

УДК: 616.281-008.55:618.173

## Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение у женщин в перименопаузальном периоде

Л.Л. Корсунская, А.В. Мещерякова

## Benign paroxysmal positional vertigo in women in the perimenopausal period

L.L. Korsunskaya, A.V. Meshcheryakova

*<sup>1</sup>Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», кафедра нервных болезней с курсом неврологии ФПО, Симферополь*

**Ключевые слова:** вестибулярная дисфункция, ДППГ, женщины, перименопауза

**А**ктуальность многостороннего междисциплинарного подхода к изучению особенностей вестибулярной дисфункции у женщин перименопаузального периода обусловлена необходимостью интегративного, комплексного подхода к изучению взаимосвязи дисгормональных состояний, возникающих в отдельные периоды старения репродуктивной системы и синдрома головокружения различного генеза [1, 4]. Многообразие неврологических проявлений, возникающих в перименопаузе, детерминировано расположением рецепторов к репродуктивным стероидам во всех органах и системах организма, поэтому любые дисгормональные состояния вызывают нарушения в центральной нервной системе, надсегментарном и сегментарном отделах вегетативной нервной системы, ведут к развитию климактерического синдрома, сосудистой патологии, и другим висцеральным нарушениям, в том числе и вестибулярным дисфункциям [2, 5]. Эффекты воздействия стероидов на ЦНС в целом и вестибулярные структуры, в частности, направленные на модулирование морфологических, пластических и физиологических свойств (нейрональную возбудимость, продукцию энергии в митохондриях, синтез, вы-

свобождение и транспорт нейротрансмиттеров), во многом зависят от стадии процесса старения репродуктивной системы, индивидуальных особенностей секреции половых стероидов, типа дисгормональных нарушений и времени их формирования, а также преморбидного соматического статуса женщины, качества её жизни и социальной активности. Стойкие нарушения гомеостаза, возникающие в перименопаузальном периоде, проявляются различными клиническими симптомами и синдромами, в основе которых определяется дисбаланс соматических, нейрогуморальных и нейромедиаторных систем организма [1, 9]. Одним из основных по частоте неврологических симптомов у женщин данной возрастной категории является симптом головокружения, возникающий в рамках вестибулярного синдрома и характеризующийся зрительно-пространственными, вегетативными нарушениями различной степени выраженности, а также постуральной неустойчивостью и собственно головокружением. При этом жалоба на головокружение может быть ведущим, а иногда и единственным симптомом ве-

*<sup>1</sup>95006, Украина, Симферополь, Крым, бульв. Ленина 5/7, e-mail office@csmu.strace.net*

стибулярной дисфункции, характер которой может быть различным [3]. Клинически значимым является разделение головокружения на вестибулярное (истинное, системное) и невестибулярное (неясное, несистемное) головокружение [4, 6].

Невестибулярное головокружение или как его принято называть в англоязычной литературе «dizziness», а в украиноязычной версии «запаморочення», представляет собой ощущение нарушенной или ослабленной пространственной ориентации без мнимого или искаженного ощущения движения [1,7]. Невестибулярное головокружение может встречаться при различных соматических заболеваниях, в том числе в рамках климактерического синдрома, липотимии, ортостатической гипотензии, психических заболеваний, синкопальном синдроме, лекарственной интоксикации, гипогликемии, при некоторых заболеваниях сердечно-сосудистой системы, заболеваниях крови, органов дыхания и др. [1, 13]. К невестибулярным головокружениям следует отнести и нарушение равновесия и координации, проявляющееся нарушением функции ходьбы различной этиологии [11]. Важнейшим вариантом несистемного головокружения считается психогенное головокружение, клинически проявляющееся в контексте тревожных, депрессивных и невротических состояний, возникающее на фоне выраженных эмоциональных переживаний и стрессовых факторов, к которым относятся, в частности, и дисгормональные нарушения, развивающиеся в позднем репродуктивном периоде у большинства женщин [8, 12]. Многие авторы признают психогенное наиболее распространенным типом головокружения. Известный немецкий невролог Т. Brandt, занимающийся проблемой головокружения, выделил как самостоятельный диагноз «психогенную постуральную неустойчивость», или «постуральную фобическую неустойчивость» [11]. У таких пациентов отсутствуют неврологические или соматические причины головокружения, но имеются те или иные психоэмоциональные расстройства. Находясь дома, в привычной обстановке, больные не испытывают дискомфорта, но при попадании в ситуации, требующие повышенной координации движений, у них начинается головокружение. Причины этого типа головокружения чаще всего комбинированные: в анамнезе у пациента имеется какое-либо заболевание вестибулярного аппарата в сочетании с тревожным или фобическим расстройством, но в совокупности такое состояние создает видимость наличия сосудистой патологии головного мозга [7, 11, 13]. Ошибки в диагнозе у подобных пациентов способствуют хронизации заболевания и ранней инвалидизации пациентов, а также могут создавать иллюзию положительного действия многих лекарственных средств (эффект плацебо) и методов лечения [2, 7]. Вестибулярная дисфункция может проявляться истинным вестибулярным головокружением, которое обусловлено поражением центральных отделов (вестибулярные ядра ствола мозга, вестибулярные

