii / O. V. Zajceva // *Consilium Medicum*. – 2018. – Т. 20, № 9. – С. 47–49.
2. Brandt, T. Golovokruzhenie / T. Brandt, M. Diterih, M. Shtrupp. – М.: «Praktika», 2009. – 200 s. + 1 elektr. opt. disk (DVD-ROM).
3. Bronshtejn, A. Golovokruzhenie / A. Bronshtejn, T. Lempert. – М.: GEOTAR-Media, 2020. – 216 s.
4. Mar'enko, I. P. Dobrokachestvennoe paroksizmal'noe pozicionnoe golovokruzhenie: sovremennij vzglyad na diagnostiku, klassifikaciyu i lechenie / I. P. Mar'enko, S. A. Lihachev // *Otorinolaringologiya. Vostochnaya Evropa*. – 2019. – Т. 9, № 2. – С. 179–189.
5. Samarcev, I. N. Golovokruzhenie. Patogeneticheskaya rekonstrukciya i prakticheskie rekomendacii / I. N. Samarcev, S. A. Zhivolupov. – М.: «Drugoe izdatel'stvo», 2019. – 200 s.
6. *Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update)* / N. Bhattacharyya [et al.] // *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. – 2017. – Vol. 156, № 3 suppl. – P. 1–47.
7. *Otorinolaringologiya: nacional'noe rukovodstvo* / V. T. Pal'chun [et al.]. – 2-e izd., pererab. i dop.; pod red. V. T. Pal'chuna. – М.: GEOTAR-Media, 2020. – 1024 s.

Поступила 28.04.2022 г.