

F. Manz

ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Клиника Липпе-Лемго, Германия

Головокружение относится к наиболее часто встречающимся жалобам пациентов, обращающихся к неврологу. Самым частым является доброкачественное пароксизмальное головокружение положения — ДППП (табл.). Многие пациенты ранее неоднократно обращались к различным врачам по поводу тягостного головокружения, зависящего от изменения положения тела в пространстве и длящегося секунды. Нередко при их обследовании использовались разные инструментальные методы, назначались различные методы лечения, которые оказывались безуспешными.

Таблица

Частота различных форм головокружения (Huppert et al., 1994)

Формы головокружения	Частота, %
Доброкачественное пароксизмальное головокружение положения	21
Фобическое головокружение	17
Центральное вестибулярное головокружение	13
Базиллярная мигрень	6,8
Болезнь Меньера	5,8
Поражение вестибулярного нейрона (острая вестибулопатия)	4
Фистула лабиринта	0,5

И это в то время, когда ДППП может быть диагностировано с достаточной степенью уверенности при помощи прицельного сбора анамнеза и простого неврологически-невро-офтальмологического обследования. Путем же последующего проведения специального “тренировочного” лечения можно значительно улучшить состояние пациента или полностью его излечить. Удивительно, что в современных учебниках неврологии о ДППП упоминается очень кратко или его описание вообще отсутствует.

Головокружение — это неприятное для пациента нарушение системы ориентировки и равновесия. На рис. 1 показана связь между центральным и периферическим отделами вестибулярной системы. Любые раздражения зрительных, вестибулярных и проприоцептивных структур, а также внутренние нарушения вестибулярной системы могут привести к развитию головокружения.

Как следует уже из самого определения, ДППП является особой формой эпизодического периферически-вестибулярного (лабиринтного) головокружения и связано с изменением поло-

жения тела в пространстве. Это головокружение чаще всего имеет место при нарушении функции задних полукружных каналов (рис. 2). Встречается оно у пациентов среднего и старшего возраста, в частности у 30% людей, достигших 70 лет. Максимальная частота заболевания наблюдается на 6—7-м десятилетии жизни. У женщин заболевание встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин.

При переходе из вертикального положения в горизонтальное или подъеме из положения лежа, при разгибании, а также при повороте или наклоне головы у пациентов внезапно возникает сильное ощущение вращения, сопровождающееся тошнотой, обильным потом и рвотой, без ощущения шума в ушах, снижения слуха и каких-либо иных неврологических проявлений. Если пациенты замечают, что быстрое изменение положения тела в какую-нибудь определенную сторону вызывает приступ головокружения, то они часто вырабатывают определенную стратегию движений, чтобы избежать его развития.

При подозрении на периферическое головокружение обследование пациента следует начинать с постуральных тестов (тестов изменения положения тела в пространстве), то есть с маневров изменения положения. Пациента переводят (рис. 3) из положения сидя в положение наклона на предполагаемое пораженное ухо. Следовательно, в случае поражения правой задней аркады тело пациента необходимо наклонить вправо, при этом его голова должна быть повернута на 45° налево. В этом случае направление падения соответствует вращающейся плоскости задней аркады.

После короткого латентного периода вследствие раздражения пораженной задней аркады развивается тяжелое головокружение вращения, сопровождающееся вегетативными симптомами, тенденцией падения в направлении пораженного уха и вперед (вследствие вестибуло-спинального рефлекса), а также преходящим нистагмом (вестибулоокулярный рефлекс) с определенными характеристиками. Нистагм проще всего наблюдать при использовании так называемых френцель-очков со стеклами плюс 20 диоптрий, исключающих возможность фиксации взгляда, которая может привести к депрессии нистагма (рис. 4).