связи и вестибулярные центры головного мозга) или периферических отделов (вестибулярный нерв и лабиринт) вестибулярного анализатора. Для вестибулярного головокружения (vertigo) характерна иллюзия движения собственного тела или окружающих предметов [13]. При этом возникает ощущение падения, наклона или раскачивания. При острой вестибулярной дисфункции окружающие предметы обычно «вращаются» в направлении быстрой фазы нистагма, т.е. в сторону противоположную больному уху. Фиксация взора часто несколько уменьшает нистагм и головокружение [3,12]. Нистагм при поражении периферического вестибулярного аппарата обычно горизонтальный, реже — ротаторный. Нистагм усиливается при отведении глаз в сторону его быстрой фазы [4, 11]. При поражении периферического вестибулярного анализатора головокружение нередко сопровождается нарушениями слуха (шум в ушах, снижение слуха), что обусловлено сочетанным поражением улитки или слухового нерва. Классическими сопутствующими симптомами при острой вестибулярной дисфункции являются тошнота, рвота, гипергидроз, падение артериального давления и другие вегетативные проявления, обусловленные тесными взаимосвязями вестибулярных структур с системой блуждающего нерва [11,14]. Поражение периферического отдела вестибулярного анализатора чаще всего вызвано доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением, болезнью Меньера и вестибулярным нейронитом. Реже встречаются перилимфатическая фистула, билатеральная вестибулопатия, лабиринтит и невринома преддверно-улиткового нерва [4, 15].

Значительную долю всех случаев вестибулярного головокружения составляет доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ). Несмотря на распространенность ДППГ, его диагностика составляет определенные сложности. Позиционное головокружение в большинстве случаев носит идиопатический характер, но иногда возникает у людей с сопутствующими нарушениями обмена веществ (мочекаменная болезнь, желчекаменная болезнь, дислипидемия) или после черепно-мозговой травмы [13]. Для ДППГ характерны кратковременные, до минуты, приступы головокружения, сопровождаемые горизонтальным или горизонтально-ротаторным нистагмом и провоцируемые переменной положения головы, возникающие чаще всего утром, после сна или ночью [1, 11, 15]. Патогенетической причиной заболевания является каналолитиаз, который вызывает нарушение тока лимфы в одном из полукружных каналов (обычно в заднем полукружном канале), что приводит к повышенной чувствительности вестибулярных рецепторов к изменению положения тела. Для подтверждения диагноза используют различные приемы, подтверждающие вовлечение полукружных каналов, в частности пробу Дикса – Холлпайка [1, 6]. У некоторых пациентов с ДППГ отмечается рво-

та, неустойчивость при ходьбе, которая может оставаться даже после полного прекращения приступа, значительную часть беспокоит страх падения, возникают тревожные расстройства и депрессия, что во многом снижает качество жизни человека и его социальную активность [10]. Так, в немецком эпидемиологическом исследовании Breven M. et al. (2007) сообщают о наличии значительных психосоциальных ограничений у 86% опрошенных пациентов с ДППГ [10,14]. Данные ограничения существенно затрудняли повседневную активность больных и в большинстве случаев приводили к развитию депрессий и тревожных состояний. ДППГ – возраст-зависимая патология. Дебют заболевания обычно отмечается в возрасте около 50 лет, распространенность в семь раз выше у лиц старше 60 лет [19]. Особенно высока встречаемость ДППГ среди пожилых пациентов — до 68% [6, 15]. Пик заболеваемости ДППГ приходится на возраст 70-78 лет. При близком кровном родстве вероятность развития данного расстройства выше в пять раз [(Burlamaqui et al., 2006)]. Ежегодная заболеваемость ДППГ составляет 0,6% в популяции, причем в нескольких исследованиях сообщалось, что женщины страдают чаще, чем мужчины, в большинстве других гендерная разница не отмечалась [9,14].

