

# Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова

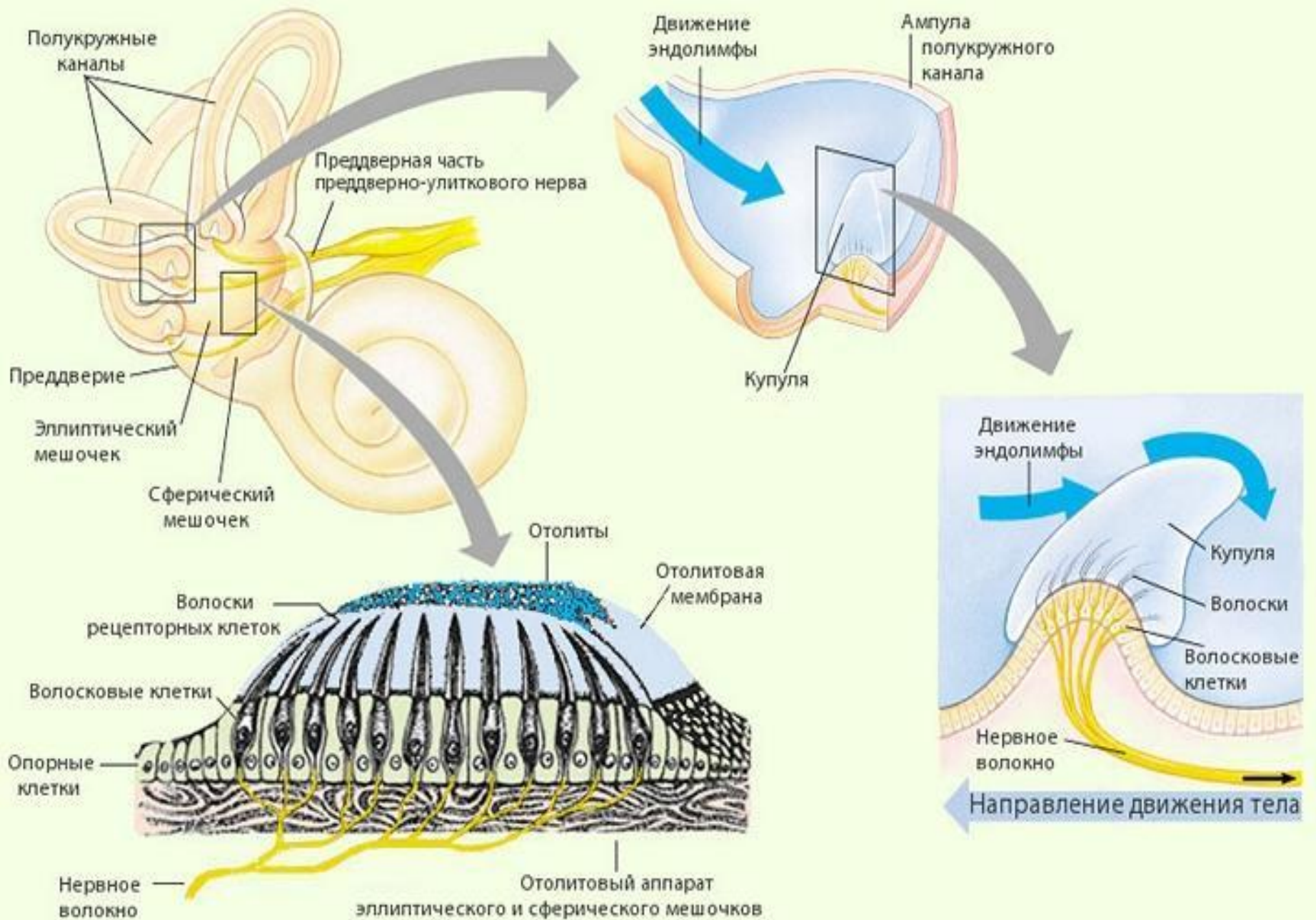
Кафедра оториноларингологии лечебного факультета

*Заведующий кафедрой- профессор Крюков Андрей Иванович  
Куратор СНК- доцент, к.м.н. Кучеров Александр Георгиевич*



**Тема доклада:**  
**Доброкачественное пароксизмальное  
позиционное головокружение ( ДППГ)**

**Выполнила: студентка 1.6.11 В  
Лечебного факультета  
Тютинна Светлана Игоревна**



**Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ)** – это заболевание, проявляющееся кратковременными (менее 1-й минуты) приступами головокружения при изменении положения головы, тела.

**Актуальность вопроса :**

- является самым распространенным заболеванием периферического отдела вестибулярной системы и самой частой причиной головокружения системного характера.
- Лидирует среди причин головокружения у пожилых
- женщины болеют в 2 раза чаще
- 2,4% всех людей хотя бы раз в жизни испытывали приступ ДППГ

