

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение: современное представление о клинике, диагностике, лечении

О.В.Зайцева 

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России. 123182, Россия, Москва, Волоколамское ш., д. 30, корп. 2

 o.v.zaytseva@yandex.ru

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) – наиболее встречающееся вестибулярное расстройство, характеризующееся спонтанными ремиссиями спустя несколько дней или несколько недель от начала заболевания и частыми рецидивами. При ДППГ головокружение системного характера (вестибулярное или истинное) возникает при изменении положения головы (повороты в кровати, запрокидывание головы назад или наклоны вперед) и продолжается, как правило, не более 1 мин. Ежедневные вестибулярные атаки ДППГ могут продолжаться от нескольких дней до нескольких лет. Основной причиной развития ДППГ является отолитиаз. Диагноз ДППГ устанавливается по результатам позиционных тестов. Лечение в виде специфических упражнений (маневров) редко требует длительного медикаментозного сопровождения. При плохой переносимости маневров (яркая вестибуловегетативная симптоматика в виде вращательного головокружения с тошнотой и рвотой) оправдано применение вестибулярных супрессантов.

Ключевые слова: доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение.

Для цитирования: Зайцева О.В. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение: современное представление о клинике, диагностике, лечении. Consilium Medicum. 2018; 20 (9): 47–50. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.9.47-50

Case Reports

Benign paroxysmal positional vertigo: modern approach to clinical presentation, diagnostics and treatment

O.V.Zaytseva 

Research and Clinical Center of Otorhinolaryngology of FMBA of Russia. 123182, Russian Federation, Moscow, Volokolamskoe sh., d. 30, corp. 2

 o.v.zaytseva@yandex.ru

Abstract

Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) is the most common vestibular disorder characterized by spontaneous remissions several days or weeks after the onset of the disease and frequent relapses. In BPPV, dizziness of a systemic nature (vestibular or true) occurs when the position of the head changes (turning in the bed, tipping the head backwards or tilting forward) and lasts, as a rule, no more than 1 min. Daily vestibular attacks of BPPV can last from several days to several years. The main cause of development of BPPV is otolithiasis. Diagnosis of BPPV is determined by the results of positional tests. Treatment in the form of specific exercises (maneuvers) rarely requires prolonged drug support. With poor tolerance of maneuvers (bright vestibular-vegetative symptoms in the form of rotational vertigo with nausea and vomiting), it is justified to use vestibular suppressants.

Key words: benign paroxysmal positional vertigo.

For citation: Zaytseva O.V. Benign paroxysmal positional vertigo: modern approach to clinical presentation, diagnostics and treatment. Consilium Medicum. 2018; 20 (9): 47–50. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.9.47-50

Пациентка А., 56 лет, обратилась в ФГБУ НКЦО с жалобами на короткие (менее 1 мин) эпизоды вращательного головокружения (ощущение переворачивания комнаты) с гипергидрозом, похолоданием кистей рук, сердцебиением, тошнотой, а иногда и рвотой, возникающими в течение последних 13 лет при каждой попытке запрокинуть голову. Впервые непродолжительный эпизод головокружения «как в центрифуге» возник после сеанса массажа шейно-воротниковой зоны, сопровождался однократной рвотой. Пациентка была госпитализирована в отделение неврологии с диагнозом «транзиторная ишемическая атака в вертебробазилярном бассейне», получала инфузионную терапию (вазоактивные и метаболические препараты) и бетатагистин перорально. «Приступы головокружения» стали менее интенсивными, атаксия сохранялась в течение нескольких недель. Через несколько дней после окончания лечения, рекомендованного врачом-неврологом, короткое головокружение стало более интенсивным. В последующем пациентка неоднократно проходила лечение в стационаре и амбулаторно по поводу остеохондроза шейного отдела позвоночника, вертебробазилярной дисциркуляции, приносящее недостаточный и временный эффект. В последние 2–3 года спит полусидя, ночью часто просыпается, боится выходить из дома, опасаясь «приступу-

па», испытывает неуверенность при ходьбе, преимущественно в темноте, «ватность ног», ощущение «геля в голове», боли в области шеи, «деревянность» мышц шеи, старается минимизировать движения шеи и в плечевом поясе, при необходимости поворачивается всем корпусом. Пациентка в течение «нескольких лет» ежедневно принимает Вертигохель по 1 таблетке 3 раза в день, отмечает, что «приступы стали менее выраженными».