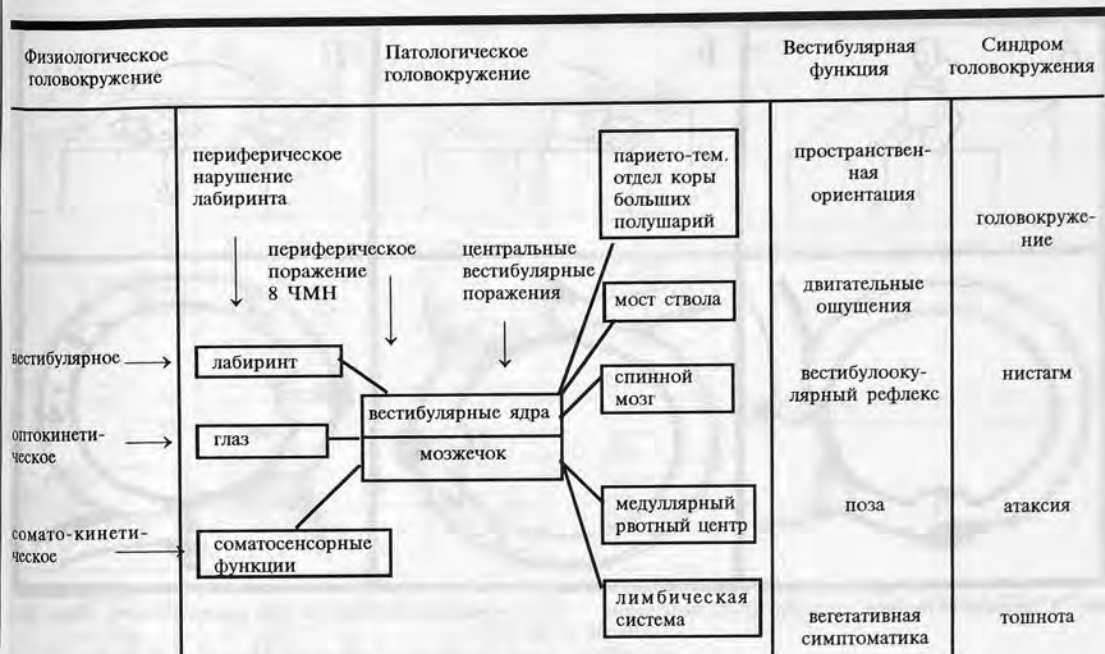


Рис. 1. Классификация различных форм головокружения (Brandt and Daroff, 1980).

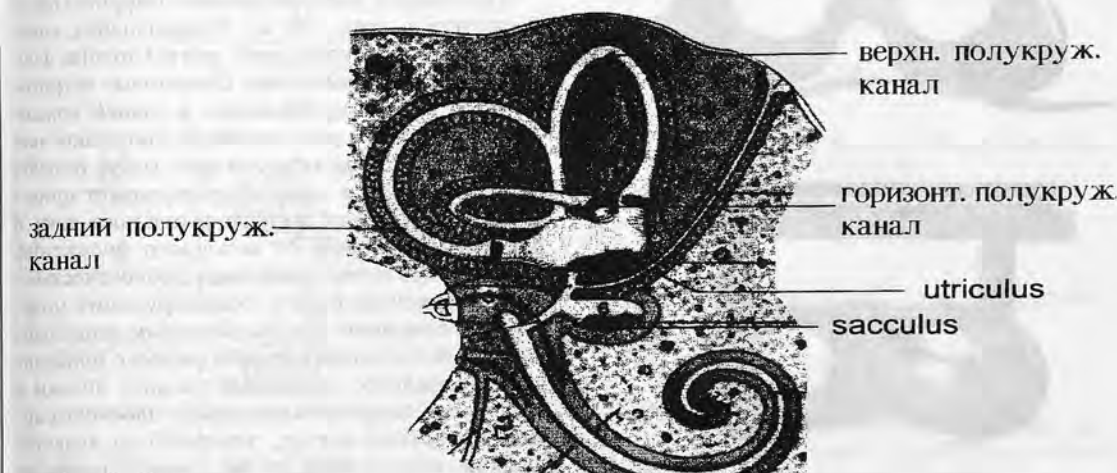


Рис. 2. Анатомия внутреннего уха.

Нистагм при ДППГ имеет следующие характеристики: латентный период — 2—4 секунды, продолжительность 10—30 секунд (в любом случае не более 60 секунд), направление движения («удара» нистагма в сторону уха, находящегося внизу, с ротаторным компонентом (справа — против направления движения часовой стрелки, слева — по направлению ее движения). При выпрямлении туловища из положения лежа направление «удара» нистагма меняется в противоположную сторону.

