

ДИАКАРБ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М. Корешкина¹, кандидат медицинских наук,

Ю. Назинкина², кандидат медицинских наук

¹Центр лечения головной боли клиники «Скандинавия», Санкт-Петербург

²Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН, Санкт-Петербург

E-mail: Koreshkina-MI@avaclinic.ru

Представлено клиническое наблюдение, в котором применение у пациента с хронической головной болью, вызванной нарушениями ликвородинамики головного мозга, препарата ацетозоламид (Диакарб) позволило уменьшить частоту и интенсивность головной боли.

Ключевые слова: головная боль, диакарб, ацетозоламид.

Головная боль остается важнейшей клинической проблемой [2]. Более 95% жителей планеты испытывают головную боль хотя бы 1 раз в жизни, а 46% взрослого населения страдают от выраженной головной боли [1]. Частота хронической головной боли в общей популяции составляет 3–5%, а среди пациентов клиник головной боли достигает 70–80% и значительно снижает качество их жизни [3].

Хроническая головная боль часто сопровождается различными нарушениями сна, причем инсомния может быть как одной из причин хронификации головной боли, так и результатом трансформации эпизодической головной боли в хроническую [4].

Согласно Международной классификации головной боли (МКГБ; 3-е изд., 2013), выделяют первичные, вторичные и краниальные невралгии [5]. Первичная головная боль встречается в 85–90% случаев. Вторичная головная боль хотя и более редкая, представляет особый диагностический и клинический интерес [6].

Приводим наше наблюдение.

Пациент В., 35 лет, обратился за помощью в Центр лечения головной боли клиники «Скандинавия» в январе 2011 г. с жалобами на ежедневную головную боль сжимающего характера в левой лобной области. Боли до 4–5 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) не сопровождалась тошнотой, фото- и фонофобией, покраснением области глаза, слезотечением, не усиливались при физической нагрузке и смене положения тела. Продолжительность головной боли была от 6 до 12 ч в сутки. Также беспокоили нарушения сна — трудности с засыпанием; поверхностный, прерывистый сон, не приносящий чувства отдыха.

Впервые почувствовал острую интенсивную боль (в левой лобной области, до 8–9 баллов по ВАШ) в октябре 2010 г. при приземлении самолета. После данного эпизода головная боль носила эпизодический характер и появлялась только при авиаперелетах. За прошедшие месяцы частота приступов увеличилась. Пациент не обследовался и не обращался за помощью до января 2011 г.

В анамнезе — закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ) в возрасте 14 лет, описываемая пациентом как тяжелая. Обследование по поводу ЗЧМТ не проводилось. Головная боль после травмы не беспокоила.

В качестве дополнительного обследования назначена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Исследование проводили на высокопольном (3,0 Тесла) аппарате GE HDx. В протокол исследования входили следующие последовательности: T2 FSE — сагиттальная плоскость, T2 FSE — аксиальная плоскость, T2 FLAIR — аксиальная плоскость, T2 GRE — аксиальная плоскость, T1 FLAIR — коронарная плоскость, DWI — аксиальная плоскость.

Заключение МРТ от 30.01.11: очагов измененной интенсивности МР-сигнала в веществе мозга не выявлено. На уровне средней трети серпа мозга вдоль его правой половины определяется участок оссификации размером 27×19×8 мм, оттесняющий медиальную поверхность правой лобной доли. Тотчас впереди от указанного участка окостенения выявлен еще один, расположенный вдоль левой поверхности серпа; его размеры — 23×12×5 мм. Обе зоны окостенения характеризуются (см. рисунок) гиперинтенсивным МР-сигналом на T1-взвешенном изображении (а), T2-взвешенном изображении (б) и FLAIR-импульсной последовательности (в), резко гипоинтенсивным сигналом — на T2 (GRE) (г), T2-FatSat (д), что отражает наличие липидных элементов в зоне окостенения. Желудочки мозга симметричны, не деформированы, субарахноидальные пространства умеренно расширены. Смещения срединных структур нет.*