При осмотре пациентки: спонтанной отоневрологической симптоматики не выявлено; незначительная бессистемная атаксия в усложненной позе Ромберга, походка неуверенная, с охранительными рефлексами, экспериментальная вестибулярная норморефлексия. Пациентке выполнен тест Dix–Hallpike (Дикс–Холлпайка): вертикально-ротаторный (геотропный) нистагм вправо, затухающий, продолжительностью 43 с, с латентным периодом – 6 с: головокружение сопровождалось бурными психовегетативными реакциями. Установлен диагноз: доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) правого заднего полукружного канала, тревожное расстройство. Выполнен модифицированный лечебный маневр при ДППГ заднего полукружного канала. В течение 3 дней пациентка выполняла рекомендованные ей маневры для самовыполнения при ДППГ. При повторном осмотре и проведе-

нии теста Dix–Hallpike головокружение у пациентки не возникло, нистагм зафиксирован не был. В дальнейшем пациентка с хорошим функциональным эффектом проходила медикаментозное лечение у психотерапевта, подтвердившего ранее установленный диагноз тревожного расстройства.

ДППГ является наиболее частым вестибулярным расстройством, встречающимся примерно у 10% населения [1] и характеризующимся спонтанными ремиссиями спустя несколько дней или несколько недель от начала заболевания [2], рецидивирующим примерно в 1/2 случаев [3].

ДППГ примерно в 2 раза чаще появляется у женщин. Головокружение системного характера возникает при изменении положения головы (повороты в кровати, запрокидывание головы назад или наклоны вперед) и продолжается, как правило, не более 1 мин. Длительность заболевания варьирует от нескольких дней до нескольких лет. При длительном течении заболевания пациенты меняют образ жизни, ограничивают привычные действия, стараясь не провоцировать возникновение головокружения. Пациенты нередко сообщают об ощущении тяжести в голове и/или тошноте, нарушениях равновесия в межприступном периоде [4].

Основной причиной развития ДППГ является отолитиаз (канало- или купулолитиаз). На возможную роль отолитов в возникновении позиционного головокружения в своей диссертационной работе указывал в 1908 г. русский врач С.И.Белинов [5].

Позднее, в 1921 г., Роберт Барани описал основные признаки ДППГ и возникающего при этом позиционного нистагма. Он привел выписку из истории болезни пациентки, у которой приступы системного головокружения возникали только при укладывании на правый бок, носили кратковременный (до полуминуты) характер, сопровождалась тошнотой, при этом визуализировался правосторонний ротаторный нистагм. Если сразу же после прекращения приступа больная поворачивала голову направо, то приступа не возникало, а для его повторного возникновения пациентке необходимо было полежать некоторое время на спине или другом боку [6].

В течение десятилетий врачами разных стран использовались такие термины, как: доброкачественное позиционное головокружение, пароксизмальное позиционное головокружение, вестибулярный литиаз. В 1952 г. M.Dix и C.Hallpike не только описали провокационный позиционный тест, но и ввели используемый по сей день термин «benign paroxysmal positional vertigo» (BPPV) – ДППГ [7].

В настоящее время для постановки диагноза ДППГ придерживаются определенных критериев.

Каналолитиаз заднего полукружного канала (pc-BPPV) [8–18]

1. Периодические атаки позиционного головокружения, возникающие при переворачивании на спину, запрокидывании головы, наклонах головы вперед (например, при завязывании шнурков или мытье волос).
2. Продолжительность головокружения менее 1 мин.
3. Позиционный нистагм с латентным периодом от одной до нескольких секунд при выполнении маневра Dix–Hallpike или бокового маневра [маневр Semont (Семонта)].
4. Нистагм вертикально-ротаторный, геотропный (направлен вниз – к земле), продолжительностью менее 1 мин.
5. Другие причины головокружения и нистагма исключены.