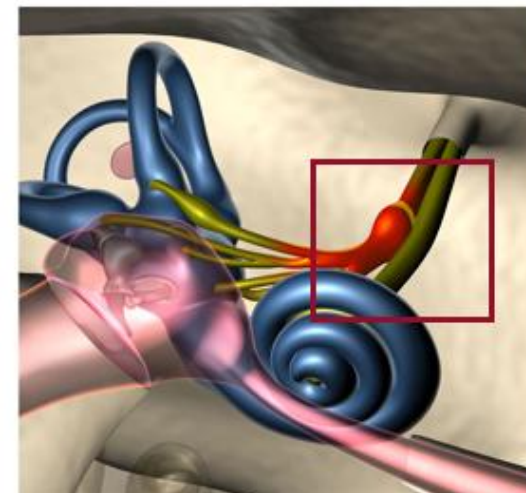
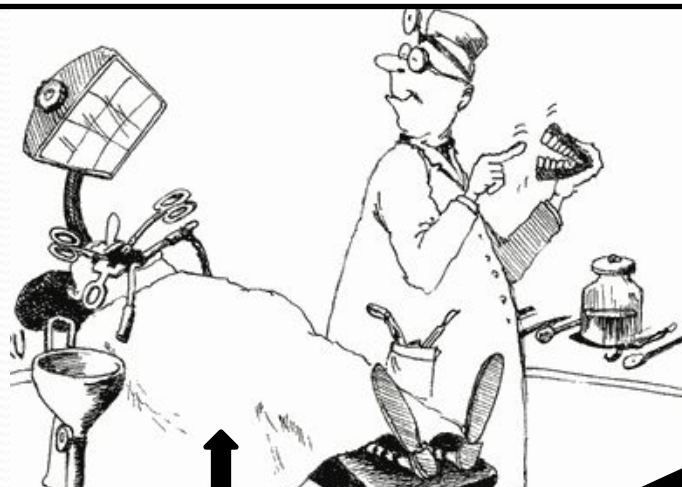




Травма головы

Длительное вынужденное положение с запрокинутой головой

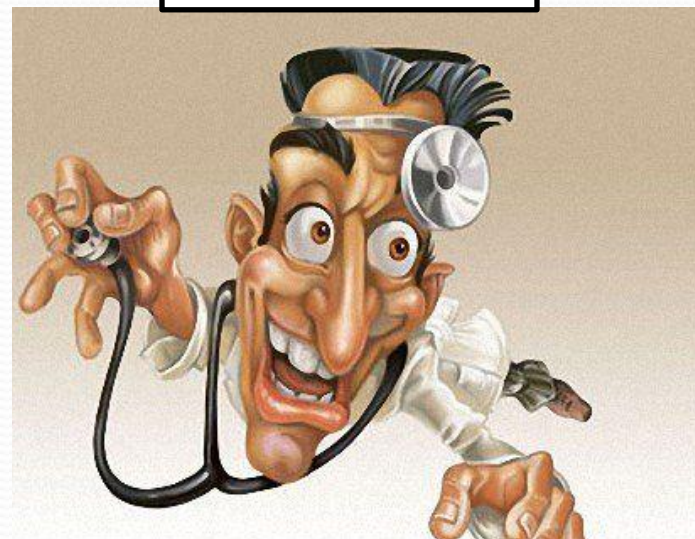
Патология внутреннего уха



# Этиология

Оперативные вмешательства

Возрастная дегенерация

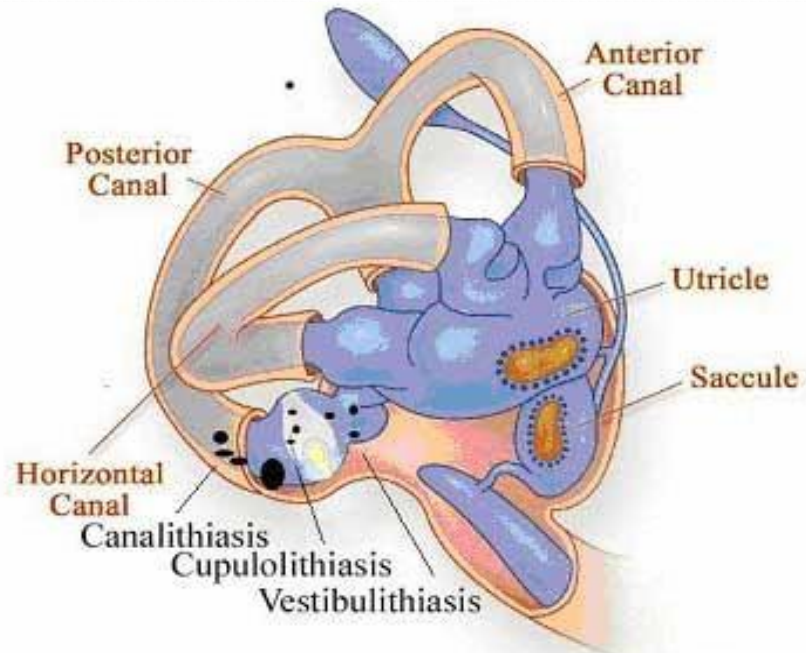


### 3

- Отолиты пятна эллиптического мешочка отделяются и попадают в просвет одного или нескольких полукружных каналов.
- Во время смещения фрагментов отолитов в просвете ПК под действием силы тяжести при поворотах головы возникает движение эндолимфы.
- Смещение эндолимфы стимулирует ампулярный рецептор полукружного канала, вызывая возбуждение нервных окончаний
- Приступ головокружения, появление нистагма.
- Перемещение отолитов в каждом конкретном канале вызывает специфический по направлению нистагм.  
ЗПК- вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом в сторону нижележащего уха  
ГПК-горизонтальный нистагм  
ППК-вертикальный нистагм вниз, иногда со слабым ротаторным компонентом в сторону пораженного уха