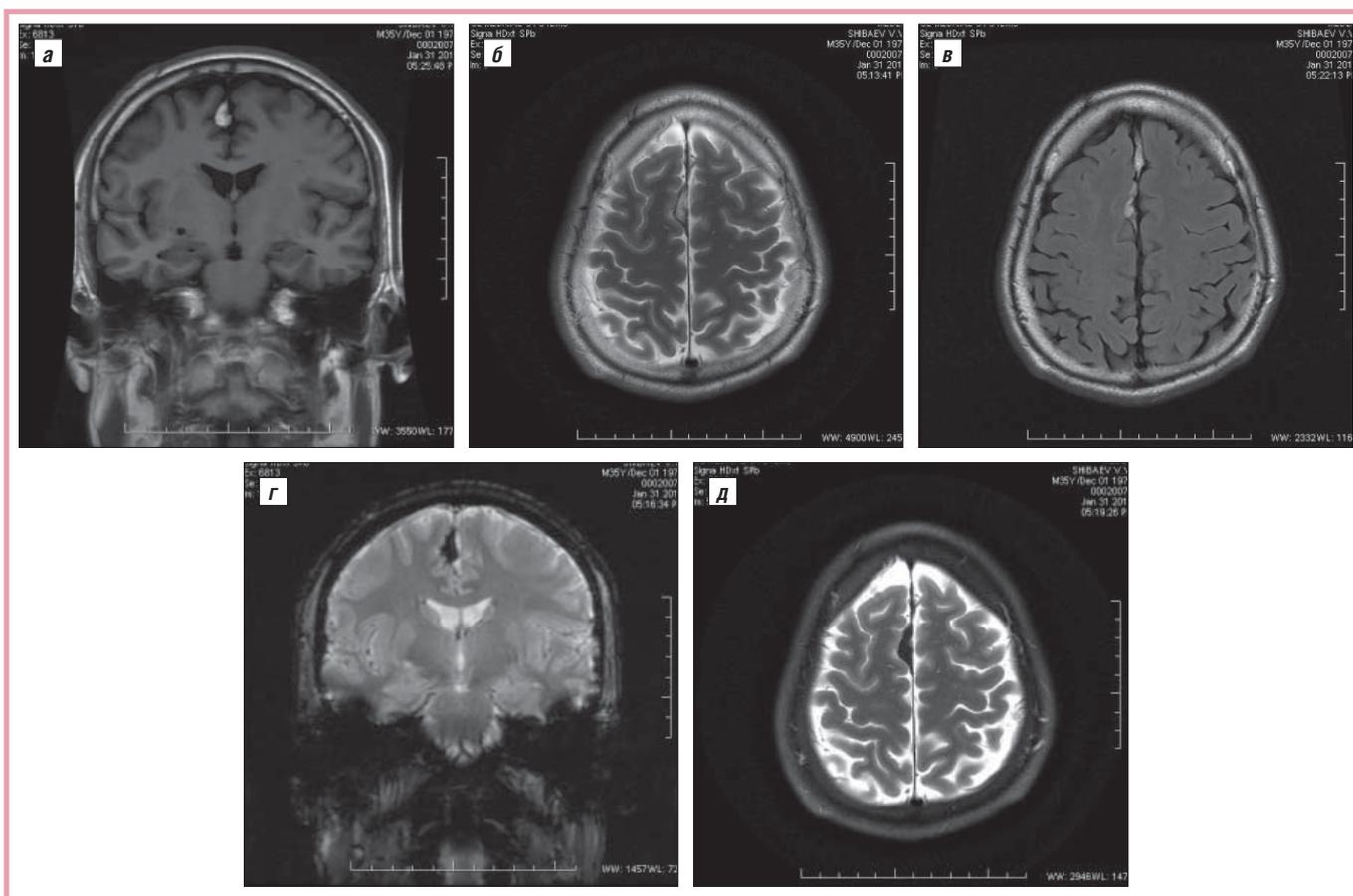
Полученные данные позволяли предположить вторичную головную боль, связанную с ликвородинамическими нарушениями. Пациенту был поставлен диагноз (согласно критериям диагностики МКГБ, 2-е изд., 2004) — 7.9: головная боль, связанная с несосудистыми внутричерепными поражениями [7], и назначен Диакарб.