Купулолитиаз заднего полукружного канала (pc-BPPV-cu) [8–18]

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

2. Позиционный нистагм при проведении маневра Dix–Hallpike возникает после небольшой задержки (2–20 с) или без нее, вертикально-ротаторный, геотропный, истоцаемый, продолжительностью 10–40 с. При возврате в вертикальное положение нистагм меняет направление.
3. Другие причины головокружения и нистагма исключены.

Каналолитиаз горизонтального полукружного канала (hc-BPPV)

Для диагностики «горизонтального» ДППГ наиболее показателен вращательный тест Pagnini–McClure (МакКлюра–Пагини) [19]. Пациент лежит на спине, врач резко поворачивает его голову на 90° сначала в одну сторону, потом в другую.

Критерии [8–18]:

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.

Купулолитиаз горизонтального полукружного канала (hc-BPPV-cu)

Для диагностики «горизонтального» ДППГ наиболее показателен вращательный тест Pagnini–McClure [19]. Пациент лежит на спине, врач резко поворачивает его голову на 90° сначала в одну сторону, потом в другую.

Критерии [8–18]:

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 длительностью 1–2 мин, появляющийся после короткого латентного периода или без него, атипичный – направлен вверх (апогеотропный), характерен для купулолитиаза или каналолитиаза с нахождением отоконий в передней ампуле горизонтального полукружного канала. Нистагм более выражен при повороте головы в сторону пораженного уха.
4. Другие причины головокружения и нистагма исключены.

Каналолитиаз переднего канала (ac-BPPV) [8–18]

1. Периодические атаки позиционного головокружения возникают в положении лежа на спине или при переворачивании в положении лежа.
 2. Продолжительность атак менее 1 мин.
 3. Позиционный нистагм появляется сразу или после задержки в течение одной или нескольких секунд при проведении маневров Dix–Hallpike (с одной или с обеих сторон) или в прямом положении на спине со сведенной головой, нистагм с ротаторным компонентом направлен вертикально вниз, его длительность менее 1 мин.
 4. Другие причины головокружения и нистагма исключены.
- Дифференциальная диагностика с мигренозным головокружением и центральным позиционным головокружением представлена в таблице [20].

Наиболее востребованными для лечения ДППГ при поражении заднего полукружного канала являются методы Epley (Эпли) и Semont. При этих маневрах поэтапно изменяется положение головы для выведения свободнопла-

Дифференциальная диагностика позиционного нистагма [20]			
Расстройство	Задержка (летентность)	Продолжительность	Направление
ДППГ заднего (нижнего) полукружного канала	Да	5–30 с	Ротаторный к нижнему уху и вертикальный компонент вверх; обычно реверсивный нистагм после усаживания из положения лежа
ДППГ горизонтального (латерального) полукружного канала, каналолитиаз	Нет	10–60 с	Горизонтальный к земле при любом положении головы на боку
ДППГ горизонтального (латерального) полукружного канала, купулолитиаз	Нет	>2 мин	Горизонтальный от земли при любом положении головы на боку
ДППГ переднего (верхнего) полукружного канала, каналолитиаз	Возможно	<1 мин	Бьющий вниз и ротаторный; быстрый компонент ротаторного нистагма указывает на пораженную сторону
Центральное позиционное головокружение	Обычно нет	Обычно персистирующее	Часто чистый бьющий вверх/вниз; возможны любые комбинации провоцирующих позиций и направлений нистагма
Мигренозное позиционное головокружение	Обычно нет	Обычно персистирующее	Возможны любые комбинации провоцирующих позиций и направлений нистагма

вающих отолитов в преддверие к маточке. Многие специалисты для повышения эффективности метода Epley используют приборы костной вибрации.