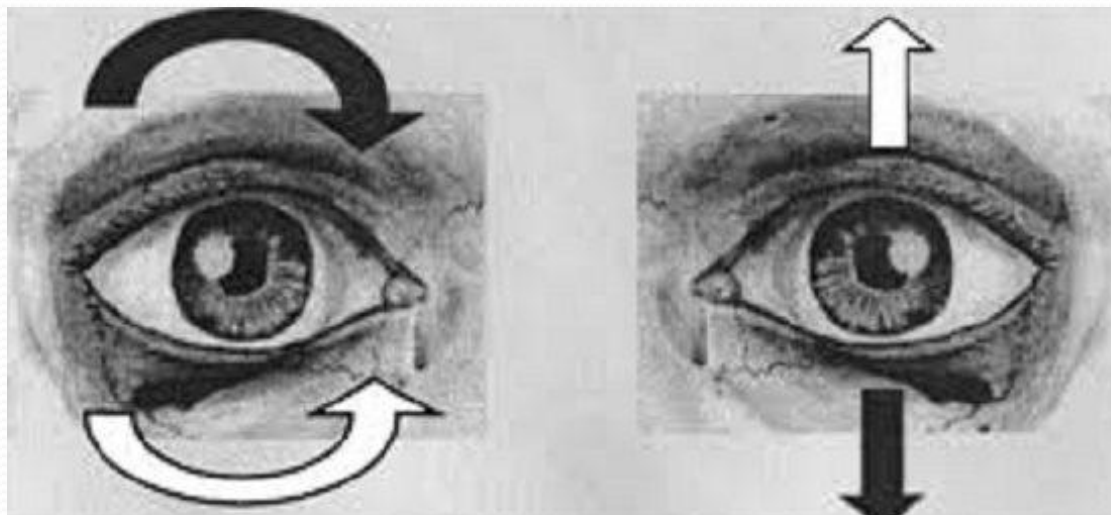
#### Типы ДППГ:

1. Заднего полукружного канала ( ЗПК)  
85-90%
2. Горизонтального полукружного канала (ГПК) 5-10%
3. Переднего полукружного канала (ППК)  
менее 5%
4. Сочетанное поражение ( чаще всего ЗПК и ГПК)



# ДППГ:

- Приступ системного головокружения всегда провоцируется изменением положения головы. ( повороты с бока на бок, вставание с постели и укладывание в нее, запрокидывание головы и др. )
- Провоцирующий головокружение поворот головы совершается в плоскости канала, содержащего мигрированные отолиты
- приступ головокружения всегда сопровождается появлением специфического по направлению нистагма.
- имеется латентный период между совершенным поворотом головы и возникновением головокружения и нистагма — от 1—3 с, реже длительнее, но не более 30 с (время, необходимое для начала смещения отолитов в просвете канала под действием силы тяжести)
- кратковременность приступа — длительность от десятков секунд до нескольких минут
- повторяемость — приступ головокружения и нистагма вызывается при каждом повторном провоцирующем изменении положения головы
- истощаемость — интенсивность головокружения и нистагма уменьшается при повторном провоцирующем изменении положения головы



Купулолитиаз правого горизонтального  
полукружного канала

ДППГ заднего полукружного канала

ДППГ переднего  
полукружного канала



# ТЕСТЫ

- Производятся последовательные наклоны головы, предварительно позиционированной в плоскости одного из полукружных каналов. При этом происходит смещение свободных отолитов под действием силы тяжести в просвете ПК, что вызывает появление нистагма и приступ позиционного вестибулярного головокружения.

- Оценка позиционного нистагма :

- визуально

- очки Френзеля (очки большого увеличения (+20 диоптрий) для устранения влияния фиксации взора.)

- видеонистагмография с одновременной регистрацией результатов проводимого теста и движений глаз пациента





