



Клинический случай вестибулярного нейронита

А.К. Пругло, Е.В. Попова-Петросян, Н.О. Мягкая ✉

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия
✉ myagkaja.n@yandex.ru

Аннотация

Актуальность. Вестибулярный нейронит (ВН) является серьезным заболеванием, которое может значительно ухудшить качество жизни, особенно в период беременности. Исследование подобных случаев важно для развития медицины, так как оно позволяет лучше понять механизмы возникновения и течения заболевания, а также разработать эффективные методы диагностики и лечения. Несмотря на значительное количество исследований, посвященных ВН, случаи его возникновения у беременных женщин изучены недостаточно. Это создает пробел в знаниях, который необходимо заполнить для улучшения медицинской помощи беременным пациенткам.

Цель. Ознакомить научное сообщество с клиническим случаем ВН у беременной женщины, показать важность своевременной дифференциальной диагностики с острыми нарушениями мозгового кровообращения и другими патологиями.

Материалы и методы. В статье представлен случай ВН у беременной. В ходе исследования были использованы следующие методы: сбор анамнеза и жалоб, тщательный анализ медицинской истории пациента и текущих симптомов, клинический осмотр, лабораторные исследования, инструментальные исследования, консультации специалистов.

Результаты: 1) описаны важные моменты дифференциальной диагностики; 2) проведены достаточные диагностические мероприятия для скорейшей постановки диагноза; 3) клиническое излечение пациентки после родов.

Выводы. 1. Важно своевременно диагностировать и лечить данное состояние для минимизации негативных последствий. Должно быть проведено комплексное неврологическое обследование, включая вестибулометрию, КТ или МРТ, а также консультации других смежных специалистов. 2. Выздоровление от ВН может быть спонтанным после родов. Это подчеркивает возможность полного восстановления вестибулярной функции у беременных женщин. 3. Результаты данного исследования могут быть полезны для врачей-неврологов, акушеров и других специалистов, работающих с беременными пациентками, для улучшения качества медицинской помощи и повышения качества жизни пациенток.

Ключевые слова: вестибулярный нейронит, ишемический инсульт, беременность, головокружение, роды.

Для цитирования: Пругло А.К., Попова-Петросян Е.В., Мягкая Н.О. Клинический случай вестибулярного нейронита. *Клинический разбор в общей медицине.* 2025; 6 (5): 89–93. DOI: 10.47407/kr2025.6.5.00618

A clinical case of vestibular neuritis

Anatoly K. Pruglo, Elena V. Popova-Petrosyan, Natalia O. Miagkaia ✉

Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russia
✉ myagkaja.n@yandex.ru

Abstract

Relevance. Vestibular neuritis is a serious condition that can significantly impair the quality of life, particularly during pregnancy. Studying such cases is crucial for medical advancement as it helps to better understand the mechanisms behind the onset and progression of the disease, as well as to develop effective diagnostic and treatment methods. Despite a significant number of studies on vestibular neuritis, cases occurring in pregnant women have been insufficiently explored. This creates a gap in knowledge that needs to be filled to improve medical care for pregnant patients.

Aim. To introduce the scientific community to a clinical case of vestibular neuritis in a pregnant woman, highlighting the importance of timely differential diagnosis with acute cerebrovascular accidents and other pathologies.

Materials and methods. The article presents a case of vestibular neuritis in a pregnant woman. The study utilized the following methods: collection of medical history and complaints, thorough analysis of the patient's medical history and current symptoms, clinical examination, laboratory tests, instrumental examinations, and consultations with specialists.

Results. 1. Important aspects of differential diagnosis have been described. 2. Adequate diagnostic measures were undertaken for prompt diagnosis. 3. Clinical recovery of the patient after childbirth.

Conclusions. 1. It is important to diagnose and treat this condition promptly to minimize negative consequences. A comprehensive neurological examination should be conducted, including vestibulometry, CT or MRI, as well as consultations with other relevant specialists. 2. Recovery from vestibular neuritis can be spontaneous after childbirth. This emphasizes the possibility of complete restoration of vestibular function in pregnant women. 3. The results of this study can be beneficial for neurologists, obstetricians, and other specialists working with pregnant patients, contributing to improved medical care and enhanced quality of life for patients.

Keywords: vestibular neuritis, ischemic stroke, pregnancy, dizziness, childbirth.

