

## Новости доказательной медицины

# Диагностика, лечение и прогнозирование исходов вестибулярных расстройств

## Клиническая и экономическая эффективность применения буклетов по вестибулярной реабилитации у пациентов с хроническим головокружением в первичной медицинской сети

Исследователи из университета Саутгемптона (Великобритания) в рамках рандомизированного односторонне ослепленного исследования изучали вопрос о целесообразности применения буклетов по вестибулярной реабилитации с или без телефонной поддержки в качестве стратегии амбулаторного ведения пациентов, страдающих хроническим головокружением. В исследовании приняли участие 35 врачей общей практики из разных районов южной Англии в период с октября 2008 по январь 2011 г.

**Материал и методы.** В исследование включались пациенты старше 18 лет с вестибулярным головокружением длительностью не менее 5 лет, у которых были исключены возможные невестибулярные причины головокружения.

Участников рандомизировали в три группы: стандартного лечения, вестибулярной реабилитации, основанной на буклетах, и вестибулярной реабилитации с буклетами и телефонными консультациями. Из буклетов пациенты получали всю необходимую информацию о вестибулярных упражнениях, которые им предписывалось выполнять дома ежедневно в течение 12 недель. Также буклеты включали элементы когнитивной поведенческой психотерапии для выработки у пациентов уверенности в результатах лечения и улучшения приверженности. Пациенты группы телефонной поддержки дополнительно имели возможность три раза консультироваться с врачом по телефону.

Эффективность вмешательств оценивалась по динамике баллов краткой шкалы симптомов головокружения и по общим затратам на лечение головокружения, отнесенным к годам качественной жизни (quality adjusted life year, QALY).

**Результаты.** Из 337 рандомизированных пациентов 276 (82%) выполнили протокол исследования в течение 12 недель, а 263 (78%) наблюдались еще в течение года. Клиническая эффективность анализировалась в популяции намерения применить вмешательство (intention to treat, ITT) с учетом разницы исходных балльных оценок симптомов головокружения между группами. На 12-й неделе эффективность контроля головокружения в группе вестибулярной реабилитации с буклетами и телефонными консультациями достоверно не отличалась от таковой в группе контроля (оценка снизилась в среднем на 1,79 балла; 95% доверительный интервал от -3,69 до 0,11;  $p=0,064$ ). Но через год у пациентов обеих реабилитационных групп с буклетами отмечалось достоверное улучшение вестибулярной функции по сравнению с контрольной группой: в группе с телефонной поддержкой в среднем -2,52 балла (от -4,52 до -0,51;  $p=0,014$ ), в группе без телефонной поддержки -2,43 балла (от -4,27 до -0,6;  $p=0,010$ ).

Оба варианта вмешательства (с телефонной поддержкой или без нее) продемонстрировали высокую экономическую эффективность. Было подсчитано, что буклеты с возможностью консультации по телефону необходимо выдать пяти пациентам, чтобы получить значимое клиническое улучшение состояния у одного пациента в течение года.

Авторы исследования заключили, что буклеты по вестибулярной реабилитации – это простой и экономически оправданный способ улучшения результатов лечения пациентов с хроническим вестибулярным головокружением в амбулаторной практике.

Yardley L., Barker F., Muller I. et al. *BMJ*. 2012 Jun 6; 344: e2237

## Модификации приема Эпли при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении заднего полукружного канала: эффективность и безопасность

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) – одно из частых нарушений функции вестибулярного аппарата, встречающихся в общеправительской практике и в работе специализированных отоневрологических центров. Этот клинический синдром характеризуется кратковременными приступами вестибулярного головокружения (ощущение вращения окружающих предметов или собственного тела), возникающими при резких изменениях положения головы. Наиболее частой причиной ДППГ считается каналолизитиз – попадание отолитовых кристаллов из лабиринта внутреннего уха в полукружные каналы (чаще в один из них – передний, задний или горизонтальный). В 1992 г. J.M. Epley предложил прием, предназначенный для изменения положения отолитовых кристаллов. Суть этого приема заключается в последовательной фиксации головы пациента в пяти различных положениях, что позволяет кристаллам карбоната кальция под действием силы тяжести переместиться из полости полукружного канала в овальный мешочек лабиринта. В настоящее время прием Эпли является общепризнанным вмешательством при ДППГ заднего полукружного канала. Предложены модификации этого приема (промежуточные положения головы, вибрационное воздействие на сосцевидный отросток во время выполнения приема), а также различные дополняющие меры: постуральные ограничения после выполнения маневра (спать в определенной позе, избегать резких поворотов и наклонов головы), специальные вестибулярные упражнения. Однако данные об их эффективности в клинической практике остаются противоречивыми.

Эффективность и безопасность модификаций приема Эпли изучались в коокрановском систематическом обзоре. В восьми крупнейших медицинских базах данных на 15 декабря 2011 г. было обнаружено 11 рандомизированных контролируемых исследований, в которых различные модификации приема Эпли сравнивались со стандартным приемом у 855 взрослых пациентов с диагнозом ДППГ заднего полукружного канала, подтвержденным положительной пробой Дикса-Холлпайка. В девяти исследованиях изучалась эффективность постуральных ограничений, которые рекомендовались пациентам после выполнения маневра Эпли. В отдельных исследованиях и при их совокупном анализе применение этой тактики по сравнению с выполнением только приема Эпли не сопровождалось дополнительным уменьшением интенсивности головокружения по субъективным оценкам пациентов. Тем не менее во всех девяти исследованиях дополнение приема Эпли постуральными ограничениями достоверно чаще приводило к конверсии диагностической

пробы Дикса-Холлпайка (переход положительной пробы в отрицательную после вмешательства), что является критерием купирования ДППГ. По данным совокупного анализа, в экспериментальных группах конверсия пробы Дикса-Холлпайка достигнута у 88,7% пациентов (220 из 248) по сравнению с 78,2% (219 из 280) в контрольных группах (отношение шансов 1,13; 95% ДИ 1,05-1,22;  $p=0,002$ ). О серьезных побочных эффектах постуральных ограничений не сообщалось, хотя в трех исследованиях наблюдалось несколько случаев скованности шеи, развития ДППГ горизонтального канала и нарушений равновесия.

