doi: 10.17116/terarkh201789157-61

© Коллектив авторов, 2017

Диагностика и лечение больных с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением в повседневной клинической практике

Н.В. ЛЕБЕДЕВА, М.В. ЗАМЕРГРАД, В.А. ПАРФЕНОВ, Л.М. АНТОНЕНКО

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Анализ врачебной практики ведения пациентов с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением (ДППГ).

Материалы и методы. Обследовали 33 пациентов (5 мужчин и 28 женщин, средний возраст 58 лет) с ДППГ, направленных на консультацию в лечебно-диагностическое отделение Клиники нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова по поводу головокружения. Анализировали информацию о течении заболевания до обращения в клинику: давность головокружения, его характер и провоцирующие факторы, установлены ранее диагнозы, назначенное лечение и его эффективность, сопутствующие заболевания.

Результаты. ДППГ не было своевременно диагностировано в 93,9% случаев. В качестве причины головокружения чаще всего ошибочно предполагались цереброваскулярные заболевания (66,6%) и патология шейного отдела позвоночника (15,1%). Ни одному пациенту на этапе первичного обследования не проводились позиционные тесты (отоневрологическое обследование), составляющие основу диагностики ДППГ. Вместо этого в 90,3% случаев назначалось инструментальное обследование: магнитно-резонансная томография головного мозга, рентгенография шейного одела позвоночника, ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий. Неэффективная диагностика приводила к выбору неоптимальной тактики лечения: вместо лечебных репозиционных маневров (РМ) пациентам назначалась медикаментозная терапия: в 84,8% случаев — различные вазоактивные средства, в 12% — ноотропные препараты и хондропротекторы, в 9,1% — миорелаксанты. После выявления ДППГ всем пациентам проведен лечебный РМ, что привело к регрессу симптомов заболевания. Наблюдение пациентов в течение года показало стойкий терапевтический эффект РМ.

Заключение. Недостаточно эффективная и своевременная диагностика ДППГ отражает плохую осведомленность врачей о том, что ДППГ наиболее частая причина вестибулярного головокружения. Переоценивается роль сосудистых и цервикогенных факторов в развитии головокружения. Большинство пациентов с ДППГ проходят необоснованные обследования и получают неэффективное лечение. Необходимы повышение информированности врачей о ДППГ, создание специализированных центров по ведению пациентов с головокружением.

Ключевые слова: головокружение, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, вестибулярные расстройства, позиционные пробы, репозиционные маневры.

Diagnosis and treatment of benign paroxysmal positional vertigo in common clinical practice

N.V. LEBEDEVA, M.V.ZAMERGRAD, V.A.PARFENOV, L.M.ANTONENKO

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Aim. To analyze typical medical practice in managing patients with benign paroxysmal positional vertigo (BPPV).

Subjects and methods. 33 patients (5 men and 28 women; mean age, 58 years) with BPPV who had been referred for consultation to the Medical Diagnostic Department, Clinic of Nervous Diseases, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, regarding for vertigo, were examined. Information about the disease before visiting the clinic, such as the duration of vertigo, its pattern, and triggers, previously established diagnoses, prescribed treatment and its efficacy, concomitant diseases, was analyzed.

Results. BPPV was not timely diagnosed in 93.9% of cases. The cause of vertigo was most commonly mistakenly assumed to be cerebrovascular disease (66.6%) and cervical spine pathology (15.1%). During a primary examination, none of the patients underwent positional tests (otoneurological examination) that formed the basis for the diagnosis of BPPV. Alternatively, 90.3% of cases underwent instrumental examination: magnetic resonance imaging of the brain, X-ray of the cervical spine, and ultrasonic duplex scanning of the brachiocephalic arteries. Ineffective diagnosis led to the choice of nonoptimal treatment tactics: instead of therapeutic repositioning maneuvers (RM), the patients received therapy with drugs, such as various vasoactive agents (84.8%), nootropic and chondroprotective drugs (12%), or muscle relaxants (9.1%). After BPPV was detected, all patients underwent curative RM, which resulted in regression of the disease. One-year follow-up of the patients showed that the therapeutic effect of RM persisted.

