

из практики

## ЛЕЧЕНИЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ И НЕУСТОЙЧИВОСТИ ПРИ ГИДРОПСЕ ЛАБИРИНТА

**Л. Антоненко**, кандидат медицинских наук  
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова  
**E-mail:** luda6917@yandex.ru

*Описаны современные подходы к диагностике и лечению головокружения и неустойчивости, эффективность применения Диакарба (ацетазоламида) в лечении головокружения при вторичном гидропсе лабиринта.*

**Ключевые слова:** головокружение, неустойчивость, вторичный гидропс лабиринта, лечение, Диакарб.

**Ж**алоба на головокружение и неустойчивость — одна из наиболее частых после головной боли причин обращения к врачу амбулаторной практики [4]. Головокружение — не нозологическая форма, а группа синдромов с разными проявлениями и этиологией [4]. Причины головокружения и неустойчивости могут быть самыми разнообразными: заболевания кохлеовестибулярного аппарата; психогенные расстройства; острые и хронические цереброваскулярные заболевания; дегенеративные заболевания центральной нервной системы (ЦНС).

Медицинское определение термина «головокружение»: это состояние, при котором у больного возникает ощущение вращения окружающих предметов или иллюзия собственного вращения или движения [1, 2, 4]. Пациенты используют данный термин для обозначения ряда других симптомов, многие из которых совершенно не подходят под это определение: ощущение легкости в голове, слабости, пелены перед глазами; расплывчатость зрения; потемнение в глазах после резкого подъема на ноги из положения сидя или лежа. Поэтому большое значение для выявления причины головокружения имеет сбор анамнеза. Врач прежде всего должен выяснить, что именно пациент называет головокружением. Для этого можно попросить пациента описать свои жалобы, не используя слово «головокружение». Ощущение неустойчивости, усиливающейся в темноте, «подушки» под ногами при ходьбе — признак сенситивной атаксии при поражении периферических нервов и проводников глубокой чувствительности ЦНС. Жалоба на потемнение в глазах при резком переходе в вертикальное положение указывает на дисфункцию вегетативной нервной системы. Если пациент описывает ощущение вращения окружающих предметов или собственного тела, это чаще всего указывает на заинтересованность вестибулярного анализатора. Для проведения дифференциальной диагностики наиболее важны данные о характере и длительности головокружения, провоцирующем факторе, сопутствующих симптомах.

Приступы головокружения могут быть кратковременными — от нескольких секунд до нескольких минут, что характерно, например, для вестибулярной пароксизмии. Приступы длительностью до нескольких часов возникают при синдроме и болезни Меньера. Головокружение, длящее-

ся несколько дней, может быть признаком вестибулярного нейронита [1, 2, 4].

При беседе с пациентом необходимо выяснить, какие факторы провоцируют головокружение. Например, головокружение, которое возникает в положении лежа при повороте в постели, наиболее характерно для доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения; если приступ головокружения провоцируется кашлем, натуживанием, громкими звуками, это позволяет заподозрить перилимфатическую фистулу [2, 4].

Очень важно для постановки правильного диагноза выявить симптомы, сопутствующие приступу головокружения. Например, если пациент указывает, что перед приступом у него возникают нарастающий шум в ухе, ощущение его заложенности, снижение слуха на это ухо, это может быть признаком синдрома и болезни Меньера [2, 4]. Остро возникшее головокружение и снижение слуха на одно ухо позволяет заподозрить инфаркт лабиринта (синдром передней нижней мозжечковой артерии) [5]. Приступами головокружения, сопровождающимися подострым снижением слуха на одно ухо, парезом мимической мускулатуры на этой стороне, часто проявляются опухоли мостомозжечкового угла [2, 4].

Приводим собственное наблюдение.

**Пациент М., 72 лет, обратился в клинику нервных болезней (КНБ) им. А.Я. Кожневникова с жалобами на наблюдающиеся в течение полугода приступы головокружения с ощущением вращения окружающих предметов, возникающие внезапно, длящиеся до нескольких часов, сопровождающиеся усилением шума в правом ухе, тошнотой, рвотой, неустойчивостью при ходьбе.**

*Из анамнеза известно, что пациент длительно (>10 лет) страдал двусторонней сенсоневральной тугоухостью, более выраженной справа, шумом в правом ухе. В течение последнего года стал пользоваться слуховым аппаратом. Полгода назад впервые развился эпизод головокружения с ощущением вращения окружающих предметов, продолжавшийся около 1 ч, сопровождавшийся усилением шума в правом ухе, тошнотой, позывами на рвоту, выраженной неустойчивостью. Пациент обратился в поликлинику, где ему был поставлен диагноз дисциркуляторной энцефалопатии и в течение 2 мес проводилась без эффекта терапия мексидолом, кавинтоном, витаминами группы В. Приступы головокружения стали повторяться почти ежедневно, назначенные врачом поликлиники сосудисто-ноотропные препараты не облегчали состояние пациента. Он перестал выходить из дома, потерял всякую надежду на выздоровление.*

*При осмотре в КНБ им А.Я. Кожневникова в неврологическом статусе выявлены: рефлексы орального автоматизма; двустороннее снижение слуха, больше — справа; неустойчивость при ходьбе; удовлетворительное выполнение координаторных проб; неустойчивость в позе Ромберга; падение вправо в усложненной пробе Ромберга.*