# ДППГ при поражении ЗПК

## Тест Dix- Hallpike

A



B



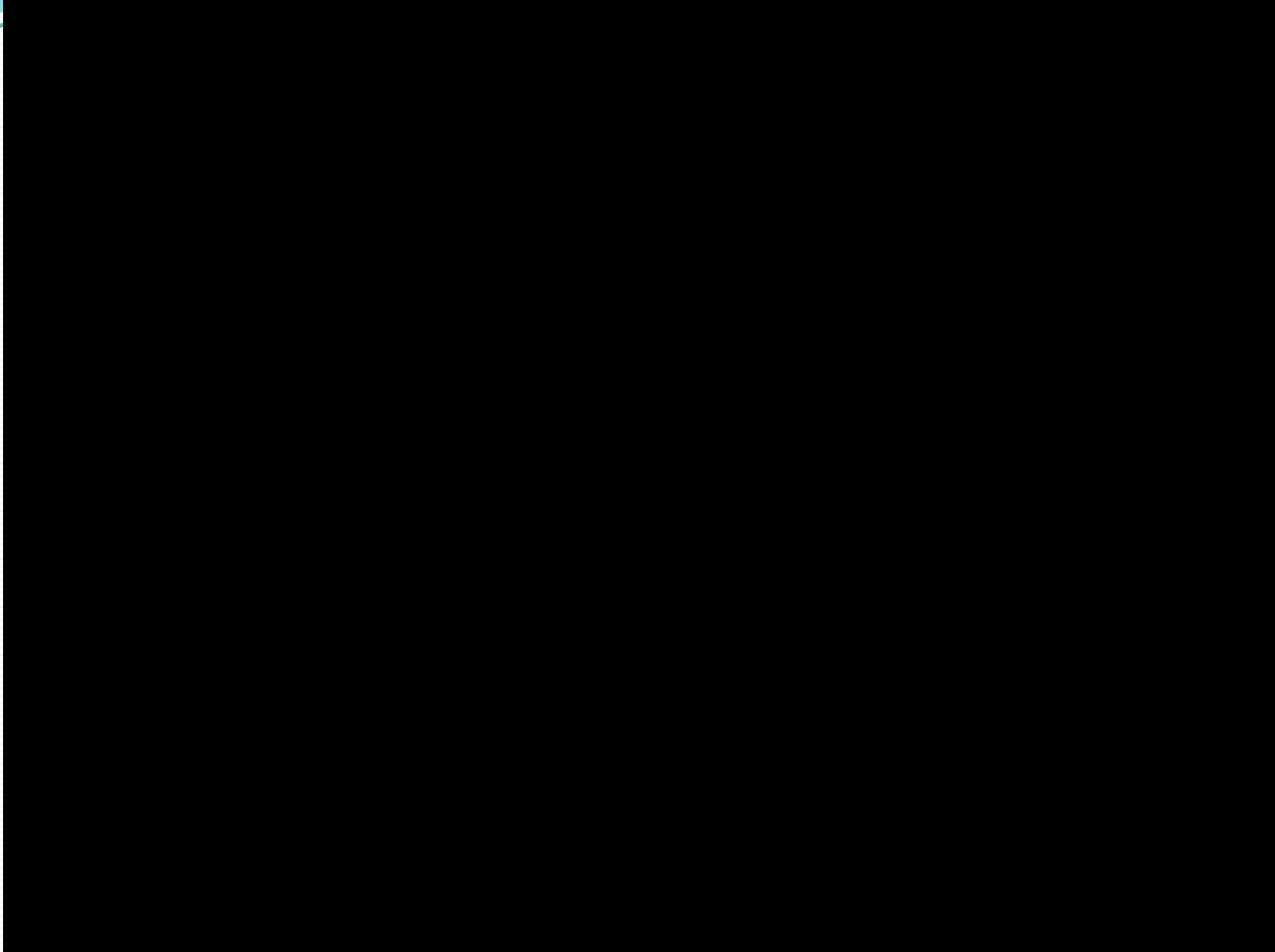
1. пациент сидит на кушетке, голова повернута в исследуемую сторону на  $45^\circ$ .
2. Поддерживая голову пациента, врач укладывает его на спину, при этом пациент запрокидывает голову назад на  $30^\circ$  ниже горизонтального уровня, сохраняя ее первоначальный поворот на  $45^\circ$ .

• Тест считается положительным, если в положении лежа после небольшого латентного периода 1—5 с (максимум 30 сек) возникают головокружение и позиционный нистагм.

• После затухания нистагма и головокружения пациента усаживают в исходное положение, не меняя положения головы. При этом в большинстве случаев спустя 1—3 с снова возникают головокружение и нистагм, который полностью меняет направление.

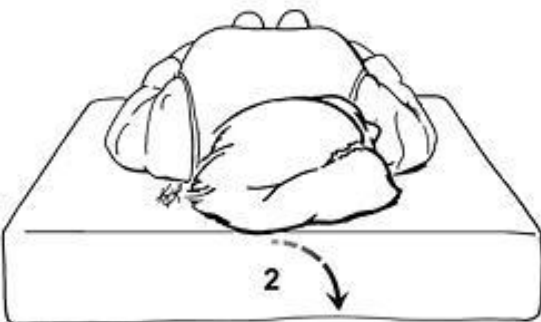
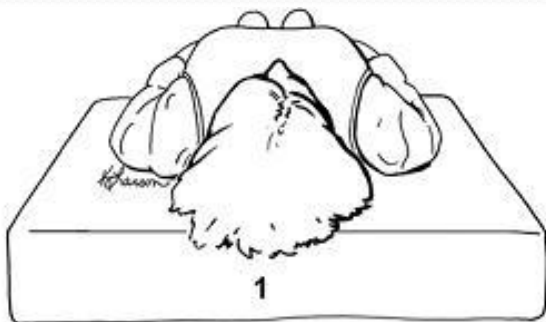
• Для завершения позиционного теста необходимо повторить укладывание пациента с поворотом головы в противоположную сторону.

# Тест Dix-Hallpike



# тест)

## ДППГ при поражении ЗПК



1. Пациент укладывается на спину
2. Врач поворачивает голову пациента в одну из сторон на  $90^{\circ}$  и ожидает появления нистагма
3. Голова возвращается в исходное положение и удерживается в нем до угасания нистагма
4. Процедура повторяется аналогично в противоположную сторону.