Недостаточная разработанность вопросов структурных особенностей ДППГ с учетом гендерных отличий, отсутствие, по данным изученной нами литературы, специальных исследований комплексно оценивающих структуру периферической вестибулярной дисфункции в различные периоды перименопаузы с учетом многообразия причин их возникновения на фоне гормональной коррекции поздних репродуктивных нарушений, обусловило необходимость более детального изучения данной проблемы.

## Цель исследования

– оценить особенности структурных отличий в эпидемиологии доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения у женщин в перименопаузальном периоде.

## Материал и методы

Нами было проведено клиничко-неврологическое обследование 380 женщин, находящихся в перименопаузальном периоде, предъявляющих жалобы на головокружение различного генеза, в возрасте от 44 лет до 51 года (средний возраст составил  $47,5 \pm 2,4$  года). Из них с головокружением невестибулярного характера было 284 (74,7%) женщины, с истинным вестибулярным головокружением – 96 (25,3%) женщин.

Критерием включения в дальнейшее исследование пациенток были клиничко-неврологические данные о наличии у всех женщин данной возрастной группы истинной вестибулярной дисфункции. При

проведении комплексного обследования критерием исключения являлись выявленные у женщин по данным ультразвукового дуплексного сканирования экстракраниальных и интракраниальных магистральных сосудов головы атеросклеротическое стенозирование экстракраниальных и интракраниальных магистральных сосудов, наличие сосудистых мальформаций и аневризм, ОНМК в анамнезе, а также гипертонической болезни, коагулопатий, ИБС, новообразований.

Таким образом по окончании первичного скрининга в наше исследование было отобрано 96 женщин с истинной вестибулярной дисфункцией. Все пациентки методом прямой рандомизации были распределены по группам в зависимости от стадии перименопаузального периода и характера медикаментозной коррекции поздних репродуктивных нарушений. Первую группу составили женщины с вестибулярной дисфункцией, получающие препараты бетагистина на фоне приема гормональных препаратов, содержащих преимущественно эстрогены, – 32 пациентки. Вторую группу составили женщины с вестибулярной дисфункцией, получающие препараты бетагистина на фоне приема гормональных препаратов, содержащих преимущественно прогестины последнего поколения, – 30 пациенток. В контрольную группу вошли женщины с вестибулярной дисфункцией, получающие препараты бетагистина без гормональной терапии, – 34 пациентки.

Женщины, вошедшие в контрольную группу и две другие группы сравнений в начале исследования, были сопоставимы по полу, возрасту, цифрам АД, по представленности факторов риска, сопутствующей гинекологической патологии и наличию истинной вестибулярной дисфункции. Клиническая оценка состояния больных включала исследование соматического, неврологического статуса больных, с объективизацией имеющихся у больных нарушений при помощи модифицированных нами вопросников, позволяющих качественно и количественно оценить особенности синдрома вестибулярной дисфункции у женщин в перименопаузальном периоде: шкалы тревоги Гамильтона, Европейской шкалы EЕV, шкалы степени вестибулярных нарушений. Проведены клинические и биохимические анализы крови, иммуногистохимическое исследование соскоба эндометрия (по показаниям). Всем пациенткам проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование экстракраниальных и интракраниальных магистральных сосудов головы. Ряду пациенток проводили МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника.

## Результаты и их обсуждение

Нами были обследованы пациентки с вестибулярной дисфункцией и проанализирован вестибулярный паспорт 96 женщин, принимающих участие в исследовании. Выявленные определенные закономерности, касаемые структуры истинного вестибулярного головокружения с учетом «гормонального континуума» женщин, представлены в таблице 1.