ДППГ «капризно»: оно возникает не при каждом изменении положения тела с постоян-

ной интенсивностью, его надо искать посредством повторения тестов изменения положения.

Само собой разумеется, каждый пациент должен пройти полное неврологическое, а также кохлео-вестибулярное обследование. В межприступном периоде у пациента никакие неврологические или вестибулярные симптомы не отмечаются.

Исследования патогенеза ДППГ показали, что в большинстве случаев поражается нижняя вертикальная аркада. Возможно, это связано с тем, что ее ампула (в самом ее нижнем отделе)

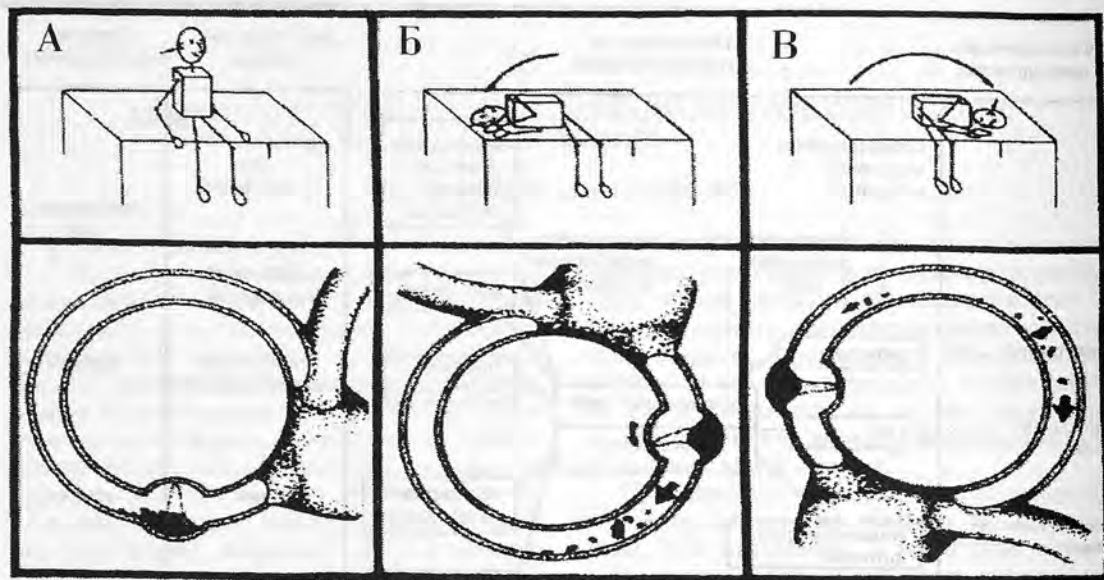


Рис. 3. Доброкачественное головокружение положения — тесты изменения положения тела в пространстве, правое ухо (Brandt et al., 1990).

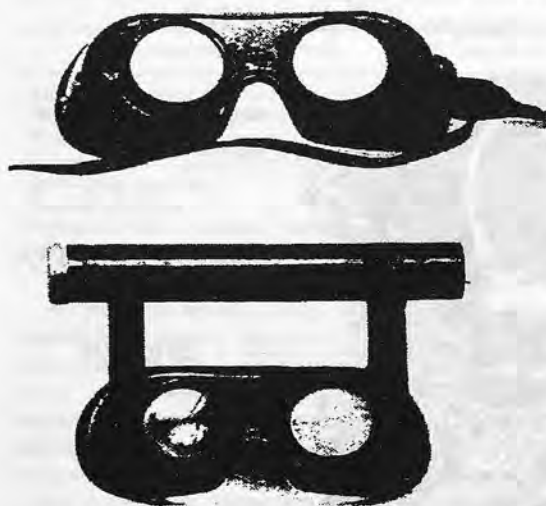


Рис. 4. Очки Френцеля (20 диоптрий).

находится в непосредственной близости к Utriculus (рис. 5).