- Нистагм будет сильнее и длительнее на той стороне. Где смещение отолитов создает ампулопетальный ток эндолимфы
- Направление нистагма ( геотропный или апогеотропный) при повороте головы указывает на канало- либо купулолитиаз

# Лечебная тактика:

- Часто ДППГ излечивается самостоятельно до обращения к врачу.
- Использование определенной последовательности поворотов головы (репозиционные маневры), при которых отолиты перемещаются из пораженного канала через его гладкое колено обратно в преддверие лабиринта
- Желательно с использованием очков Френзеля или под контролем видеонистагмографии

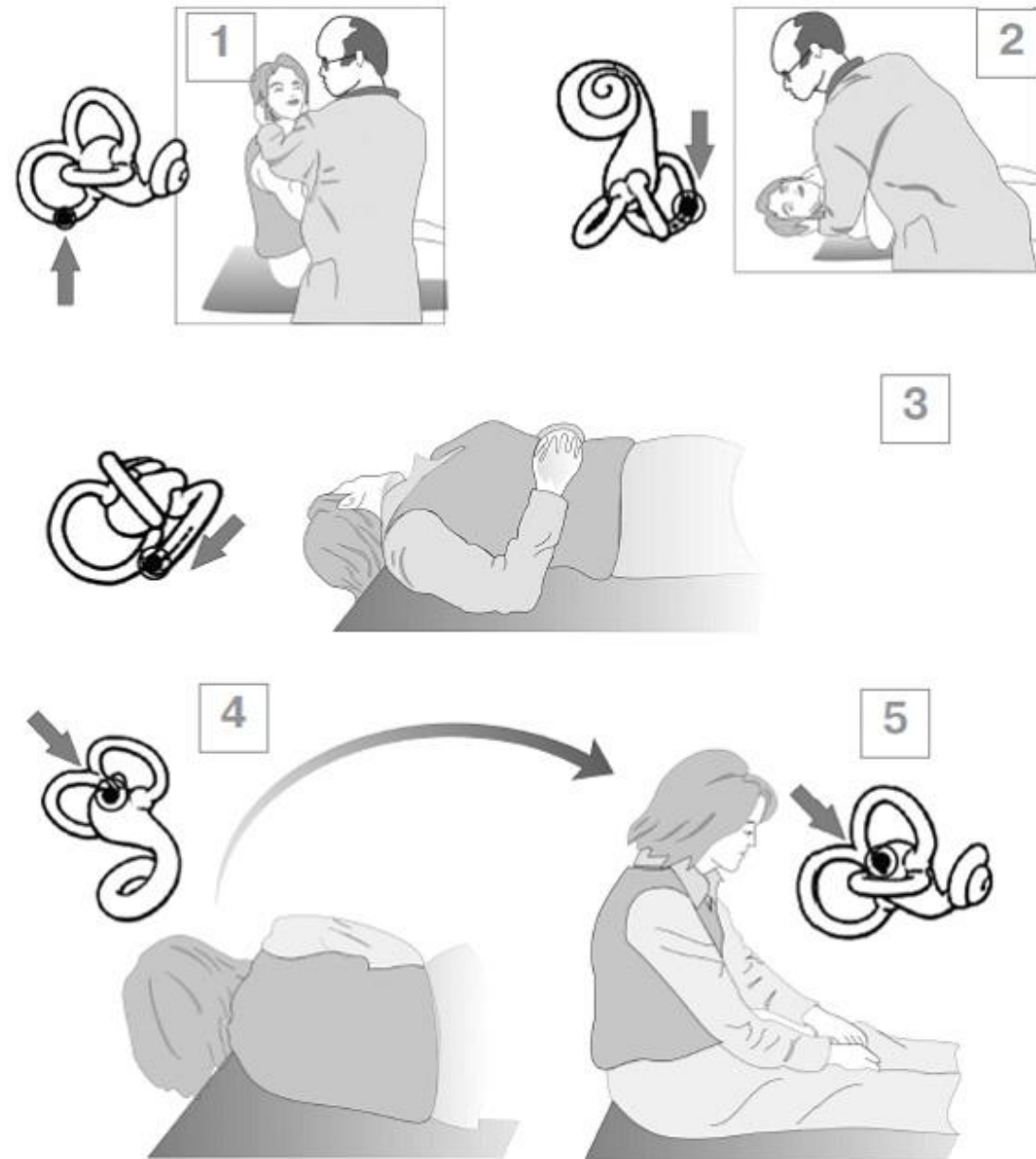


# Лечение ДППГ ЗПК

## Маневр Epley.

1. Поворот головы на  $45^{\circ}$  в сторону поражения
2. Укладываем в этом положении головы на кушетку так, чтобы голова свешивалась вниз на  $30^{\circ}$  (90 сек)
3. Поворот головы в противоположную сторону на  $90^{\circ}$  (90 сек)
4. Поворот головы еще на  $90^{\circ}$  в пол (90 сек)
5. Возвращение в вертикальное положение

# Epley.



1. Поворот головы на  $45^{\circ}$  в сторону поражения

2. Укладываем в этом положении головы на кушетку так, чтобы голова свешивалась вниз на  $30^{\circ}$  (90 сек)

