

**ПОЗИЦИОННОЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ,
ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

А.Н. Давлетбакова

Государственное учреждение «Клиническая больница Управления делами Президента и Правительства Кыргызской Республики» (директор- д.м.н., проф. Баитова Г.М.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: anarina61@mail.ru

Резюме: представлены отоневрологическая диагностика и лечение пациентов с доброкачественным позиционным периферическим головокружением (ДППГ), как наиболее часто встречающейся патологии вестибулярного анализатора. Комплексное клинико-функциональное обследование выявило большую частоту встречаемости заболевания у лиц пожилого возраста. Также подтверждена высокая эффективность лечения ДППГ в этой возрастной группе при помощи щадящих репозиционных маневров, таких как маневр Эпли и Брандта-Дароффа

Ключевые слова: доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, репозиционные маневры, вестибулярная реабилитация.

**КЫЙМЫЛАРАКЕТ УЧУРУНДАГЫ БАШ АЙЛАНУУСУНУН КУРАК
АСПЕКТТЕРИ**

А.Н. Давлетбакова

«Кыргыз Республикасынын Президентинин жана Окмютунун иш башкармасынын клиникалык ооруканасы» Мамлекеттик мекемеси (директор- м.и.д., проф. Баитова Г.М.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: бейтаптарда коп кездешуучу кыймыл аракет учурундагы баш айлануусуна вестибулярдык анализатордун жабырлануусуна диагноз коюу жана дарылоо ыкмасы сунушталат. Жургузулгон комплекстик клиникалык-функционалдык текшеруудо бейтаптардын кыймыл аракет учурунда баш айлануусу кобунчо улгайган бейтаптарда кездешет. Откорулгон репозициялык ыкмалар бейтаптарды дарылоодо жогорку денгээлдеги натыйжаларды корсотту

Негизги создөр: кыймыл аракеттин учурундагы баштын айлануусу, ондо ыкмалары, вестибулярдык калыбына келтируу.

PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO, GERONTOLOGICAL ASPECTS

A.N. Davletbakova

Clinical hospital of the administrative department of Presidential and Government
of the Kyrgyz Republic (Director- d.m.s., Baitova G.M.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: here considered the up-to-date bedside otoneurological examination of the dizzy patients with benign positional peripheral vertigo (BPPV), as the most common pathology of the vestibular analyzer. A comprehensive clinical and functional examination revealed a greater incidence of the disease in the elderly. The high efficacy of BPPV treatment in this age group has also been confirmed by using gentle maneuver such as Epley and Brandt-Daroff exercises

Key words: benign paroxysmal positional dizziness, repositional maneuvers, vestibular rehabilitation.

Введение. Сложившиеся стереотипы ведения пожилых пациентов с головокружением зачастую не предусматривают репозиционные тесты, как основу диагностики доброкачественного позиционного пароксизмального периферического головокружения (ДППГ), являющегося самым частым вариантом вестибулярного расстройства. Между тем, ведущей причиной периферических вестибулопатий является ДППГ, распространенность которого, по данным ряда авторов, достигает 80% всех случаев позиционного головокружения [1]. Каждый третий человек старше 70 лет испытал приступ позиционного головокружения, как правило идиопатической, дегенеративной формы заболевания. Среди симптоматических случаев отмечается черепно-мозговая травма, чаще у молодых. Болезнь Меньера, вестибулярный нейронит, длительный постельный режим и хирургические операции, как общеполостные, так и отолгические (стапедопластика, тимпаноластика) также могут привести к развитию ДППГ [2]. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение может проявляться в любом возрасте, но гораздо чаще встречается у пожилых людей из-за постоянной деградации отолитового рецептора. Обычной причиной нарушений метаболизма кальция является дефицит витамина D, что подтверждено Yang и др. [3]. Авторами выявлено, что у пациентов с не диагностированным ДППГ чаще наблюдалась депрессия, падение в течение предыдущих 3 месяцев и снижение активности повседневной жизни [4].

Многие периферические и центральные расстройства могут вызывать позиционный нистагм, поэтому следует провести дифференциальную диагностику таких клинических проявлений по поводу ДППГ. Наиболее часто встречающиеся в старшей возрастной группе центральные нарушения, с позиционным головокружением, включают преходящую вертебробазилярную ишемию и центральное позиционное головокружение. Отсутствие очаговой неврологической симптоматики, особенности позиционного нистагма в провокационных пробах, регресс нистагма и головокружения после проведения лечебных РМ позволяет исключить центральный генез вестибулопатии [5]. У пожилых пациентов прием некоторых лекарственных средств, включая антидепрессанты, транквилизаторы,

анксиолитики, седативные средства, могут вызывать позиционное головокружение и приводить к усугублению гериатрических синдромов и развитию потенциально опасных состояний - риска падений [6]. Это диктует необходимость использования альтернативных препаратов и схем лечения, включая нефармакологические методы (уровень убедительности рекомендаций С, степень достоверности доказательств 3) [7]). По данным Американского гериатрического общества подтверждена эффективность вестибулярной реабилитации и позиционных маневров в модификации Брандта-Дароффа [8]. Применение их приводит к уменьшению головокружения у пациентов с нестабильностью старения и даже при отсутствии конкретного диагноза.