For citation: Pruglo A.K., Popova-Petrosyan E.V., Myagkaya N.O. A clinical case of vestibular neuritis. *Clinical review for general practice.* 2025; 6 (5): 89–93 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2025.6.5.00618

Введение

Вестибулярный нейронит (ВН) – это распространенное патологическое состояние, характеризующееся воспалительными изменениями вестибулярного нерва, основным симптомом которого являются выраженные

приступы головокружения. ВН считается доброкачественным заболеванием, которое обычно длится несколько дней, но для полного исчезновения всех вестибулярных симптомов могут потребоваться недели или месяцы. ВН – это в первую очередь клинический диаг-

ноз, и задача врача – отличить это доброкачественное заболевание от других центральных причин, таких как цереброваскулярные синдромы, которые могут иметь схожие клиническую картину и результаты физикального обследования. Хотя ВН не несет серьезной угрозы для жизни, его дифференциальная диагностика с неотложными и опасными состояниями может вызывать трудности. Особенно важным является вопрос диагностики и понимания природы ВН во время беременности, когда организм женщины подвергается значительным физиологическим изменениям.

Считается, что первопричины нейронита неизвестны, но имеется большая связь между воспалением вестибулярного нерва и перенесенной вирусной инфекцией [1]. В зарубежных источниках публикуется большое количество литературы о связи COVID-19 и нейропатологий. Во время беременности врожденный и адаптивный иммунный ответ переходит от воспалительного фенотипа к противовоспалительному [2]. Более того, физиологические и иммуномодулирующие изменения во время беременности могут усугубить течение COVID-19, а нейротропная способность коронавирусов может усиливаться из-за физиологической восприимчивости во время беременности [3, 4]. Кроме COVID-19 существуют другие респираторные вирусы, которые являются нейротропными и нейротропными, особенно в уязвимых группах населения (беременные женщины, дети и пожилые люди). Эти вирусы могут напрямую повреждать клетки нервной системы или вызывать аутоиммунные реакции. В основном это герпесвирусы, арбовирусы и энтеровирусы [5, 6]. Поэтому при оценке анамнеза следует расспросить о предшествующих острых респираторных вирусных инфекциях у беременной.

Цель данной статьи – рассмотреть случай ВН у беременной пациентки, причины возникновения ВН, его клинические проявления и методы дифференциальной диагностики с инсультом, что особенно актуально для беременных женщин.

Дифференциальная диагностика

Клинически ВН характеризуется внезапным появлением ряда симптомов, среди которых наиболее часто встречаются головокружение, тошнота и рвота. Эти симптомы отличаются постоянством, в отличие от других периферических нейрозаболеваний, таких как доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение – ДППГ (болезнь Меньера), симптомы которого проявляются эпизодически [7]. Симптомы ВН обычно усиливаются при движении головы, но не вызываются ими. Они развиваются в течение нескольких часов, достигают пика в первые 24–48 ч и продолжаются несколько дней, после чего исчезают без лечения. Другие симптомы, такие как головная боль, обычно отсутствуют. Важно расспросить пациента о сопутствующих признаках, которые могут указывать на центральные нарушения, вызывающие головокружение, например изменения зрения, соматосенсорные изменения, слабость, дизартрию или нарушение координации.

Классификация причин головокружения

Classification of the causes of vertigo

С потерей слуха	Без потери слуха
Перилимфатический свищ	ДППГ
Холестеатома	Базиллярная недостаточность позвонков
Болезнь Меньера	Мигрени
Лабиринтит	Вестибулопатия
Невринома слухового нерва	ВН
Аутоиммунные процессы	Заболевания центральной нервной системы
Психогенный	Болезнь Лайма

нации. Присутствие любого из этих симптомов требует исключения центральных причин головокружения [8]. Головокружение и нарушение координации могут значительно ухудшить качество жизни беременной женщины, а также вызвать беспокойство по поводу здоровья как самой матери, так и будущего ребенка.

Головокружения могут иметь периферические и центральные причины. Также следует разделять случаи с потерей слуха и без нее (см. таблицу) [9].

Периферические причины:

- ДППГ: проявляется эпизодическим головокружением после определенных движений головы. Обычно возникает внезапно и длится от нескольких секунд до нескольких минут.
- Болезнь Меньера: характеризуется острыми приступами головокружения с сопутствующими сенсорными симптомами (например, заложенностью уха, шумом в ушах, потерей слуха на низких частотах).
- Лабиринтит: симптомы схожи с вестибулярным невритом, но также включают слуховые проявления, такие как односторонняя потеря слуха. Продолжительность симптомов варьируется от нескольких дней до нескольких недель.

Центральные причины:

- Вестибулярная мигрень: может проявляться как центральными, так и периферическими симптомами. Пациенты испытывают головную боль и повторяющиеся приступы головокружения при подтвержденном диагнозе «мигрень». Симптомы длятся от нескольких минут до нескольких часов.
- Вертебробазиллярная транзиторная ишемическая атака: у пациентов часто имеются сосудистые факторы риска. Симптомы кратковременные и острые, продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов.
- Ишемия/инфаркт ствола головного мозга: у пациентов обычно есть сосудистые факторы риска или травмы в анамнезе. Наблюдаются неврологические симптомы, такие как синдром Валленберга (инфаркт латерального отдела продолговатого мозга). Заболевание начинается остро, симптомы продолжаются от нескольких дней до нескольких недель.
- Инфаркт или кровоизлияние в мозжечок: часто сопровождаются сосудистыми факторами риска или

травмами. Симптомы проявляются остро и длятся от нескольких дней до нескольких недель. Характеризуется неустойчивостью, головной болью, ипсилатеральным синдромом Горнера, атаксией конечностей и др.