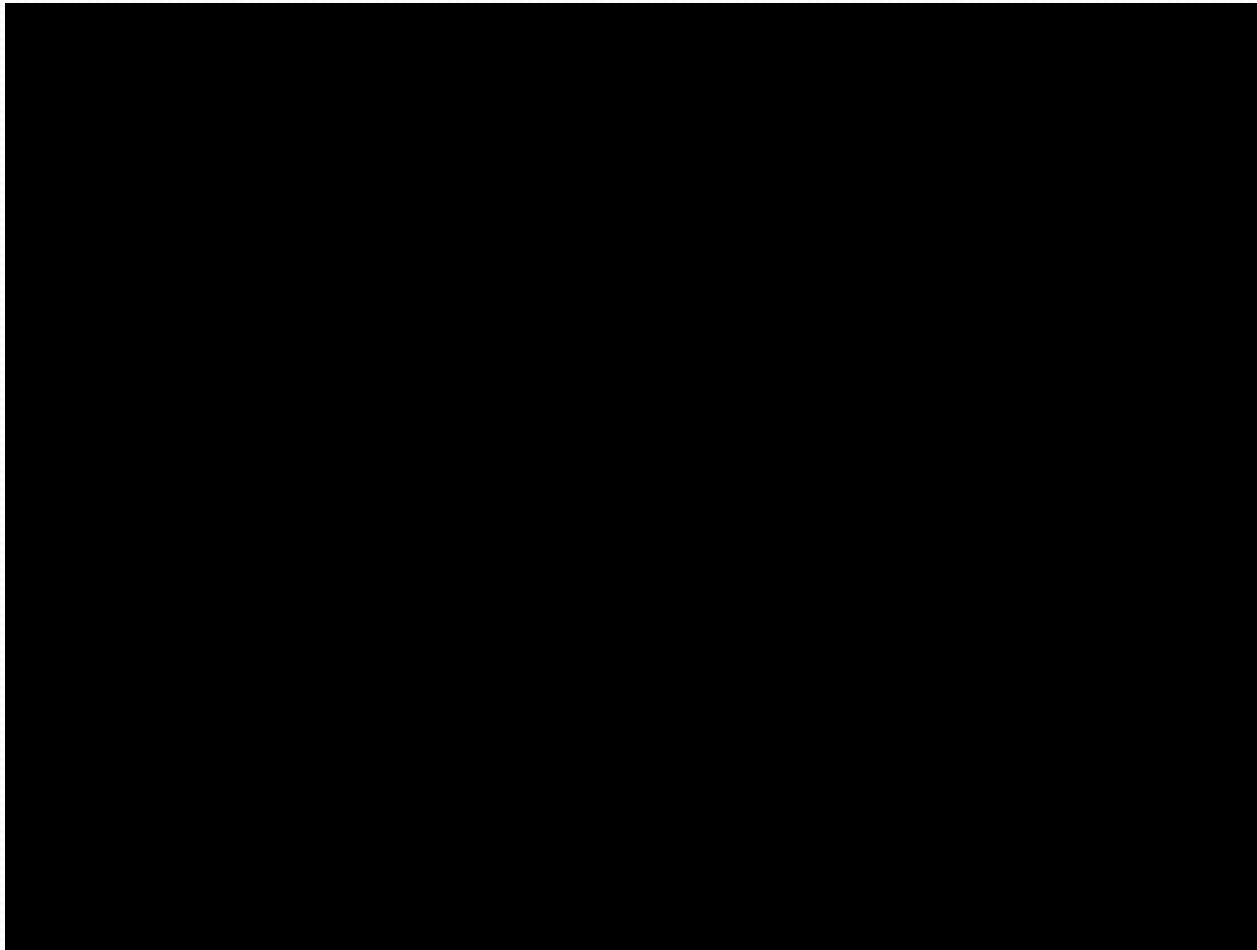
3. Поворот головы в противоположную сторону на  $90^{\circ}$  (90 сек)

4. Поворот головы еще на  $90^{\circ}$  в пол (90 сек)