Материалы и методы. Обследовано 24 пациента- 1я группа: молодого возраста (средний возраст составил- 40 лет) – 12 пациентов; из них 6 мужчин и 6 женщин. 2я группа- пожилого возраста (средний возраст составил 65 лет) - 12 пациентов, из них 6 мужчин и 6 женщин. Все выбранные пациенты с жалобами на головокружение находились на лечении в стационаре Клинической больницы вышеуказанного учреждения. Комплексное обследование пациентов с головокружением включало осмотр отоларинголога, невролога. По показаниям пациенты консультировались также кардиологом. Всем пациентам проводилось общеклиническое, биохимическое обследование с обязательным определением липидного спектра, а также ультразвукового дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий. Клиническое обследование включало исследования статического и динамического равновесия. Стато-координаторные и статокинетические пробы включали выполнение пальце-пальцевой пробы, адиадохокinez, простой и сенсibilизированной позы Ромберга, ходьбы по прямой с закрытыми глазами и фланговой походки. При исследовании глазодвигательных реакций проводили определение нистагма (спонтанный, оптокинетический), тест энергичного встряхивания головы и проверку вестибулоокулярного рефлекса и др.

Проведены тесты Дикса-Холлпайка и Roll- тест всем пациентам с подозрением на ДППГ. Репозиционные маневры (РМ) Эпли (рис.1), Семонт и гимнастика Брандта-Дароффа назначены при выявленном ДППГ.

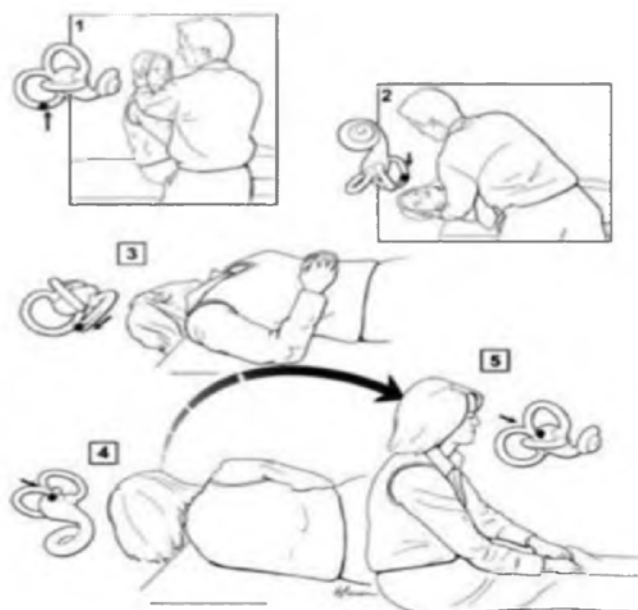


Рис. 1. Маневр Эпли: процедура репозиции каналов для правого заднего полукружного канала.

В каждой последовательной позиции голова удерживается в течение- симптомы+ 30 секунд

1. Исходное положение - пациент сидит на кушетке вдоль нее, голова повернута на 45 градусов вправо
2. Укладка быстрым движением, голова свешивается с кушетки, как при пробе Дикса-Холлпайка.
3. Поворот головы на 90 градусов в противоположную сторону
4. Поворот головы вместе с туловищем на 90 градусов, носом в пол
5. Пациент усаживается с опущенной головой к правому плечу

Клинический случай: больной Б, 60 лет, обратился к отоларингологу с жалобами на приступы головокружения, которые возникли после падения головой на диван. При малейшем повороте головы, все предметы вращались вокруг, с ощущением дереализации - смены пола и потолка, казалось, что он упадет на потолок. Приступы головокружения носят кратковременный характер, до 20-30 секунд и сопровождаются тошнотой, реже рвотными позывами, неустойчивостью. Приходилось держать неподвижно голову, чтобы избежать головокружения. Была вызвана СМП-неврологическая бригада, которая исключила инсульт, со слов пациента, рекомендовали обратиться к участковому врачу. Пациент был обследован в ЦСМ: МРТ головного мозга выявило дисциркуляторную энцефалопатию и признаки умеренного синусита. Проведено также ультразвуковое дуплексное сканирование

брахиоцефальных артерий с заключением вертебро-базиллярной недостаточности. Неврологом были назначены вазоактивные средства, однако приступы головокружения сохранялись. Жалоб на снижение слуха, шума или заложенности в ушах не отмечает. В анамнезе – без указаний на повышения АД, головных болей. При обследовании: общее состояние удовлетворительное. АД – 120/70 мм рт. ст., ЧСС – 80 уд/минуту, PS ритмичный. ЛОР-осмотр: визуально не выявлено острой и хронической патологии. Отоскопия: AD=AS-Mt тускло-серой окраски, опознавательные пункты контурируются. Прессорная проба-отрицательна. Неврологический статус: очаговых неврологических симптомов не выявлено. Функциональное обследование вестибулярного анализатора проведено с использованием специфических проб и методик (табл. 1-3).