*Учитывая характер жалоб пациента и данные неврологического статуса, дифференцировали периферическую вестибулопатию с центральной. Было проведено нейровестибулярное исследование с видеонистагмографией: спонтанный нистагм в положении сидя с открытыми глазами не регистрировался. Отмечался горизонтально-ротаторный левонаправленный*

*нистагм без фиксации взора. Проба Хальмаги — положительная справа, проба Дикса—Холлтайка — отрицательная, проба Унтербергерера — положительная справа. Заключение: признаки периферической правосторонней вестибулопатии.*

*По данным дуплексного сканирования магистральных артерий головы выявлены признаки церебрального атеросклероза без гемодинамически значимых препятствий кровотоку, признаки венозной дисциркуляции.*

*По данным магнитно-резонансной томографии головного мозга определены признаки умеренно выраженной наружной гидроцефалии.*

*Исходя из результатов клинического и инструментального обследования, пациенту был поставлен клинический диагноз вторичного гидропса лабиринта. Назначено лечение: бессолевая диета; таблетки Диакарб — 250 мг — утром, в течение 2 мес; таблетки Аспаркам — 1 таблетка 3 раза в день в течение 2 мес. На фоне терапии состояние пациента улучшилось: уменьшились частота и выраженность приступов головокружения, а к концу курса терапии приступы головокружения полностью регрессировали, устойчивость значительно улучшилась. Пациент вернулся к обычному для него ритму жизни, смог совершать ежедневные прогулки на свежем воздухе. Наблюдение пациента в динамике в течение 6 мес выявило стойкую ремиссию вторичного гидропса лабиринта. Эпизоды вестибулярного головокружения отсутствовали.*

Вторичный гидропс лабиринта развивается в результате повышения давления эндолимфы внутри лабиринта [2, 4]. Термин «вторичный» указывает на то, что давление внутри лабиринта повышается вследствие причин системного характера (гидроцефалия, венозная дисциркуляция) [2–4]. При подобных изменениях целесообразна соответствующая терапия, направленная на уменьшение водянки лабиринта.

Диакарб (ацетазоламид) относится к слабым диуретикам и является ингибитором фермента карбоангидразы. При блокаде карбоангидразы в проксимальном извитом канальце нефрона усиливается выведение с мочой ионов  $\text{Na}^+$  и  $\text{K}^+$ , бикарбоната, а выведение ионов  $\text{Cl}^-$  остается неизменным [6, 7]. Диакарб снижает секрецию цереброспинальной жидкости [6, 7], что приводит к купированию ликвородинамических нарушений, нормализации внутричерепного давления и как следствие — к нормализации давления внутри лабиринта. Поэтому применение Диакарба дает стойкий терапевтический эффект при лечении вестибулярного головокружения, являющегося следствием эндолимфатического отека.

Описанный клинический случай демонстрирует возможности эффективного лечения пациентов с головокружением и неустойчивостью при правильной постановке диагноза и назначении патогенетически обоснованной терапии. Для выяснения причины головокружения необходимы тщательный сбор анамнеза, уточнение характера ощущений пациента, их длительности, частоты, факторов, провоцирующих приступ головокружения, сопутствующих симптомов. Грамотно собранный анамнез, нейровестибулярное исследование с оценкой функции вестибулярного анализатора в большинстве случаев позволяют избежать диагностических ошибок. Наиболее эффективный метод медикаментозного лечения головокружения при вторичном гидропсе лабиринта — курсовое применение препарата Диакарб (ацетазоламид).

---

## Литература

1. Парфенов В.А., Замерград М.В. Головокружение в неврологической практике // Неврол. журн. – 2005; 1: 4–11.
2. Парфенов В.А., Замерград М.В., Мельников О.А. Головокружение диагностика, лечение, распространенные диагностические ошибки. Учебное пособие / М.: Медицинское информационное агентство, 2011; 190 с.
3. Brandt T., Huppert T., Hufner K. et al. Long-term course and relapses of vestibular and balance disorders // Restor. Neurol. Neurosci. – 2010; 28 (1): 69–82.
4. Brandt T., Dieterich M. Vertigo and dizziness: common complains / London: Springer, 2004; 208 p.
5. Caplan L. Posterior circulation ischemia: then, now, and tomorrow. The Thomas Willis Lecture // Stroke. – 2000; 31: 2011–23.
6. Johanson C., Duncan J., Klinge P. et al. Multiplicity of cerebrospinal fluid functions: New challenges in health and disease // Cerebrospinal Fluid Research. – 2008; 5: 10.
7. Medicinal Chemistry and Drug Design Ed. D. Ekinç / InTech, 2012; 406 p.

---

### TREATMENT FOR DIZZINESS AND INSTABILITY IN LABYRINTHINE HYDROPS

*L. Antonenko, Candidate of Medical Sciences*

*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University*

*The paper describes current approaches to diagnosing and treating dizziness and instability, the efficiency of using Diacarb (acetazolamide) in the treatment of dizziness in secondary labyrinthine hydrops.*

**Key words:** dizziness, instability, secondary labyrinthine hydrops, treatment, Diacarb.