Наибольшее распространение получило представление о том, что из оторвавшейся кристаллообразной отолитовой части Utriculus формируются так называемые отолитовые детриты, которые могут «дрейфовать» в задней аркаде. При внезапном ротационном движении или воздействии силы тяжести они могут попасть в аркады и это, в свою очередь, может привести к замедлению ампулофугального тока и отклонению Cupula от исходного положения. В настоящее время симптомы доброкачественного пароксизмального головокружения положения объясняют так называемым каналолитиазом. Вестибулоокулярный рефлекс приводит во вращательное движение глазные яблоки в плоскости, перпендикулярной к плоскости аркад. Во всяком случае, эта гипотеза является наиболее приемлемой для толкования механизма ДППП.

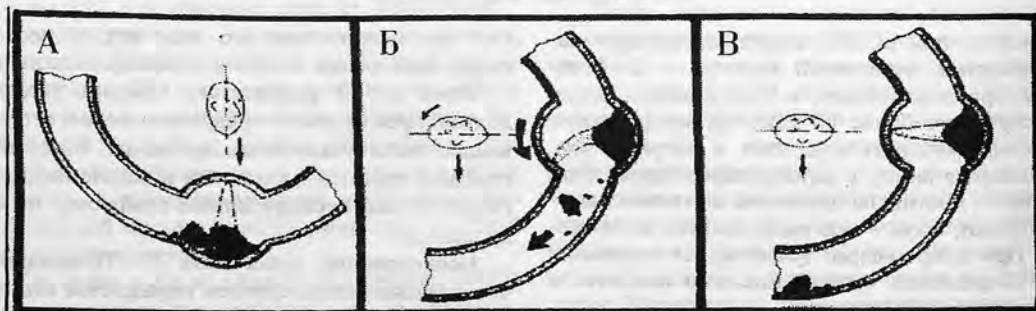
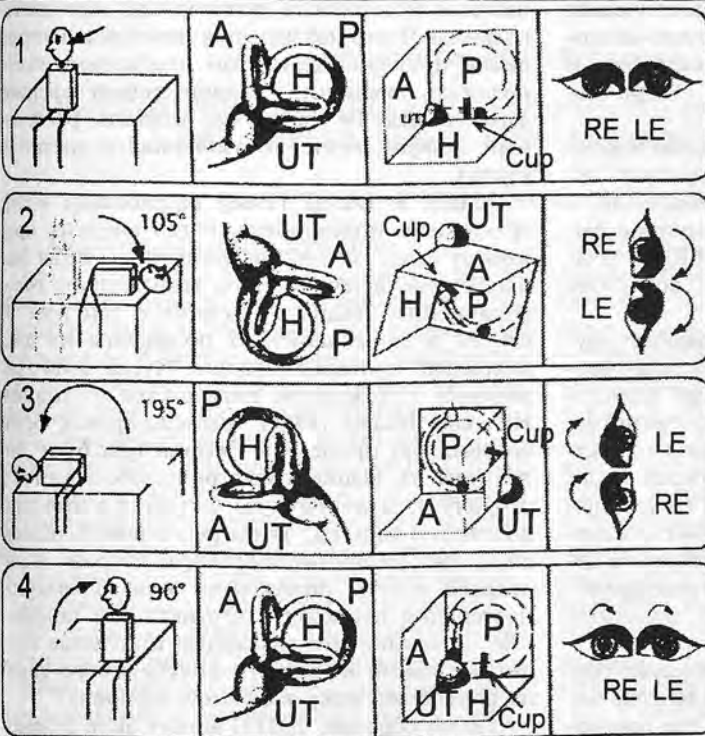


Рис. 5. Скопление отолитовых осколков в заднем полукружном канале.