Структура распространенности различных форм вестибулярных нарушений у женщин перименопаузального периода

	Всего	Контрольная группа	Принимающие ЗГТ	Принимающие прогестероны
Вестибулярная дисфункция:	96(25,3%)	34	32	30
Периферическая вестибулярная дисфункция:	68(17,8%)			
ДППГ	49(12,8%)	18(%)	16(%)	15(%)
Вестибулярный нейронит	3(1,3%)	1(%)	2(%)	0(%)
Билатеральная вестибулопатия	2(0,5%)	0(%)	1(%)	2(%)
Болезнь Меньера	13(3,4%)	5(1,3%)	3(0,7%)	4(1,0%)
Вестибулярная пароксизмия	0	0	0	0
Перилимфатическая фистула	1(0,2%)	0	0	1(0,2%)
Вирусный или бактериальный лабиринтит	0	0	0	0
-Центральная вестибулярная дисфункция:	28(7,3%)			
Вестибулярная мигрень	18(4,7%)	13(3,4%)	0	5(1,3%)
Вертебро-базиллярная недостаточность хроническая	9 (2,3%)	3(0,7%)	4(1,0%)	3(0,7%)
Краниовертебральные аномалии	1(0,2%)	0	0	1(0,2%)
Синдром Барре-Льеу (синдром позвоночной артерии)	2(0,5%)	1(0,2%)	0	1(0,2%)
Последствия ЗЧМТ	5(1,3%)	2(0,5%)	2(0,5%)	1(0,2%)
Рассеянный склероз	2(0,5%)	2(0,5%)	0	0
ТИА	1(0,2%)	0	0	1(0,2%)

В контексте полученных нами результатов следует отметить, что в структуре периферической вестибулярной дисфункции, ДППГ составляет достаточно большой процент – 12,8% среди женщин в перименопаузальном периоде. Необходимо отметить, что мы получили значительное число женщин с ДППГ во всех трех группах вне зависимости от методов коррекции поздних гормональных нарушений. Возраст женщин в нашем исследовании колебался в пределах от 44 лет до 51 лет (средний возраст составил  $47,5 \pm 2,4$ ), в связи с чем можно отметить, что эти показатели несколько отличаются от общеизвестных позиций, связанных с тем, что по статистическим данным отмечается возрастзависимое увеличение ДППГ у пациентов после 50 лет. Полученный в нашей работе результат может свидетельствовать о более раннем дебюте ДППГ у женщин.

Подтверждение данного вывода может быть продемонстрировано при сравнительном анализе структуры вестибулярных расстройств, представленной в других исследованиях. По данным большинства зарубежных авторов на ДППГ приходится около 8% всех вестибулярных расстройств, а в структуре поражения только периферического отдела вестибулярного анализатора — 17–35% случаев у пациентов в возрасте от 50 лет и старше [4, 8]. Число пациентов с ДППГ старше 50 лет без учета гендерной разницы по данным Л.А. Дзяк составля-

ет примерно 17%, сопоставимые показатели представлены в работах Т.Brandt [11].

Можно полагать, что подобная разница обусловлена тем, что в большинство указанных исследований включались пациенты обеих гендерных групп. Полученные нами статистические расхождения – увеличение процента пациентов с ДППГ у женщин – определяют зависимость частоты встречаемости заболевания от половой принадлежности. Данная гендерная особенность в структуре ДППГ связана, по нашему мнению, прежде всего с дисгормональным фактором, имеющимся в позднем репродуктивном периоде у женщин. Именно гормональная дисфункция лежит в основе изменения водно-электролитного баланса, рН эндолимфы, нарушения метаболизма глюкозы и липидов, что приводит к дегенеративным изменениям отолитовой мембраны [2, 12]. Кроме того, необходимо отметить нейроактивную роль репродуктивных стероидов, направленную на модулирование физиологических и нейропластических свойств ЦНС, представленность специфических интрацеллюлярных стероидных рецепторов в церебральной коре, лимбической системе, мозжечке, преоптической части гипоталамуса, стволе мозга, нижних буграх четверохолмия, миндалинах [5, 14]. Перечисленные факторы могут также определять полученные нами данные об увеличении встречаемости ДППГ у женщин в

позднем репродуктивном периоде в сравнении со среднестатистическими показателями у лиц данной возрастной категории без учета гендерной разницы.

