



9. Suhrcke M., Rocco L., McRee M. Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. European Observatory on health Systems and Policies. – Geneva: WHO, 2007. – 280 p.

**Бобошко** Мария Юрьевна – д.м.н., зав. лабораторией слуха и речи НИЦ СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел. сл.: 812-234 05 76, e-mail: boboshkom@gmail.com; **Петрова** Наталия Гурьевна – д. м. н., проф. каф. общественного здоровья и здравоохранения СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел. сл.: 812-499-71-33, e-mail: petrova-nataliya@bk.ru; **Петров** Михаил Викторович – к. м. н., председатель ВВК Кировской области, соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел. сл.: 812-499 71-33; e-mail: petrov\_m\_v@mail.ru

УДК: 616.28-008.55-08:616.287-089.844

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ ПОСЛЕ СТАПЕДОПЛАСТИКИ

**В. А. Воронов, О. В. Захаренкова, С. В. Левин, А. А. Карпов**

### SOME ASPECTS OF TREATMENT OF VERTIGO AFTER A STAPEDOPLASTY

**V. A. Voronov, O. V. Zakharenkova, S. V. Levin, A. A. Karpov**

*ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург*

*(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)*

*ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха горла носа и речи Минздрава соцразвития  
России»*

*(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)*

Проведено обследование и лечение 98 пациентов, прооперированных в клинике оториноларингологии СПбГМА им. И. И. Мечникова по поводу отосклероза. В послеоперационном периоде у 12 пациентов появилось головокружение, характерное для выпадения фрагмента отолитовой мембраны. Для подтверждения диагноза проводилась проба Dix-Hallpike, для лечения использовался модифицированный метод Epley. После проведения позиционного маневрирования симптоматика заболевания исчезла в 100% случаев. На основании полученных результатов рекомендуем проводить тест Dix-Hallpike для дифференциальной диагностики послеоперационного головокружения.

**Ключевые слова:** отоневрология, головокружение, отосклероз, стапедопластика, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, тест Dix-Hallpike, позиционное маневрирование, маневр Epley.

**Библиография:** 8 источников.

Were examined and treated 98 patients operated in the clinic of Otorhinolaryngology Saint-Petersburg State Medical Academy about otosclerosis. In the postoperative period 12 patients appeared vertigo, typical for loss of the fragment of the otolith membrane. To confirm a diagnosis was carried out test Dix-Hallpike, for treating was used the modified method of Epley. After the positional maneuvering symptoms of the disease disappeared in 100% of cases. Based on these results recommend Dix-Hallpike test for differential diagnostics of postoperative vertigo.

**Key words:** otoneurology, vertigo, otosclerosis, stapedoplasty, benign paroxysmal positional vertigo, test Dix-Hallpike, positional maneuvers, Epley maneuver.

**Bibliography:** 8 sources.

Головокружение, по данным ВОЗ, является второй по частоте жалобой при обращении к врачу общей практики. Этиология подобных проблем, вызывающих серьезнейшее нарушение качества жизни, может быть различной. На базе кафедры оториноларингологии создан центр



«Шум и головокружение», который занимается как лечебной, так и научной деятельностью. За последние пять лет работы центра накопилось большое количество данных о возможностях диагностики и лечения головокружений различной этиологии.

В настоящее время с развитием современной микроскопической техники осуществляется все больше оперативных вмешательств по поводу заболеваний уха, а количество осложнений значительно сократилось в связи с накоплением большого опыта отохирургии. Лечение отосклероза уже считается рутинной операцией и почти ни один день не обходится без данного вмешательства.

В послеоперационном периоде могут возникать осложнения: головокружение, разрыв барабанной перепонки, парез лицевого нерва, менингит и др. Самым частым осложнением является головокружение, пугающее пациента и причиняющее значительный дискомфорт [8]. Головокружение после стапедопластики встречается в 17–27% случаев, и зачастую врач вынужден провести повторную операцию [7]. Следует отметить, что повторное хирургическое вмешательство нежелательно и является более сложным и травматичным. Перед проведением хирургических манипуляций необходимо установить причину головокружения. Вестибулярная симптоматика может быть обусловлена:

- неправильным положением протеза;
- фиброзом окна преддверия;
- эрозией длинного отростка наковальни;
- перилимфатической фистулой;
- попаданием крови в преддверие;
- рубцеванием в области протеза стремени [1].

По нашим данным, примерно в 30% случаев послеоперационное вестибулярное расстройство обусловлено отолитиазом.

Причиной возникновения головокружений при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении являются фрагменты отолитовой мембраны, которые при свободном перемещении проникают в эндолимфатическое пространство полукружных каналов, чаще всего заднего как наиболее низко расположенного [4]. Выделяют две теории: «каналолитиаз» [2, 6] и «купулолитиаз» [3, 6]. При каналолитиазе частицы отолитов скапливаются в гладком колене полукружного канала, образуя конгломерат, и изменение позиции через латентный период ведет к головокружению и нистагму, которые уменьшаются со временем и при повторении. При купулолитиазе отоконии адгезируются на купуле, утяжеляя ее. Изменение положения головы вызывает длительное головокружение и нистагм без четкого латентного периода или уменьшения при повторении, но с медленной центральной адаптацией [2]. Большинство случаев отолитиаза можно объяснить теорией «каналолитиаза».