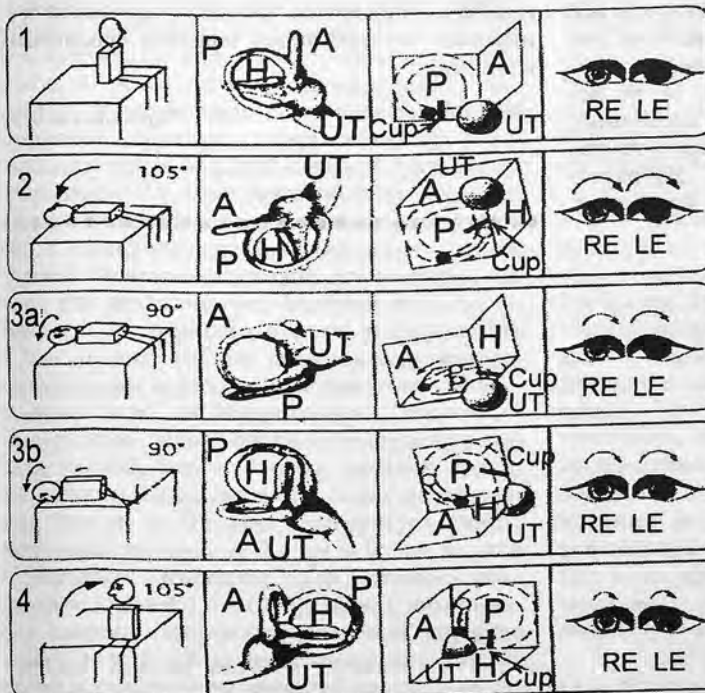
Голова повернута на 45° в сторону пораженного уха.

Больного поворачивают в сторону пораженного уха (положение на боку).

Больного поворачивают на 195° в противоположную сторону лицом вниз.

Пациент медленно приводится в положение сидя.

Рис. 6. Метод избирательных маневров по Семону (Brandt et al., 1996).



Голова повернута на 45° в сторону пораженного (левого) уха.

Больного укладывают на 105° в положение лежа на 3 минуты.

Голова повернута на 90° в сторону здорового (правого) уха. Пациент остается в таком положении 3 минуты.

Голову и туловище больного поворачивают еще на 90° .

Пациент возвращается в исходное положение.

Рис. 7. Метод избирательных маневров по Эплею (модификация Brandt et al., 1996).

Наиболее распространена идиопатическая форма (85%). Как следствие черепно-мозговой травмы может развиваться травматическое головокружение положения (15%). Редко поражаются обе аркады (10%).

Картина заболевания в том смысле доброкачественна, что по истечении нескольких недель (до месяцев), как правило, медленно, а иногда и внезапно наступает спонтанное выздоровление. Персистирующее ДППП встречается редко. После выздоровления возможны рецидивы.

Дифференциальный диагноз охватывает другие периферически-лабиринтные формы головокружения, зависящие от изменения положения головы и движения в пространстве, например головокружение положения при алкоголизме, симптомы фистулы лабиринта (после травм и оперативных вмешательств на ухе, при холестеатомах). Последние протекают с изменением слуха, и это нарушение лабиринта зависит от изменения давления. Головокружение в том случае имеет более короткий латентный период и продолжительнее.

Редко, но также встречаются головокружение положения и нистагм положения при нарушении горизонтальной аркады. Это головокружение может быть спровоцировано ротаторными движениями вокруг оси тела при слегка приподнятом подбородке.

Важнейшим является дифференциальный диагноз ДППП и центрального нистагма положения. При центральном нистагме положения не бывает латентного периода, он не истощается, то есть наблюдается постоянно. Сопровождающее его головокружение незначительно или вообще отсутствует. Направление нистагма является важнейшим критерием:

нистагм может быть ротаторным или диагональным. Часто наблюдается изменение направления нистагма. При этом необходимо предположить поражение в области задней черепной ямки, вблизи IV желудочка (опухоль, рассеянный склероз, вертебробазилярная недостаточность).

Brandt и Daroff [1988] разработали метод тренировки положением, когда пациент принимает одну за другой различные позы неоднократно в течение дня, вызывающие головокружение. Пациент остается в той позе 30 секунд и затем изменяет положение на диаметрально противоположное. Путем этой тренировки положением повышается адаптация. Недавно Brandt [1966] модифицировал освобождающую процедуру Семона (рис.6) и Эплея (рис. 7). Пациент быстро поворачивается в сторону пораженного уха, остается в этом положении 3 минуты, затем резко поворачивается на 180° на противоположную сторону и находится в этом положении снова 3 минуты, постепенно переходя в вертикальное положение. Доказано, что связанные отдельные отолитные камни из заднего полукружного канала высвобождаются в прямой лабиринт.

Таким образом, ДППП может быть диагностирована с большой уверенностью на основании клинических особенностей. Состояние пациентов может быть облегчено или даже излечено с помощью методов физической тренировки, не требующей больших финансовых вложений.

Поступила 18.02.99.