Conclusion. Lack of effective and timely diagnosis of BPPV reflects physicians' poor awareness that this condition is the most common cause of vestibular vertigo. The role of vascular and cervicogenic factors in the development of vertigo is overestimated. Most patients with BPPV undergo unreasonable examinations and receive ineffective treatment. It is necessary to raise awareness of BPPV among of physicians and to set up specialized centers for the management of patients with dizziness.

Keywords: *dizziness, benign paroxysmal positional vertigo, vestibular disorders, positional tests, repositioning maneuvers.*

ДППГ — доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение
КТ — компьютерная томография
МРТ — магнитно-резонансная томография
РМ — репозиционные маневры
УЗДС — ультразвуковое дуплексное сканирование
ЦВЗ — цереброваскулярные заболевания

Головокружение — распространенная причина обращения к врачам самых разных специальностей, но прежде всего к неврологам и врачам общей практики. Диагностика заболеваний, приводящих к головокружению, нередко вызывает значительные сложности. В качестве причин головокружения часто предполагаются цереброваскулярные заболевания — ЦВЗ (например, вертебрально-базилярная недостаточность, дисциркуляторная энцефалопатия) или повреждения шейного отдела позвоночника. Вместе с тем, по данным многочисленных исследований, проведенных как в нашей стране, так и за рубежом, причиной головокружения в большинстве случаев становятся совсем другие заболевания, среди которых чаще всего встречаются расстройства периферического отдела вестибулярного анализатора [1, 2]. Наиболее часто встречающейся формой периферических вестибулярных расстройств является доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) — заболевание, обусловленное проникновением фрагментов, состоящих из карбоната кальция (отолитов), в один или несколько полукружных каналов внутреннего уха [3]. Заболевание имеет достаточно характерную клиническую картину и проявляется головокружением, возникающим при поворотах головы, например, при поворотах в постели, наклонах или запрокидывании головы. Кроме того, диагностика этого заболевания не требует инструментального обследования и заключается в проведении провокационной позиционной пробы, которую выполняют непосредственно во время осмотра больного. Несмотря на типичные проявления и сравнительно несложную диагностику, ДППГ нередко остается недиагностированным. По данным исследования, проведенного в Израиле, это заболевание своевременно выявляется лишь в 25% случаев [4]. Ошибочная диагностика приводит к тому, что больным назначают необоснованное и малоэффективное при этом заболевании медикаментозное лечение, тогда как детально разработанная разновидность вестибулярной гимнастики — лечебные репозиционные маневры (РМ) позволяет избавить больного от головокружения почти во всех случаях [5].

Целью исследования стал анализ типичной врачебной практики ведения пациентов с ДППГ.

Материалы и методы

В исследование включили 33 пациентов с ДППГ, направленных на амбулаторный прием в Клинику нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им И.М. Сеченова. Среди обследованных нами пациентов было 5 (15,2%) мужчин и 28 (84,8%) женщин. Средний возраст составил 58,4±10,2 года.

Диагноз ДППГ устанавливали на основании результатов позиционных проб и в соответствии с принятыми критериями этого заболевания [5]. Помимо позиционных проб для исключения других причин головокружения и выявления сопутствующих заболеваний проводили стандартное соматическое, неврологическое и нейровестибулярное обследование. Выполняли специфические тесты для оценки состояния вестибулярной системы: проба Хальмаги, проба с встряхиванием головы, проба Фукуда, проба Вальсальвы и гипервентиляционная проба. Проводили видеонистагмографию с исследованием спонтанного, установочного и позиционного нистагма, зрительных саккад, плавных следящих движений глаз, оптокинетического нистагма.