Упражнения для самовыполнения при ДППГ (задний правый полукружный канал)

Упражнения для самовыполнения при ДППГ следует повторять 3 раза в течение одного дня или по 1 разу в течение 3 дней подряд. На кушетку следует положить валик на уровне верхней части спины.

1. Исходное положение: сидя, голова повернута на 45° в горизонтальной плоскости в правую сторону.
2. Отклониться назад примерно на 105° в такое положение, чтобы голова немного свисала, провоцируя приступ головокружения. Эта позиция сохраняется в течение 2 мин.
3. Голову повернуть на 90° влево. Эта позиция сохраняется в течение 2 мин.
4. Голову вместе с туловищем повернуть еще на 90° влево. Эта позиция сохраняется в течение 2 мин.
5. Пациент перемещается в положение сидя [21].

Маневр Semont является альтернативным и используется для лечения пациентов с заболеваниями позвоночника и/или ограничением подвижности в шее. В то же время эффективность методов неравнозначна.

Для лечения пациента с пароксизмальным головокружением горизонтального полукружного канала используют метод «барбекю», который заключается в медленном повороте пациента на 360°: в положении лежа пациента последовательно в 4 этапа поворачивают в направлении к здоровому уху на 90° за этап – до тех пор, пока он не примет исходное положение. Свободноплавающие отоконии направляются ампулофугально (от ампулы горизонтального канала) и выходят в сферический мешочек (маточку).

Маневр Gufoni (Гуфони): пациент из положения сидя быстро опрокидывается на бок («здоровая» сторона) и остается в таком положении до прекращения вызванного головокружения (около 2 мин). Затем быстро поворачивает голову на 45° вниз (к полу) и остается в таком положении еще на 2 мин, затем медленно возвращается в исходное положение [22].

Лечение пациента с пароксизмальным головокружением переднего полукружного канала одно из самых непростых, многовариантных и малоэффективных.

T.Rahko предложил маневр, при котором пациент лежит 1 мин на боку со свешенной на 45° вниз головой, затем поднимает голову в горизонтальную плоскость на 1 мин, затем вместе с корпусом поднимает голову вбок еще на 45° на 1 мин и еще на 45° на 1 мин, делая таким образом 180-градусный «поворот». Автор сообщил об успехах у 53 из 57 пациентов [23].

В редких случаях прибегают к хирургическому лечению – пломбировке канала, но это крайняя мера, когда ни один из существующих реабилитационных методов не был сколько-нибудь эффективным и медикаментозное лечение не снизило остроту позиционного головокружения.

Преимущество реабилитационных методик при ДППГ, а не медикаментозного лечения очевидно [24]. Однако при сохранении неустойчивости после проведенных маневров считается эффективным применение беттагистина [25], а при плохой переносимости самих лечебных маневров целесообразно назначение короткими курсами (на время выполнения маневров) вестибулярных супрессантов