Таблица 1 - Стато-координаторные и статокинетические пробы

Пальце-пальцевая проба	выполняет
Адиадохокинез	нет
В простой позе Ромберга	устойчив
В сенсibilизированной позе Ромберга	устойчив
Ходьба по прямой с закрытыми глазами	выполняет
Фланговая походка	выполняет

Таблица 2 - Исследование глазодвигательных реакций

Спонтанный нистагм - явный	не выявлен
Спонтанный нистагм - скрытый	не выявлен
Тест энергичного встряхивания головы	отрицательный
Вестибулоокулярный рефлекс	сохранен
Зрительные саккады	не нарушены
Плавное зрительное слежение	не нарушено
Оптокинетический нистагм	не нарушен

Таблица 3 - Репозиционные маневры

Маневр укладывания на бок	вертикальный нистагм вверх при укладывании на правый бок
Проба Дикса-Холлпайка	при повороте головы вправо - положительная; при повороте головы влево- отрицательная
Roll-test (проба Pagnini-McClure)	отрицательная в обе стороны

Исходя из особенностей головокружения, отсутствия других очаговых неврологических нарушений, положительной пробы Дикса – Холлпайка и некоторого истощения нистагма, регистрируемого при повторении пробы, выставлен диагноз «Доброкачественное позиционное пароксизмальное периферическое головокружение. Каналолитиаз правого заднего полукружного канала». Пациенту проведен репозиционный маневр Эпли (рис. 1) для правого заднего полукружного канала. Результат лечения – регресс головокружений и нистагмов за 1 сеанс. Вазоактивные средства, назначенные ранее, были отменены. На повторном осмотре через неделю пациент отметил отсутствие головокружений. Контрольно-диагностическая проба Дикса–Холлпайка была отрицательной.

Результаты: среди обследованного контингента из 24-х пациентов двух возрастных групп выявлено 6 случаев заболевания ДППГ. Распространенность ДППГ распределилась следующим образом: в 1й группе (молодой возраст) выявлено 2 случая ДППГ, из них 1 мужчина с постравматическим генезом заболевания; 1 девушка с вестибулярным нейронитом с исходом в ДППГ. Во 2й группе (пожилой возраст) выявлено 4 пациента с ДППГ: 1 мужчина с сочетанной патологией - болезнь Меньера и ДППГ, сопутствующая патология гипертоническая болезнь II степени; 3 пациента с ДППГ идиопатического генеза, в т.ч. у 1 пациента сопутствующая болезнь цервикокраниалгия вертеброгенного генеза. 2 пожилых пациента также имели дисциркуляторную энцефалопатию смешанного генеза.

Выводы:

1. Большая частота заболеваемости ДППГ у лиц пожилого возраста- 2я группа (4 случая заболевания), по сравнению с 1й группой молодого возраста (2 случая заболевания).

2. Высокая эффективность РМ, в частности маневр Эпли. Предпочтительнее проводить маневр Epley у пожилых, так как он пассивен для пациента и не требует четкой скоординированности действий врача и пациента во время выполнения, в отличие от стремительного переброса при маневре Semont.

3. Выявлено, что ДППГ у пожилых людей не отличается значительно от ДППГ у более молодых пациентов в отношении диагностики и лечения.

Таким образом, своевременно диагностированное доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение и лечение репозиционными маневрами приводят к уменьшению необоснованных медикаментозных назначений. Это также является экономически целесообразным в свете снижения расходов пациентов на дорогостоящие обследования: магнитно-резонансной и компьютерной томографии.

Литература

1. Бронштейн, А. Головокружение/А. Бронштейн, Т. Лемперт; пер. с англ. под ред. В. А. Парфенова-2-е изд.-М: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 216 с.
2. Оториноларингология: национальное руководство / В.Т. Пальчун и др.; глав. ред. В.Т. Пальчун. - 2-е изд. перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 747 с.

3. Yang, C.J Bone mineral density and serum 25-hydroxyvitamin D in patients with idiopathic benign paroxysmal positional vertigo// C.J. Yang, Y. Kim, H.S. Lee // *J Vestib Res.* – 2018. – 27(5–6). – P. 287.

4. Замерград, М.В. Диагностика системного головокружения в амбулаторной практике/М.В. Замерград, В.А. Парфенов // *Неврологический журнал.* – 2013. – №14. – С. 27.

5. Пальчун, В.Т. Клиническое обследование при головокружении: методическое пособие/ В.Т.Пальчун, А.Л.Гусева. - М. - 2015. – С. 35.

6. Ткачева, О.Н. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста: методические руководства/ О.Н. Ткачева, С.В. Недогода.- М., 2018. –31 с.

7. Bhattacharyya, N. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update) // N. Bhattacharyya, S. Gubbels, S. Schwartz. // *J Otolaryngology–Head and Neck Surgery.* – 2017. – Vol. 156. – P. 28