



нарушений и появлением субъективного ушного шума. В его этиологическом ряду присутствуют: закрытые черепно-мозговые и минно-взрывные травмы, баротравмы, вертебрально-базиллярная недостаточность, лабиринтиты, арахноидиты задней черепной ямки [41], нередко с дополнительной полимикросимптоматикой. Среди перечисленных этиофакторов присутствуют и возможные причины развития синдрома внутричерепной гипотензии [42, 43].

В 1938 г. был описан синдром спонтанной позиционной головной боли с ригидностью шеи, тошнотой, рвотой, тиннитусом и головокружением у больных с низким давлением цереброспинальной жидкости. Указанный синдром сейчас чаще называется спонтанной внутричерепной гипотензией [44].

Для диагностики синдрома внутричерепной гипотензии (СВГ), который признан как важная причина цефалгий, часто постулируется наличие обязательной позиционно зависимой головной боли. Однако имеются сообщения и о возможном полном отсутствии головной боли при СВГ [45, 46], что закономерно осложняет его диагностику. В настоящее время считается, что частота заболеваемости синдромом внутричерепной гипотензии составляет приблизительно 2–5 человека на 100 000 в странах Запада [47]. Болезнь показывает небольшие половые различия с отношением женщин к мужчинам 2:1 [48]. Типичный возрастной диапазон составляет 40–60 лет, несмотря на то что случаи внутричерепной гипотензии описаны во всех возрастных группах [49]. СВГ признается трудным диагнозом, если больной не страдает от ортостатической или постуральной головной боли [50]. В симптомокомплекс, помимо зрительных отклонений, корешковых симптомов и нарушений функции черепно-мозговых нервов могут входить: тошнота, головокружение, шум в ушах и ухудшение слуха [51]. Понижение слуха и шум в ушах являются вторичными по отношению к альтерациям давления перилимфатического пространства внутреннего уха [52]. Нарушения слуха описываются приблизительно в 70% подобных случаев и иногда являются единственным признаком СВГ [53, 54].

Диагностическими золотыми стандартами для СВГ являются спинномозговая пункция с определением давления спинномозговой жидкости и магнитно-резонансная томография. Нам это важно потому, что при внутричерепной гипотензии может появиться эндолимфатическая водянка. Внутрилабиринтный гидропс может быть:

– эндолимфатического происхождения (из-за патологической выработки эндолимфы или ее повышенного всасывания);

– синдромом перилимфатического происхождения, при котором недостаток перилимфы

(в том числе из-за ее утечки) вызывает компенсаторное расширение эндолимфатического пространства [55].

Уменьшение давления в перилимфатическом пространстве ведет к увеличению эндолимфатического давления, приводящего к формированию эндолимфатической водянки. Подобная эндолимфатическая водянка часто приводит, как правило, к низкочастотной сенсоневральной тугоухости [56].

В свете этиопатогенеза перцептивной тугоухости, возможные изменения внутричерепного и внутрикохлеарного давления объясняют «внезапное» возвращение остроты слуха (при условии проходимости кохлеарного акведука) к нормальному спустя 2 месяца и [даже!] более. Рассматривая СВГ, следует помнить, что давление спинномозговой жидкости не соответствует внутричерепному давлению и также давно известна нормотензивная гидроцефалия, для которой характерно эпизодическое повышение внутрижелудочкового давления [59]. Эти моменты важны при определении лечебной тактики.

При рассматриваемых выше патологиях, помимо тошноты, рвоты, цефалгий, ухудшения слуха и шума в ушах (разной степени выраженности), естественно, имеются и другие специфические симптомы. К примеру: фонофобия, фотофобия, другие симптомы нарушения зрения (диплопия, снижение остроты зрения, выпадение периферических полей зрения). Но вновь наблюдаем «мозаику»: подобные расстройства отмечены и при вестибулярной мигрени [35, 60], и при внутричерепной гипотензии [61–63]. А при болезни Меньера нередко обнаруживают те или иные отклонения в функции глазодвигательной системы, изменения показателей ЭЭГ, фиксируют положительные позиционные пробы [2, 64].

Рассматривая СВГ, закономерно упомянуть о диаметрально противоположном состоянии внутричерепного давления – его повышении. При внутричерепной гипертензии наличие цефалгий характерно, но тоже выявляется вторичный эндолимфатический гидропс, нередко диагностируется односторонняя тугоухость (у 63% больных), часто отмечается и флюктуация слуха (в 80,5% случаев), системное головокружение беспокоит более половины пациентов [65]. Больные могут жаловаться и на затуманенное зрение, диплопию [66, 67].

Однако имеются сообщения о многолетних наблюдениях за больными, страдающими внутричерепной гипертензией, у которых повышение внутричерепного давления сопровождалось не головной болью и общими мозговыми симптомами, а приступами пульсирующего ушного шума и вращательного головокружения [68].

В этом сложном запутанном вариационном ряду кохлеовестибулярных нарушений обяза-