Анализировали информацию о течении заболевания до обращения в клинику: давность головокружения, его характер и провоцирующие факторы, устанавливаемые ранее диагнозы, назначенное лечение и его эффективность, сопутствующие заболевания, специальность лечащего врача. С целью получения этой информации анализировали медицинскую документацию (выписки, врачебные заключения и назначения, данные предшествующих параклинических обследований) и данные, полученные при расспросе самого больного и его родственников.

Результаты

Большинство пациентов, включенных в исследование, были направлены на консультацию в Клинику нервных болезней неврологом (32 человека); 1 больной — терапевтом.

Длительность заболевания в 45,5% случаев составила от 1 до 3 мес, в 30,3% — менее 1 мес и в 24,2% случаев более 3 мес.

ДППГ, установленное в результате обследования в клинике, в большинстве случаев имело типичные проявления в виде приступов сильного вестибулярного головокружения, возникающего при перемене положения головы. Такая клиническая картина отмечалась в 84,8% случаев. Лишь у 5 (15,2%) пациентов заболевание проявлялось неустойчивостью, а не эпизодическим позиционным головокружением.

У 30 (90,9%) пациентов, включенных в исследование, диагностирован каналолитиаз заднего полукружного канала (правого — в 70% случаев, левого в 30%). У 3 (9,1%) пациентов выявлен каналолитиаз горизонтального полукружного канала (геотропный вариант).

В качестве причины ДППГ у 2 (6,1%) пациентов предположена черепно-мозговая травма (посттравматическое ДППГ), в остальных случаях (31 пациент, или 93,9%) диагностировали идиопатический вариант этого заболевания.

Несмотря на характерные в большинстве случаев клинические проявления, до обращения в клинику ДППГ в качестве причины головокружения предположено лишь у 2 пациентов. Во всех остальных случаях головокружение расценивалось как следствие других заболеваний. Напра-

Сведения об авторах:

Лебедева Наталья Владимировна — асп., каф. нервных болезней и нейрохирургии, врач-невролог, лечебно-диагностическое отделение №2 УКБ №3

Парфенов Владимир Анатольевич — д.м.н., проф., зав. каф. нервных болезней и нейрохирургии

Антоненко Людмила Михайловна— к.м.н., доц. каф. нервных болезней и нейрохирургии

Контактная информация:

Замерград Максим Валерьевич — д.м.н., в.н.с., научно-исследовательский отд. неврологии; 119021 Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1; тел.: +7(499)248-6538; e-mail: zamergrad@hotmail.com

Ошибочные диагнозы у пациентов с ДППГ

Диагноз	Число больных	
	абс.	%
Дисциркуляторная энцефалопатия	16	48,4
Остеохондроз шейного отдела позвоночника, цервикогенное головокружение	5	15,1
Вертебрально-базилярная недостаточность	4	12,1
Транзиторная ишемическая атака	2	6,1
Синдром вегетативной дистонии	2	6,1
ДППГ	2	6,1
Головокружение неясной этиологии	2	6,1
Всего	33	100

вительные диагнозы пациентов, включенных в исследование, приведены в **таблице**.

В 66,6% случаев в качестве направительного диагноза у пациентов с ДППГ предполагалось ЦВЗ: дисциркуляторная энцефалопатия, вертебрально-базилярная недостаточность или транзиторная ишемическая атака. Вторым по частоте направительным диагнозом был остеохондроз шейного отдела позвоночника с синдромом цервикогенного головокружения. Этот диагноз установили в 15,1% случаев.

Сопутствующие заболевания выявлялись у 97% пациентов, принявших участие в исследовании. Чаще всего встречались артериальная гипертония (у 59% пациентов), атеросклероз (у 16%) и цервикалгия (у 8%). У 2% больных выявлялась ишемическая болезнь сердца, мигрень и сахарный диабет.