5. Возвращение в вертикальное положение

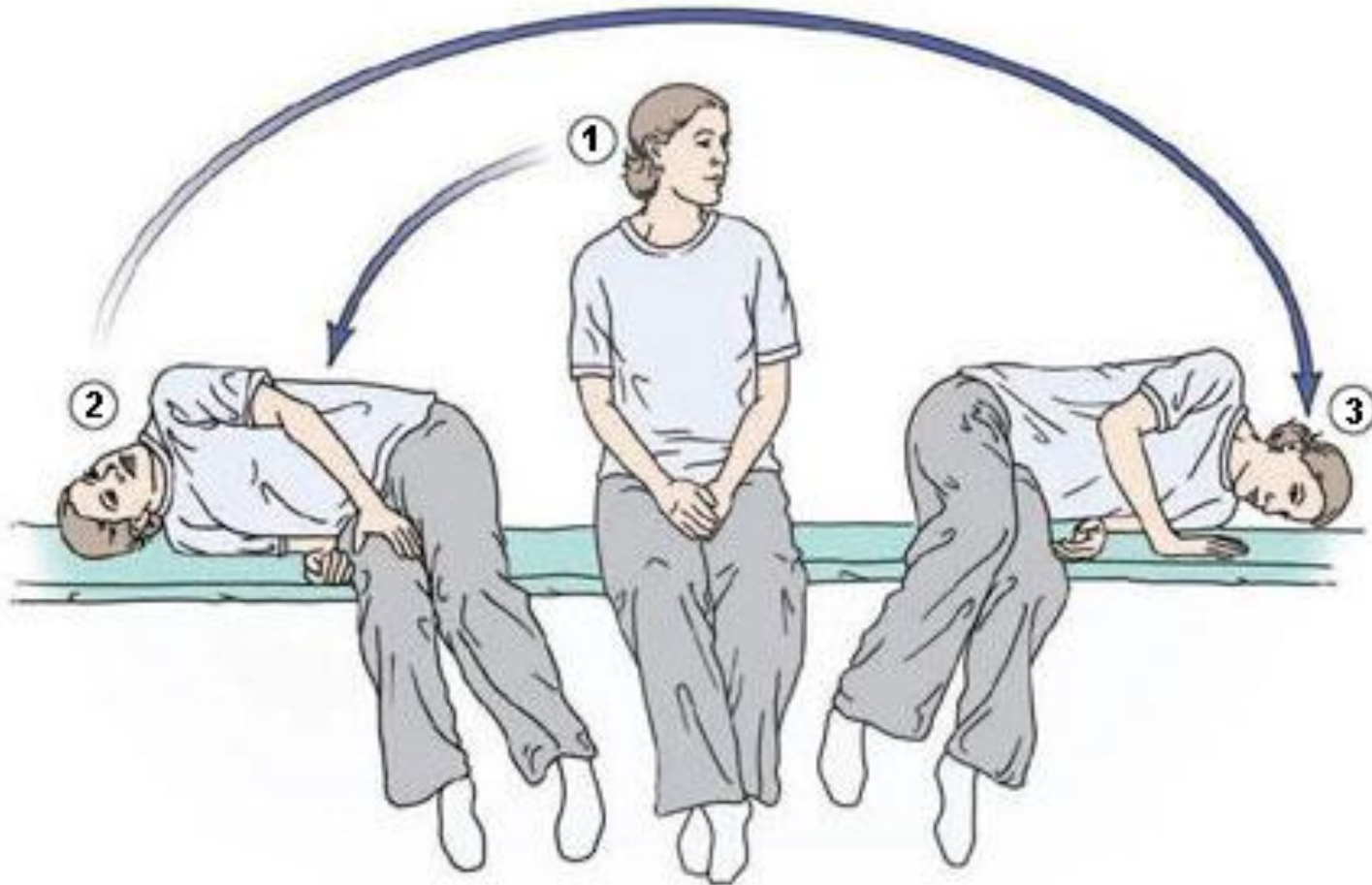
# Лечение ДППГ ЗПК.

## Маневр Semont.



- Голова повернута на  $45^{\circ}$  в сторону непораженного лабиринта
- Пациента быстро укладывают на бок в сторону пораженного лабиринта (90сек)
- Резко укладывают на другой бок таким образом, чтобы голова была повернута вниз и вбок на  $45^{\circ}$  (90 сек)
- Пациент медленно возвращается в положение сидя