Первичный курс лечения: Диакарб (ацетозоламид) 250 мг 1 раз в день — в течение 7 дней, затем 3 раза в неделю — в течение 21 дня и 2 раза в неделю — в течение 14 дней. Пациент отметил улучшение уже в первые 10 дней лечения — головная боль полностью прекратилась. Через 1 мес от начала лечения, помимо исчезновения головной боли, произошла нормализация сна: улучшился процесс засыпания, сон стал более полноценным.

В течение 2 лет проводились повторные курсы, обычно связанные с частыми авиаперелетами пациента. В целом за 2 года лечения удалось достичь выраженной положительной динамики — приступы головной боли стали редкими, сон нормализовался.

Ацетозоламид является одним из ведущих препаратов в терапии ликвородинамических расстройств [8, 9]. Широкое применение препарата в терапии разных болезней обусловлено прежде всего его фармакологическими свойствами [10]. Ацетозоламид (Диакарб) относится к слабым диуретикам; он является ингибитором фермента карбонгидразы, вследствие чего его применение обуславливает различные метаболические эффекты в разных органах.

Чаще всего Диакарб назначают с целью снижения внутричерепного давления. Препарат подавляет продукцию карбонгидразы в хориоидальных сплетениях желудочков



Результаты МРТ больного В. Пояснения в тексте.

мозга, что сокращает продукцию ликвора и способствует снижению давления и уменьшению головной боли. В результате блокады карбоангидразы в проксимальном канальце нефрона усиливается выведение с мочой ионов Na^+ и K^+ , бикарбоната, при этом выведение ионов Cl^- остается неизменным. Диакарб обуславливает сдвиг кислотно-основного состояния в сторону метаболического ацидоза. Подобное метаболическое действие ацетозоламида обуславливает также влияние препарата на кровоток головного мозга и позволяет использовать препарат при ишемическом повреждении головного мозга [11].

Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует новые диагностические возможности, открывающиеся в связи с применением современных средств нейровизуализации, и подтверждает возможности использования Диакарба при лечении вторичной головной боли.

Литература

1. Stovner L., Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project // *J. Headache Pain.* – 2010; 11: 289–99.
2. Martelletti P., Steiner T., Bertolote J. et al. B. The definitive position of headache among the major public health challenges. An end to the slippery slope of disregard. Editor. // *J. Headache Pain.* – 2007; 8: 149–51.
3. Mateen F., Dua T., Steiner T. et al. Headache disorders in developing countries: research over the past decade // *Cephalalgia.* – 2008; 28: 1107–14.
4. Ong J., Park M. Chronic headaches and insomnia: Working toward a biobehavioral model // *Cephalalgia.* – 2012; 32 (14): 1059–70.

5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta vers.) // *Cephalalgia.* – 2013; 33 (9): 629–808.

6. Steiner T., Stovner L., Dua T. et al. Time to act on headache disorders // *J. Headache Pain.* – 2011; 12: 501–3.

7. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache disorders // *Cephalalgia.* – 2004; 24 (1): 1–160.

8. Рачин А.П., Сергеев А.В. Применение Диакарба (ацетозоламида) в неврологической практике // *Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова.* – 2007; 12: 93–7.

9. Филатова Е.Г. Посттравматическая головная боль // *Врач.* – 2013; 5: 26–30.

10. Carrion E., Hertzog J., Medlock M. et al. Use of acetazolamide to decrease cerebrospinal fluid production in chronically ventilated patients with ventriculopleural shunts // *Arch. Dis. Child.* – 2001; 84: 68–71.

11. Воробьева О., Акарачкова Е. Терапевтические возможности ацетозоламида при травматическом и ишемическом повреждении мозга // *Врач.* – 2010; 10: 38–42.

DIACARB IN CLINICAL PRACTICE

M. Koreshkina¹, Candidate of Medical Sciences; **Yu. Nazinkina**², Candidate of Medical Sciences

¹Pain Management Center, Scandinavia Clinic, Saint Petersburg

²N.P. Bekhtereva Human Brain Institute, Russian Academy of Sciences, Saint Petersburg

The paper describes a clinical case in which the use of acetazolamide (Diacarb) in a patient with chronic headache caused by impaired cerebrospinal fluid circulation could reduce the frequency and intensity of headache.

Key words: headache, diacarb, acetazolamide.