

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ.

СХЕМЫ ТЕРАПИИ



Приступ острого вестибулярного головокружения

- Блокирование афферентной импульсации раздраженного лабиринта.
- Подкожное введение атропина (1 мл 0,1% раствора) или платифиллина (1 мл 0,2% раствора).

В первые 2–3 суток заболевания

- Вестибулярные блокаторы центрального действия (H_1 -блокаторы, проникающие через гематоэнцефалический барьер):
 - ⊙ дименгидринат (50–100 мг 2–3 раза в сутки);
 - ⊙ дифенгидрамин (25–50 мг внутрь 3–4 раза в сутки или 10–50 мг внутримышечно);
 - ⊙ меклозин (25–00 мг/сут в виде таблеток для разжевывания).
- Средства, обладающие седативным эффектом (для снижения способности вестибулярных ядер анализировать и интерпретировать информацию, поступающую из лабиринта):
 - ⊙ лоразепам сублингвально (1 мг) при остром приступе головокружения;
 - ⊙ диазепам 10 мг (2,0) внутримышечно.

В течение 2–3 месяцев и более

- Бетагистин (слабый агонист H_1 -гистаминовых рецепторов и блокатор H_3 -гистаминовых рецепторов) по 24 мг 2 раза в день (48 мг – суточная доза):
 - ⊙ приводит к вазодилатации и улучшению кровообращения во внутреннем ухе;
 - ⊙ способствует повышению проницаемости капилляров улитки;
 - ⊙ нормализует давление эндолимфы в улитке и лабиринте;
 - ⊙ повышает содержание серотонина в головном мозге, что снижает активность вестибулярных ядер.

Головокружение на фоне цереброваскулярных заболеваний:

- гипотензивные и вазоактивные средства;
- антиагреганты;
- ноотропы;
- препараты, улучшающие микроциркуляцию, нормализующие венозный отток.

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение

Лечебные маневры для репозиционирования отолитов

Маневр Эпли

- 1 Пациента усаживают на кушетку и поворачивают голову на 45° в сторону пораженного уха (сторона поражения определяется в тесте Dix-Hallpike). Затем его резко укладывают на спину так, чтобы голова свешивалась вниз с края кушетки на 30° и сохранялся ее разворот в 45° в сторону пораженного уха. При этом возникают приступ системного головокружения и вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом, направленным в сторону пораженного лабиринта. В этом положении пациент находится 90 с от момента прекращения головокружения и угасания нистагма.
- 2 Затем голова поворачивается на 90° в сторону противоположного (здоровый) лабиринта. При этом могут возникнуть головокружение и нистагм с ротаторным компонентом в ту же сторону. Больной удерживается в этом положении 90 с после прекращения головокружения и нистагма.
- 3 Далее голову поворачивают еще на 90° таким образом, чтобы она была направлена в пол, и выдерживают это положение 90 с.
- 4 В заключение пациента усаживают с опущенной головой так, чтобы подбородок касался груди, при этом, если манипуляция была успешной, ни головокружения, ни нистагма не возникает.



Прием Семонта для терапии купулолитиаза заднего полукружного канала

- 1 Пациента усаживают на середину кушетки, ноги свешиваются на пол, голова повернута на 45° в сторону непораженного лабиринта.
- 2 Удерживая голову в таком положении, пациента быстро укладывают на бок на сторону пораженного лабиринта и удерживают так 90 с, при этом возникают головокружение и нистагм.
- 3 Далее его резко укладывают на другой бок, не замедляя движения в положении сидя и не изменяя положения головы, таким образом, чтобы голова была повернута вниз и вбок на 45° .
- 4 По прошествии 90 с пациент медленно возвращается в положение сидя.

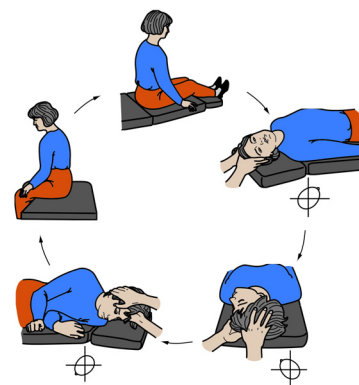


В результате успешного проведения одного из маневров отолиты попадают в преддверие лабиринта, однако требуется несколько дней, чтобы они абсорбировались в состав отолитовой мембраны.

Гимнастика Брандта–Дароффа

- 1 Утром, после пробуждения, пациенту необходимо сесть посередине кровати, свесив ноги вниз.
- 2 Затем следует лечь на правый или левый бок с повернутой на 45° кверху головой и находиться в этом положении 30 с или, если возникает головокружение, до тех пор, пока оно не прекратится.
- 3 Далее пациент возвращается в исходное положение (сидя на постели) и находится в нем на протяжении 30 с.
- 4 После этого пациент ложится на противоположный бок с повернутой на 45° кверху головой и находится в этом положении 30 с или, если возникает головокружение, до тех пор, пока оно не прекратится.

Далее возвращается в исходное положение (сидя на постели).



Это упражнение пациент должен повторять 5 раз. Если в период утренней гимнастики не возникает головокружения, то упражнения целесообразно повторить только на следующее утро. Если же головокружение хотя бы однократно возникает в любом положении, то необходимо повторить упражнения еще два раза: днем и вечером. Длительность вестибулярной гимнастики определяется индивидуально: упражнения продолжают делать до тех пор, пока не исчезнет головокружение и еще 2–3 дня после его прекращения.

Литература

1. Лиленко С.В., Зайцева О.В., Кириченко И.М. и др. Клинические рекомендации «Головокружение (периферическое)». 2014.
2. Кунельская Н.Л., Гусева А.Л., Байбакова Е.В. Лечение доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016; 116 (6): 98–103.
3. Замерград М.В., Парфенов В.А., Мельников О.А. Лечение вестибулярного головокружения. Журнал неврологии и психиатрии. 2008; 11.