**Цель исследования.** Установление причины послеоперационных головокружений и консервативное лечение послеоперационных головокружений, вызванных отолитиазом.

**Пациенты и методы.** Проведено обследование и лечение 98 пациентов, прооперированных в клинике оториноларингологии СПбГМА им. И. И. Мечникова по поводу отосклероза. В предоперационном периоде обследование включало осмотр, камертональные исследования, аудиометрию, тимпанометрию. В послеоперационном периоде у 12 пациентов появилось головокружение, характерное для выпадения фрагмента отолитовой мембраны. В эту группу включены и больные, направленные из других лечебных заведений Санкт-Петербурга после стапедопластики для установления причины продолжающегося головокружения, у которых посредством описанной нами методики был установлен отолитолитиаз. Приступ системного головокружения возникал после изменения положения головы относительно силы тяжести и начинался после латентного периода. Спустя несколько секунд появлялся горизонтально-ротаторный спонтанный нистагм, направленный в сторону ниже расположенного заинтересованного уха. Такой приступ длился от нескольких до 30 с и самопроизвольно проходил. При повторении триггерного движения головокружение и нистагм уменьшались. На основании характерной клинической картины у 12 пациентов был заподозрен отолитиаз. Для подтверждения диагноза провели пробу Dix-Hallpike, являющуюся основным методом диагностики доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. Способ осуществляется



следующим образом: пациент сидит на кушетке с головой, повернутой на 45° в сторону здорового уха, затем врач быстро укладывает больного в положение лежа на стороне пораженного уха. В этом положении у пациента должно появляться головокружение с ротаторным нистагмом, направленным к пораженному уху.

Дополнительно можно провести электронистагмографию (ЭНГ), видеоокулографию или стабилографию. Для лечения используются методики позиционного маневрирования, выполнение которых осуществляется в специализированном центре отоневрологии.

Нами для лечения использовался модифицированный метод Epley как наиболее эффективный [2, 5]. Способ осуществляется следующим образом: в начале пациента укладывают в положение Dix-Hallpike на больную сторону. В этот момент у пациента возникает выраженный нистагм, направленный вниз (геотопический). После его исчезновения врач поворачивает голову прямо, немного запрокидывая назад и вниз, и выдерживает в таком положении около 20 с. После этого быстрым движением, но не резко, врач переводит голову пациента на противоположную патологическому процессу сторону, максимально разворачивая ее и наклоняя вниз. В этой позиции при успешном выполнении всех правил должен возникнуть ротаторный нистагм, направленный в противоположную сторону от патологического процесса (нистагм выздоровления), который означает то, что отолит вышел из заднего полукружного канала. Последним этапом движений, который выполняется в целях вклинения отолитов в гелеобразную субстанцию эллиптического мешочка, является усаживание пациента в положение, зеркальное тому, с которого начинался комплекс маневров с наклоном головы вперед. Данная методика долгое время применяется на кафедре и усовершенствована ее сотрудниками.

После проведения позиционного маневрирования симптоматика заболевания исчезла во всех вышеописанных случаях. На основании полученных результатов рекомендуем проводить тест Dix-Hallpike для дифференциальной диагностики послеоперационного головокружения. Использование данного теста позволяет избежать оперативного вмешательства, снижает экономические затраты на лечение и повышает качество жизни пациента.

Конечно, отолитолитиаз не является единственной причиной головокружения у больных, перенесших стапедопластику, но другие виды головокружения и подход к ним мы рассмотрим в следующей статье.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вестибулярные нарушения у больных отосклерозом: распространенность, возможности диагностики и терапии / С. В. Морозова [и др.] // Вестн. оторинолар. – № 2. – 2009. – С. 20–22.
2. Воронов В. А., Левин С. В., Захаренкова О. В. Сравнение эффективности методов лечения отолитиаза // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – 1(38) – С. 295–296.
3. Купулолтиаз, В. А. Воронов [и др.] // Вестн. Рос. военно-медиц. акад. – Приложение № 1(33). – 2011. – С. 357–358.
4. Пальчун В. Т., Кунельская Н. Л., Ротермель Е. В. Диагностика и лечение доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения // Вестн. оторинолар. – 2007. – № 1. – С. 4–7.
5. Сравнительный подход к лечению доброкачественного позиционного головокружения / В. А. Воронов [и др.] // Там же. – Приложение № 1. – 2010.
6. Тупе М. Основные диагнозы при головокружении и расстройствах равновесия. – Париж: БофурИПСЕН, 2002. – 36 с.
7. Gristwood R. E., Venables W. N. Otosclerosis and chronic tinnitus // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2003. – May, 112(5). – P. 398–403.
8. Nadol J. B. Otosclerosis: clinical aspects and management // Audio-Digest Otolaryngology. – 1998. – Jan, 15(2)–P. 31–35.

**Воронов** Виктор Алексеевич – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47, тел. раб.: 8(812)543-94-13, моб.: 89112160628; e-mail: voronov\_v-r@mail.ru; **Захаренкова** Ольга Вячеславовна – студентка 6-го курса МПФ СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47, тел.: 89111383186; e-mail: zaharenkova\_o@mail.ru; **Левин** Сергей Владимирович – канд. мед. наук, н. с. СПбНИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел. раб.: 8(812)3164579; **Карпов** Анатолий Анатольевич – ассистент каф. оториноларингологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47, тел. раб.: 8(812)543-94-13.