### Литература

1. Богданов Э.П. Вестибулярный синдром при нарушении мозгового кровообращения / Э.П. Богданов // *Неврологический журнал*. – 2011 – №3. – С.42-52.
2. Веселаго О. В. Головокружение в неврологической практике / О. В. Веселаго // *Лечащий врач*. – 2010. – №5. – С.15 – 16.
3. Габиева Н.Н. Морфофункциональное состояние сердца и особенности патогенеза развития артериальной гипертензии у женщин в период постменопаузы / Н.Н. Габиева, А.Б. Бахшалиев // *Украинский медицинский часопис*. – 2010 – №6. – С. 29–30.
4. Замерзрад М.В. Вестибулярное головокружение / М.В. Замерзрад // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2009. – №1. – С.14-18.
5. Маличенко С. Б. Вазоактивные эффекты Фемостона у женщин с метаболическим постменопаузальным синдромом / С. Б. Маличенко, Е. П. Амяльева, Л. Б. Лазебник // *Клиническая медицина*. – 2000. – №6. – С.10 – 11.
6. Саидова Р.А. Современные принципы гормональной коррекции нарушений менструальной функции в перименопаузальном периоде / Р.А. Саидова, С.Г. Алексонян, Е.В. Тропынина // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2008. – Т.7, – №4. – С.46 – 52.
7. Тринус К.Ф. Руководство по головокружениям и нарушениям пространственной ориентации / К. Ф. Тринус, К. Ф. Клауссен. // 2012 = С.9-10.
8. Baloh W. Benign positional vertigo: clinical and oculographic features in 240 cases / W. Baloh, M. Robert [et al.] // *J. Neurology*. – 1987. – № 37. – P. 371–378.
9. Burkman R.T. The hormone continuum accrual of women's health benefits / J. Obstet, R.T. Burkman // *Gynecol.* – 2001. – V.185. – P. 16 – 17.
10. Breven M. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study / Breven M. [et al.] // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. – 2007. – № 7. – Vol. 78. – P. 710–715.
11. Brandt T. Management of vestibular disorders / T.Brandt // *J. Neurology*. – 2000. – № 247. – P. 491–499.
12. Chobanian A.V. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure / A.V. Chobanian, G.I. Bakris, H.R. Black // *J. Hypertens*. – 2003. – V.42. – P. 1206–1252.
13. Kentala E. Vertigo in patients with benign paroxysmal positional vertigo / E. Kentala [et al.] // *Acta Otolaryngol Suppl.* – 2000. – № 543. – P. 20–22.
14. Lirm E.S. The hormone continuum accrual of women's health / E.S. Lirm, A.M. Kauntz, S. Schnare, M. Taylor // *Gynecol Endocrinol*. – 2010. – V.46. – № 2. – P. 60–72.
15. Trinus K.F. Chornobyl vertigo. 10 years of monitoring / K.F. Trinus // *Neurootology Newsletter*. – 1996. – P. 140.

## Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение у женщин в перименопаузальном периоде

Л.Л. Корсунская, А.В. Мещерякова

В статье представлены структурные особенности ДППГ с учетом гендерных отличий в контексте комплексной оценки эпидемиологии вестибулярных дисфункций у женщин перименопаузального периода, особенностей течения поздних репродуктивных нарушений и фона медикаментозной коррекции дисгормональных состояний.

Ключевые слова: вестибулярная дисфункция, ДППГ, женщины, перименопауза.

## Доброякісне позиційне пароксизмальне запаморочення у жінок в перименопаузальному періоді

Л.Л. Корсунська, А.В. Мещерякова

У статті представлені структурні особливості ДППГ з урахуванням гендерних відмінностей в контексті комплексної оцінки епідеміології вестибулярних дисфункцій у жінок перименопаузального періоду, особливостей перебігу пізніх репродуктивних порушень і фону медикаментозної корекції дисгормональних станів.

Ключові слова: вестибулярна дисфункція, ДППГ, жінки, перименопауза.

## Benign paroxysmal positional vertigo in women in the perimenopausal period

L.L. Korsunskaya, A.V. Meshcheryakova

The article presents the structural features of BPPV to gender differences in the comprehensive assessment of the epidemiology of vestibular dysfunction in women of perimenopausal period, allowing for the flow of advanced reproductive disorders and medical background correction dishormonal states.

Keywords: vestibular dysfunction, BPPV, women, perimenopause.