Из 33 пациентов, включенных в исследование, 30 (90,9%) проходили инструментальное обследование по месту первичного обращения. Чаще всего пациентам проводились следующие исследования: магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, рентгенография шейного отдела позвоночника, ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) брахиоцефальных артерий, компьютерная томография (КТ) головного мозга, электроэнцефалография, реоэнцефалография. При МРТ изменения отсутствовали лишь в 24,2% случаев. У остальных пациентов выявлялись те или иные изменения в виде очагов сосудистого характера в белом веществе головного мозга, лейкоареоза, заместительной гидроцефалии. При УЗДС в 18,2% случаев выявлялся нестенозирующий атеросклероз брахиоцефальных артерий, в 27,3% случаев — извитость позвоночных артерий. Позиционные пробы не проводились ни одному пациенту. Направительный диагноз ДППГ, установленный 2 пациентам, предположен на основании анамнестических данных.

Большинство пациентов, включенных в исследование (за исключением 2 больных, у которых в качестве направительного диагноза установлено «головокружение неясной этиологии»), проходили лечение, неэффективность которого заставила направить их в Клинику нервных болезней на дополнительную консультацию. В 84,8% случаев назначались различные вазоактивные средства, реже (12%) — ноотропные препараты и хондропротекторы, еще реже (9,1%) — миорелаксанты. Симптоматические средства (противорвотные препараты и вестибулярные супрессанты) назначались 12% пациентов. Ни одному из пациентов, принявших участие в исследовании, до направления в Клинику нервных болезней не проводился лечебный РМ

После установления диагноза всем пациентам с ДППГ проведен РМ: 30 пациентам с каналолитиазом заднего полукружного канала выполнен маневр Эпли, 3 пациентам с каналолитиазом горизонтального полукружного канала — маневр Лемперта. В результате проведенных маневров симптомы заболевания полностью регрессировали у всех пациентов. Наблюдение пациентов в течение года показало стойкий положительный эффект от лечения.

Обсуждение

Проведенное исследование выявило неудовлетворительную диагностику ДППГ в условиях амбулаторного неврологического и терапевтического приема, что отражает низкую осведомленность не только терапевтов, но и неврологов о том, что ДППГ — наиболее частая причина вестибулярного головокружения. Головокружение ошибочно считали следствием ЦВЗ или повреждений шейного отдела позвоночника, что приводило к назначению необоснованного лечения. Пациенты не получали эффективного лечения в течение 1 мес и более, а каждый четвертый больной испытывал приступы головокружения на протяжении более 3 мес. Большинство работающих пациентов вынуждены прекратить свою профессиональную деятельность. Вместо высокоэффективных и безопасных РМ пациенты получали медикаментозную терапию, совершенно бесполезную при ДППГ.

Результаты исследования показывают несколько типичных заблуждений врачей в отношении причин, диагностики и лечения вестибулярного головокружения.

Во-первых, у пациентов, страдающих головокружением, зачастую переоценивается роль ЦВЗ в развитии вестибулярных симптомов. Высокая распространенность сердечно-сосудистых расстройств в целом приводит к тому, что они нередко встречаются и у пациентов, страдающих головокружением. Артериальная гипертония, атеросклероз и ишемическая болезнь сердца выявлялась у многих пациентов, включенных нами в исследование. Несмотря на это, наличие сердечно-сосудистого заболевания еще не означает его связи с головокружением. В многочисленных исследованиях, проведенных в последние годы, показано, что ЦВЗ — редкая причина вестибулярного головокружения [1, 2, 6]. В случаях, когда головокружение действительно обусловлено инсультом или транзиторной ишемической атакой, оно, как правило, сочетается с другими очаговыми неврологическими симптомами повреждения ствола мозга или мозжечка, а также носит пролонгированный, а не рецидивирующий позиционный характер [6].

Во-вторых, врачи, обследующие пациентов с позиционным головокружением, склонны переоценивать роль различных заболеваний шейного отдела позвоночника. Среди обследованных нами пациентов цервикогенное головокружение стало направительным диагнозом у 15,1%. Между тем в настоящее время нет данных, позволяющих считать заболевания шейного отдела позвоночника возможной причиной головокружения (в том числе позиционного) и нистагма, так что во всех случаях, когда предпо-

лагается диагноз «шейного головокружения» следует искать другую причину вестибулярной дисфункции [7].