При анализе остальных исследований, в которых применялись вибрация на сосцевидный отросток или дополнительные положения головы при выполнении приема Эпли, не было получено их преимуществ по сравнению со стандартным приемом.

Авторы обзора сделали вывод о том, что из всех модификаций и дополнений приема Эпли в лечении ДППГ заднего полукружного канала статистически достоверную эффективность имеют только постуральные ограничения. В то же время они обращают внимание на то, что этот достоверный эффект означает лишь небольшое улучшение состояния больных. Стандартный прием Эпли без каких-либо дополнений эффективен примерно у 80% пациентов с ДППГ. Дополнительные интервенции имеют значение NNT 10 (число пациентов, у которых необходимо применить вмешательство, чтобы получить клинический эффект в одном случае). Дополнение приема Эпли постуральными ограничениями безопасно для большинства больных и может рекомендоваться для применения в рутинной практике. Однако некоторые пациенты испытывают дискомфорт от ношения фиксирующего шейного воротника или ограничения положения во сне. Им можно рекомендовать выполнение только приема Эпли. Другие модификации приема Эпли (вибрация на сосцевидный отросток, промежуточные положения головы) также безопасны, но не дают дополнительных преимуществ.

Hunt W.T., Zimmermann E.F., Hilton M.P. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Apr 18; 4: CD008675

## Частота и факторы риска рецидивирования ДППГ

Испанские авторы в рамках проспективного исследования последовательно наблюдали 69 пациентов, перенесших первый эпизод ДППГ, с целью оценки частоты рецидивирования этого синдрома и выявления ассоциированных с рецидивами факторов. Средняя длительность наблюдения составила 47 месяцев. Общая частота рецидивов ДППГ – 27%. Половина рецидивов развилась в первые 6 мес после первичного приступа. Из 19 пациентов у 10 наблюдался один рецидив, у семи – 2, у двоих – 3 рецидива. Частота рецидивов не зависела от пола, возраста, стороны поражения, причины ДППГ и выраженности нарушений равновесия после успешного купирования первого приступа. Вероятность рецидивирования была достоверно выше, а время до первого рецидива меньше при одновременном поражении более одного полукружного канала ( $p=0,024$ ) и при поражении переднего канала ( $p=0,029$ ). Чем больше повторов репозиционного приема было выполнено для купирования первого

эпизода головокружения, тем меньшим был период до первого рецидива. За исключением случаев вторичного ДППГ (при лабиринтите или нейралабиринтите), при 70% рецидивов поражалась другая сторона и/или другой полукружный канал.

Авторы заключили, что ДППГ чаще всего рецидивирует в первые 6 мес после первого эпизода и рецидив следует ожидать практически у каждого третьего пациента. При рецидивах следует обследовать все полукружные каналы с обеих сторон, поскольку источник рецидива может находиться в любом из них.

Perez P., Franco V., Cuesta P. *Otol Neurotol*. 2012 Apr; 33(3): 437-443

## Характеристики нарушений равновесия при травмах головы: возможности видеонистагмографии

Египетские ученые из специализированного клинического центра в проспективном когортном исследовании изучали эффективность видеонистагмографии как метода выбора для выявления и оценки вестибулярных расстройств, которые возникают у пациентов с черепно-мозговой травмой (ЧМТ). В исследование включили 126 пациентов. Оценивали тяжесть травмы, тип вестибулярных расстройств, их тяжесть и время появления, а также степень восстановления в результате проведенного лечения.

**Результаты.** Минимальная ЧМТ была у 31,7% пациентов, легкая – у 36,6%, средней тяжести – у 19%, тяжелая – у 12,7%. Симптомы нарушения вестибулярной функции включали ощущение головокружения у 42,9% больных, нестабильность – у 15,9%, обмороки – у 9,5%. У 31,7% обследованных пациентов с ЧМТ вестибулярные симптомы не выявлены. При проведении видеонистагмографии были определены следующие типы вестибулярных нарушений: периферический – у 23,8% пациентов, центральный – у 7,9%, комбинированный – у 12,7%, синдром ДППГ – у 4,8%. У 50,8% больных нарушения не обнаружены. В 47,6% случаев вестибулярные расстройства возникали сразу после травмы (сюда вошли все случаи среднетяжелой и тяжелой травмы). Синдром ДППГ в 2/3 случаев развивался в первую неделю после травмы. Время до частичного или полного восстановления вестибулярных функций прямо коррелировало с тяжестью ЧМТ. Вестибулярные расстройства всех типов (периферический, центральный или смешанный) требовали примерно одинакового времени для восстановления – до 3 мес. Чем раньше применялись вмешательства вестибулярной реабилитации, тем раньше у пациентов восстанавливались нарушенные функции независимо от диагноза.

Авторы исследования заключили, что видеонистагмография является относительно простым, малозатратным и точным методом мониторинга вестибулярных нарушений у пациентов с ЧМТ, помогающим распознать тип расстройства сразу после травмы и своевременно начать необходимые реабилитационные мероприятия для улучшения исходов.

Naguib M.B., Madian Y., Refaat M. et al. *J Laryngol Otol*. 2012 Jan; 126 (1): 26-33. Epub 2011 Oct 31

Подготовил Дмитрий Молчанов