# Лечение ДППГ ЗПК. Маневр Semont.

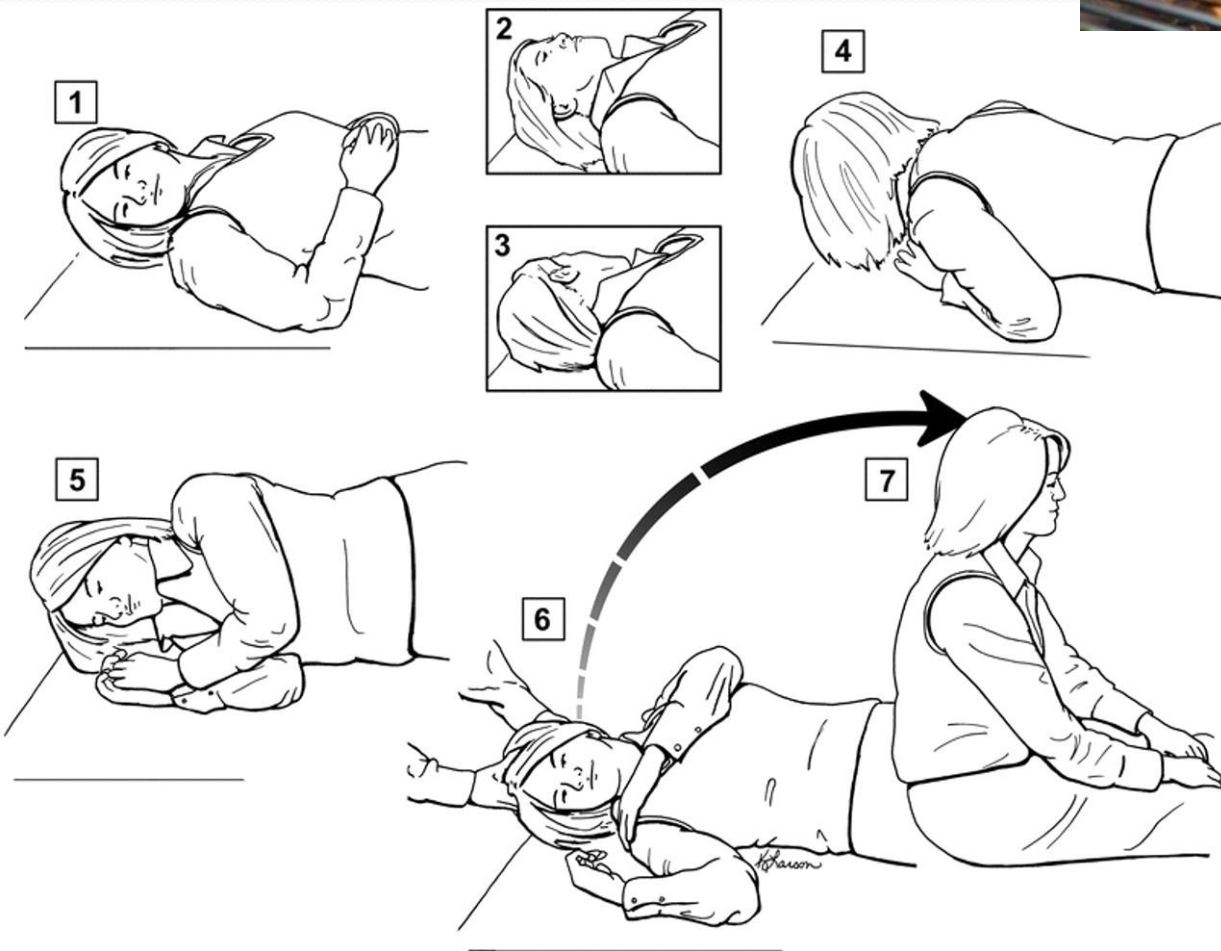




# Лечение ДППГ ЗПК

- После репозиции необходимо повторить пробу Dix-Hallpike
- В случае отрицательной пробы дальнейшее лечение не назначается
- Повторный прием через 1 неделю после репозиции
- При подозрении на купулолитиаз ЗПК (отсутствие выраженного латентного периода в пробе Dix-Hallpike) целесообразно начать лечение с маневра Semont

# Лечение ДППГ ГПК. Маневр Lempert.



- Поэтапно совершается разворот на  $360^{\circ}$
- После выполнения маневра следует повторить roll-тест
- пациент проводит следующую ночь лежа на стороне здорового уха

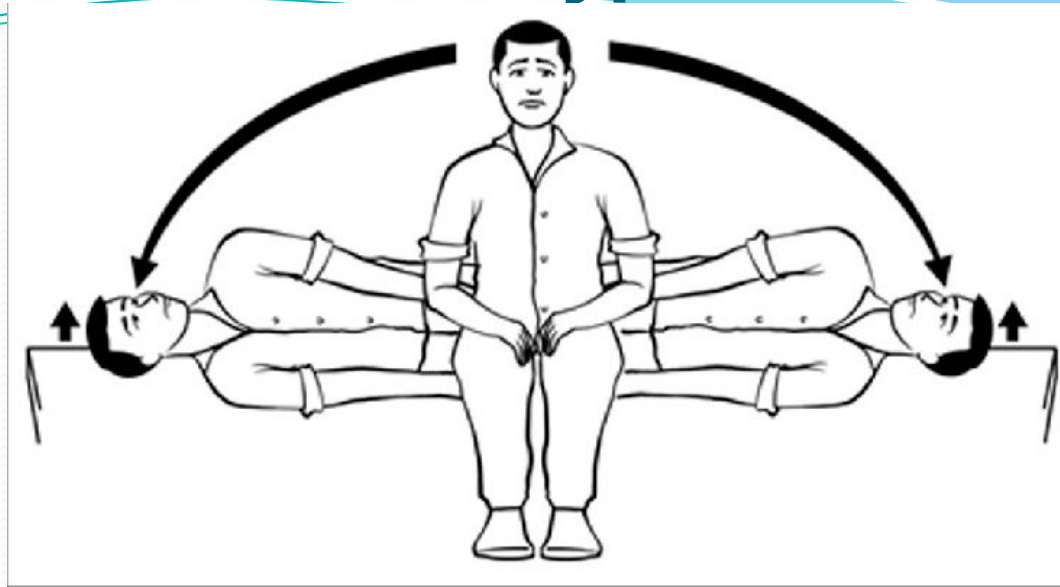
# Упражнения на габитурацию Brandt-Daroff

Гипотезы объяснения механизма излечения ДППГ упражнениями Brandt—Daroff:

- движения эндолимфы, вызываемые повторяющимися упражнениями, способствуют растворению отолитов в ней-устраняется причина патологического возбуждения рецепторов
- наступает центральная компенсация, когда высшие нервные центры подавляют патологическую импульсацию пораженной стороны периферического отдела вестибулярного анализатора
- при купулолитиазе в результате упражнений и действия разнонаправленных ускорений отоконии отсоединяются от купулы и попадают обратно в преддверие лабиринта.



# Упражнения на габитурацию Brandt-Daroff



- пациент садится на кушетку и поворачивает голову на  $45^\circ$  в непораженную сторону
- укладывается на бок на пораженную сторону, не меняя поворота головы, и остается в этом положении, пока не прекратится головокружение
- возвращается в исходное положение сидя и сохраняет его следующие 30 с
- поворачивает голову на  $45^\circ$  в пораженную сторону и повторяет описанный маневр, только в другую сторону
- Следует повторять упражнения 3 раза в день по пять циклов за каждый подход



# Осложнения репозиционных маневров

- Тошнота, рвота, потеря сознания. ( премедикация-вестибулярные супрессанты ( диазепам, меклозин)
- заброс отолитов из пораженного в расположенный рядом другой полукружный канал ( из ЗПК в ГПК)

## Рецидивы ДППГ:

- Рекомендуется повторное проведение диагностического маневра через 1 мес после успешного лечения ДППГ
- Считается, что риск рецидива составляет 15% в течение 1-го года и 37—50% — последующих 5 лет

# Хирургическое лечение:

- Селективная вестибулярная нейрэктомия
- Пломбирование пораженного канала с помощью костной стружки
- Селективная лазеродеструкция ампулярных рецепторов

# ВНИМАНИЕ