В-третьих, еще одной причиной низкой эффективности диагностики головокружения в амбулаторной практике, по нашему мнению, может быть неверная интерпретация данных инструментального обследования. У пациентов, страдающих головокружением, особенно, если это люди среднего или старшего возраста, при инструментальном исследовании обычно находят признаки атеросклероза брахиоцефальных артерий или очаговые изменения в головном мозге при МРТ. Так, среди наших пациентов очаговые изменения при МРТ головного мозга выявлялись более чем у 75%. Тем не менее эти изменения никак не связаны с головокружением. Это подтверждалось отсутствием сопутствующей очаговой неврологической симптоматики, особенностями позиционного нистагма в провокационных пробах (в отличие от центрального позиционного нистагма, нистагм при ДППГ имеет латентный период, быстро затухающий характер, истощается при повторных провокациях) и самое главное полным исчезновением нистагма и головокружения после проведения лечебных РМ.

Наконец, в-четвертых, важной, по нашему мнению, причиной несвоевременной диагностики ДППГ может быть недооценка возможностей клинического обследования пациентов с головокружением. Современные исследования показывают, что клиническое обследование эффективнее инструментального (в том числе МРТ) в диагностике причин головокружения [8]. Среди обследованных нами пациентов не было ни одного, которому проводили бы позиционные пробы. Между тем чувствительность и специфичность этих проб очень высоки, так что появление характерного позиционного нистагма при их проведении позволяет диагностировать ДППГ без дополнительных инструментальных обследований [9].

Результаты нашего исследования показывают высокую эффективность лечения ДППГ. Среди методов лечения таких больных главная роль принадлежит РМ [10]. Эффективность лечебных РМ может повышаться в случае одновременного приема препарат Бетасерк (бетагистина дигидрохлорид) [11]. Кроме того, есть данные об уменьшении под влиянием этого препарата неустойчивости, которая нередко остается в течение некоторого времени после успешно проведенного РМ [12]. Бетагистин целесообразен в качестве дополнительной терапии при некоторых атипичных формах ДППГ, например при купулолитиазе горизонтального полукружного канала [13]. Наконец, способность бетагистина улучшать гемо- и гидродинамику внутреннего уха позволяет предположить, что он может быть эффективен в случаях рецидивирующего ДППГ [14]. Бетагистина дигидрохлорид назначают в дозе 48 мг/сут [15].

Высокая эффективность современных методов лечения пациентов с ДППГ лишний раз демонстрирует необходимость своевременной диагностики этого заболевания. Для совершенствования помощи пациентам с головокружением необходимо повышение информированности терапевтов, неврологов и врачей других специальностей о современных принципах и возможностях диагностики и лечения различных заболеваний, проявляющихся головокружением, в частности ДППГ, а также создание специализированных центров или кабинетов на базе крупных лечебно-диагностических центров, и университетских клиник, подобных тому, что организован в Клинике нервных болезней Первого МГМУ им И.М. Сеченова.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало низкую эффективность диагностики ДППГ в повседневной амбулаторной клинической практике. Переоценка роли сосудистых и цервикогенных факторов в развитии головокружения, данных инструментальных исследований, а также недооценка возможностей клинического нейровестибулярного обследования приводит к неверной диагностике и стратегии лечения. Между тем адекватное и своевременное клиническое обследование позволяет быстро диагностировать и эффективно лечить это одно из самых частых вестибулярных заболеваний.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Замерград М.В., Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Мельников О.А., Морозова С.В. Диагностика системного головокружения в амбулаторной практике. *Неврологический журнал*. 2014;19(2):23-29.
   doi:10.18821/1560-9545-2014-19-2-23-29
2. Brandt T, Dieterich M, Strupp M. *Vertigo and dizziness: common complains*. London: Springer; 2004.
3. von Brevern M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, Lempert T, Neuhauser H. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007;78(7):710-715.
4. Pollak L. Awareness of benign paroxysmal positional vertigo in central Israel. *BMC Neurol*. 2009;9:17.
   doi: 10.1186/1471-2377-9-17
5. Bhattacharyya N, Baugh RF, Orvidas L, Barrs D, Bronston LJ, Cass S, Chalian AA, Desmond AL, Earll JM, Fife TD, Fuller DC, Judge JO, Mann NR, Rosenfeld RM, Schuring LT, Steiner RW, Whitney SL, Haidari J; American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;139(5)(suppl 4):47-81.
   doi: 10.1016/j.otohns.2008.08.022
6. Kerber KA, Brown DL, Lisabeth LD, Smith MA, Morgenstern LB. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study. *Stroke*. 2006;37(10):2484-2487.
7. Yacovino DA. Cervical vertigo: myths, facts, and scientific evidence. *Neurologia*. 2012;12:211-213
8. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke*. 2009;40(11):3504-3510.
   doi: 10.1161/STROKEAHA.109.551234