Литература/References

1. Von Brevern M, Radtke A, Lezius F et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: A population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78: 710–5.
2. Imai T, Ito M, Takeda N et al. Natural course of the remission of vertigo in patients with benign paroxysmal positional vertigo. *Neurology* 2005; 64 (5): 920–1.
3. Nunez RA, Cass SP, Furman JM. Short and long-term outcomes of canalith repositioning for benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngology Head Neck Surg* 2000; 122: 647–52.
4. Halmagyi GM. Diagnosis and management of vertigo. *Clin Med* 2005; 5: 159–65.
5. Белинов С.И. К вопросу о распознавании заболеваний ушного лабиринта: о влиянии боковых наклонов головы на вестибулярный нистагм. Дис. ... д-ра мед. наук. СПб.: Типография В.Я.Мильштейна, 1908. / Belinov S.I. K voprosu o raspoznavanii zaboolevanii ushnogo labirinta: o vliianii bokovykh naklonenii golovy na vestibulyarnyi nistagm. Dis. ... d-ra med. nauk. SPb.: Tipografiia V.Ia.Mil'shteina, 1908. [in Russian]
6. Barany R. Diagnose Krankheitsercheinungen in berciche des otolithenapparates. *Acta Otolaryngol* 1921; 2: 434–7.
7. Dix MR, Hallpike CS. The pathology, symptomatology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1952; 61: 987–1016.
8. Von Brevern M, Bertholon P, Brandt Th et al. Newman-Toker Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnostic criteria. *J Vestibular Res* 2015; 25: 105–17.
9. Asprella-Libonati G. Pseudo-spontaneous nystagmus: A new sign to diagnose the affected side in lateral semicircular canal benign paroxysmal positional vertigo. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2008; 28: 73–8.
10. Aw ST, Todd MJ, Aw GE et al. Benign paroxysmal nystagmus. A study of its three-dimensional spatio-temporal characteristics. *Neurology* 2005; 64: 1897–905.
11. Baloh RW, Honrubia V, Jacobson K. Benign positional vertigo: Clinical and oculographic features in 240 cases. *Neurology* 1987; 37: 371–8.
12. Baloh RW, Jacobson KM, Honrubia V. Horizontal semicircular canal variant of benign positional vertigo. *Neurology* 1993; 43: 2542–9.
13. Baloh RW, Yue Q, Jacobson KM, Honrubia V. Persistent direction-changing positional nystagmus: another variant of benign paroxysmal positional vertigo? *Neurology* 1995; 45: 1297–301.
14. Bertholon P, Bronstein AM, Davies RA et al. Positional down beating nystagmus in 50 patients: Cerebellar disorders and possible anterior canal semicircular canalolithiasis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72: 366–72.
15. Bertholon P, Antoine JC, Martin C, Michel D. Simultaneous occurrence of a central and a peripheral positional nystagmus during the Dix-Hallpike maneuver. *Eur Neurol* 2003; 50: 248–50.

16. Bertholon P, Chelikh L, Tringali S et al. Combined horizontal and posterior canal benign paroxysmal positional vertigo in three patients with head trauma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2005; 114: 105–10.
17. Bertholon P, Tringali S, Faye MB et al. Prospective study of positional nystagmus in 100 consecutive patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2006; 115: 587–94.
18. Beyea JA, Agrawal SK, Parnes LS. Transmastoid semicircular canal occlusion: A safe and highly effective treatment for benign paroxysmal positional vertigo and superior canal dehiscence. *Laryngoscope* 2012; 122: 1862–6.
19. Lempert T. Horizontal benign positional vertigo. *Neurology* 1994; 44: 2213–4.
20. Бронштейн А., Лемперт Т. Головокружение. Пер. с англ. Е.В.Гузъ. Под ред. В.А.Парфенова. М., 2010. / Bronshtein A., Lempert T. Golovokruzhenie. Per. s angl. E.V.Guz'. Pod red. V.A.Parfenova. M., 2010. [in Russian]
21. Buttner U. Vestibular Dysfunction and Its Therapy, edited by Buttner. *Adv Otorhino-laryngol* 1994; 55: 253.
22. Maranhão ET, Maranhão-Filho P. Horizontal canal benign paroxysmal positional vertigo: diagnosis and treatment of 37 patients. *Arq Neuropsiquiatr* 2015; 73 (6): 487–92.
23. Rahko T. The test and treatment methods of benign paroxysmal positional vertigo and an addition to the management of vertigo due to the superior vestibular canal (BPPV-SC). *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2002; 27 (5): 392–5.
24. Maslovara S, Soldo SB, Puksec M et al. Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV): influence of pharmacotherapy and rehabilitation therapy on patients' recovery rate and life quality. *Neuro Rehabilitation* 2012; 31 (4): 435–41.
25. Cavaliere M, Mottola G, lemma M. Benign paroxysmal positional vertigo: a study of two manoeuvres with and without betahistine. *Acta Otorhinolaryngology Ital* 2005; 25: 107–12.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Зайцева Ольга Владимировна – канд. мед. наук, рук. научно-клинического отд. вестибулологии и отоневрологии ФГБУ НКЦО. E-mail: o.v.zaytseva@yandex.ru