9. Kim JS, Zee DS. Clinical practice. Benign paroxysmal positional vertigo. *N Engl J Med*. 2014;370(12):1138-1147.
doi: 10.1056/NEJMcp1309481

10. Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(12):CD003162.
doi: 10.1002/14651858.CD003162

11. Guneri EA, Kustutan O. The effects of betahistine in addition to epley maneuver in posterior canal benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2012;146(1):104-108.
doi: 10.1177/0194599811419093

12. Stambolieva K, Angov G. Effect of treatment with betahistine dihydrochloride on the postural stability in patients with different duration of benign paroxysmal positional vertigo. *Int Tinnitus J*. 2010;16(1):32-36.

13. Sun S, Wang H, Wang W, Man R, Zheng X. Diagnosis and therapy for horizontal semicircular canal cupulolithiasis. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. 2015;29(1):23-26.

14. Lacour M. Betahistine treatment in managing vertigo and improving vestibular compensation: clarification. *J Vestib Res*. 2013; 23(3):139-151.
doi: 10.3233/VES-130496

15. Антоненко Л.М., Бестужева Н.В., Парфенов В.А. Диагностика и лечение головокружения в амбулаторной практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2015;7(1):55-60.
doi:10.14412/2074-2711-2015-1-55-60

Поступила 07.10.2016

doi: 10.17116/terarkh201789162-71

© Коллектив авторов, 2017

Фармакоэпидемиологическое исследование течения гриппа и других ОРВИ в группах риска

В.А. БУЛГАКОВА[1], А.А. ПОРОМОВ[2], А.И. ГРЕКОВА[3], Н.Ю. ПШЕНИЧНАЯ[4], Е.П. СЕЛЬКОВА[5], Н.И. ЛЬВОВ[6], И.А. ЛЕНЕВА[7], И.В. ШЕСТАКОВА[8], В.В. МАЛЕЕВ[9]

[1]ФГАУ НЦЗД Минздрава России, Москва, Россия; [2]ФГБОУ ВПО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия; [3]ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, Смоленск, Россия; [4]ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия; [5]ФБУН «Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора, Москва, Россия; [6]ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации; [7]ФГБУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова», Москва, Россия; [8]ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия; [9]ФБУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Выявить факторы риска (ФР) развития бактериальных осложнений и длительного течения гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) среди пациентов, находившихся на стационарном лечении в российских медицинских учреждениях в постпандемическом периоде; установить особенности клинической картины болезни (гриппоподобного синдрома — ГПС) у лиц групп риска и оценить эффективность противовирусной терапии (ПВТ) умифеновиром (арбидол).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ случайно выбранных историй болезни пациентов, госпитализированных с гриппом и другими ОРВИ в 88 лечебных учреждениях 50 регионов Российской Федерации: 3532 — в сезоне 2010—2011 гг., 1755 в сезоне 2014—2015 гг. с использованием параметрических и непараметрических методов статистики.

Результаты. Построенная база данных пациентов с ГПС содержала сведения из историй болезни 2072 мужчин и 2537 женщин, из которых 317 (12,49%) беременные, у 678 пациентов пол в карте стационарного больного не указан. Вакцинированных против гриппа 382 (7,2%). Поступили в стационар с различными осложнениями 1528 (28,9%) человек. Сведения о лабораторном обследовании имелись у 1691 (31,98%) пациента, из них у 1291 (76,4%) обнаружены вирусы гриппа и другие респираторные вирусы. Вирусы гриппа найдены у 1026 (60,7%) обследованных больных, вирусы гриппа типа А — у 712 (42,1%), при этом пандемический штамм «свиного» гриппа A/H1N1 выявлен у 487 (28,8%) и штамм A/H3N2 — у 107 (6,3%) пациентов, у 118 (7%) человек с лабораторно подтвержденным гриппом подтип вируса гриппа А был указан. Вирусы гриппа типа В найдены у 314 (18,6%) обследованных пациентов. Другие виды респираторных вирусов обнаружены у 265 (15,7%) больных. У 227 (4,3%) пациентов индекс массы тела превышал 30 кг/м^2. На основе однофакторного дисперсионного анализа выделены факторы, влияющие на течение ГПС, и определены группы риска: дети младше 2 лет и взрослые старше 65 лет; беременные; лица с хроническими соматическими заболеваниями и ожирением. В группах риска наблюдалось более тяжелое течение ГПС по сравнению с пациентами вне групп риска. Частота развития осложнений выше, особенно у детей младше 2 лет, у пациентов с болезнями эндокринной системы и нарушениями обмена веществ, с болезнями органов дыхания, при этом большая доля осложнений приходилась на пневмонию. У пациентов пожилого возраста, больных хроническими заболеваниями, а также беременных эффективность ПВТ была выше, чем у пациентов, не относящихся к группам риска. У пролеченных умифеновиром пациентов (при условии его применения в первые 48 ч после начала заболевания) длительность лихорадки и частота развития осложнений оказались меньше, чем у пациентов, не получавших ПВТ.

Заключение. ФР развития осложнений гриппа и ОРВИ являются возраст пациента (детский — младше 2 лет и пожилой — старше 65 лет), наличие хронических соматических заболеваний, беременность. Высокий риск развития осложнений гриппа и ОРВИ имеют пациенты с болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ (включая ожирение), болезнями системы кровообращения и органов дыхания. Терапия умифеновиром существенно сокращает продолжительность лихорадки и риск развития осложнений, особенно у пациентов с лабораторно подтвержденной гриппозной инфекцией.

Ключевые слова: грипп, острые респираторные вирусные инфекции, осложнения, пневмония, группы риска, хронические соматические заболевания, ожирение, противовирусная терапия, умифеновир, арбидол.

Pharmacoepidemiological study of the course of influenza and other acute respiratory viral infections in risk groups

V.A. BULGAKOVA[1], A.A. POROMOV[2], A.I. GREKOVA[3], N.Yu. PSHENICHNAYA[4], E.P. SELKOVA[5], N.I. LVOV[6], I.A. LENEVA[7], I.V. SHESTAKOVA[8], V.V. MALEEV[9]

[1]Children's Health Research Centre, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; [2]M.V. Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia; [3]Smolensk State Medical University, Ministry of Health of Russia, Smolensk, Russia; [4]Rostov State Medical University, Ministry of Health of Russia, Rostov-on-Don, Russia; [5]G.N. Gabrichevsky Moscow Research Institute of Epidemiology and Microbiology, Russian Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare, Moscow, Russia; [6]S.M. Kirov Military Medical Academy, Ministry of Defense of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia; [7]I.I. Mechnikov Research Institute of Vaccines and Sera, Moscow, Russia; [8]A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; [9]Central Research Institute of Epidemiology, Russian Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare, Moscow, Russia

Aim. To identify risk factors (RFs) for the development of bacterial complications and the prolonged course of influenza and other