Клиническое наблюдение

В отделение патологии беременности ГБУЗ РК «Симферопольская центральная районная клиническая больница» 11.05.2024 поступила пациентка со сроком беременности 38 нед с жалобами на головокружение, усиливающееся при изменении положения тела, тошноту, однократную рвоту, не приносящую облегчения. Вышеописанные жалобы появились 10.05.2024. Вызван невролог на консультативный прием.

Заключение невролога от 11.05.2024 9:00: на момент осмотра больная в сознании, ориентирована во времени и месте. Жалуется на головокружение системного характера, усиливающееся при поворотах головы, изменении положения тела, при закрытии глаз головокружение уменьшается. Незначительное головокружение возникло вчера утром, затем уменьшилось, была однократная рвота на высоте головокружения, менингеальных знаков нет, зрачки 8=0, горизонтальный нистагм влево, язык по средней линии, фонация, глотание не нарушены, легкая сглаженность левой носогубной складки, чувствительных нарушений не выявлено, сухожильные рефлексы с конечностей живые. Активные движения в конечностях в полном объеме, мышечная сила в конечностях 5 баллов. Паталогических знаков нет.

На основании жалоб, анамнестических данных, объективного статуса можно установить диагноз «вестибулопатия неуточненного генеза», дифференциальный диагноз между острым нарушением мозгового кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне и ВН. Для уточнения диагноза рекомендуется:

- 1) магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга;
- 2) повторный осмотр невролога для проведения дальнейшего дообследования и определения тактики лечения.

К лечению добавить бетагистин 24 мг по 1 таблетке 2 раза в день.

МР-диффузия головного мозга от 11.05.2024: на МРТ головного мозга в DWI-последовательности участков ограничения диффузии, характерных для «свежей» ишемии, не определяется. МР-данных в пользу острого нарушения мозгового кровообращения на момент исследования не выявлено.

Заключение невролога от 11.05.2024 11:00: левосторонний ВН. К лечению добавить метоклопрамид 2,0 мл внутримышечно при рвоте, дексаметазон 8,0 мг + NaCl 200,0 мл внутривенно капельно.

Совместный осмотр с зав. отделением от 15.05.2024. Состояние: удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 86 уд/мин. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Температура 36,7°C. Живот увеличен беременной мат-

кой, правильной овоидной формы. Матка в нормотонусе, при пальпации безболезненна. Положение плода продольное. Предлежит головка. Сердцебиение плода ритмичное до 114 уд/мин.

P.V. Влагалище емкое. Шейка матки центрирована, умеренно размягчена, укорочена до 1,5 см. Плодный пузырь цел. Предлежащая головка, отталкивается. Мыс не достижим. Стенки таза без особенностей. Выделения после осмотра не изменились.

Диагноз основной: беременность 38,5 нед. Ложные схватки (047.0 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра). ОАА. Левосторонний бульбарный нейронит.

Пациентка написала отказ от продолжения стационарного лечения.

Пациентка 17.05.2024 поступает повторно в родильное отделение ГБУЗ РК «Симферопольская центральная районная клиническая больница».

Объективный статус: сознание ясное. Температура тела 36,6°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Пульс 83 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Артериальное давление на правой руке 100/70 мм рт. ст., на левой руке 100/70 мм рт. ст. Живот увеличен соответственно сроку беременности; мягкий, безболезненный во всех отделах, участвует в акте дыхания. Сохранены жалобы на головокружение во время движения и поворота головы.

Наружное акушерское исследование. Живот овоидной формы. Матка легко возбудима. Окружность живота 107 см. Высота дна матки 36 см. Предполагаемая масса плода по Жордания 3800 г. Размеры таза 25–27–33–20 см. Ромб Михаэлиса правильной формы, размеры 11×10 см. Родовая деятельность: тянущие боли внизу живота. Положение плода продольное. Предлежащая часть – головка, прижата к плоскости входа в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота сердечных сокращений 144 уд/мин. Околоплодные воды: подтекают, светлые. Амниотест положительный. Патологических выделений из половых путей нет.

Внутреннее акушерское исследование. Влагалище и влагалищной часть шейки матки покрыты неизменной слизистой. Выделения умеренные, слизистые. Вход во влагалище рожавшей. Влагалище емкое. Шейка матки резко укорочена, центрирована. Наружный зев 2 см. Плодный пузырь не определяется.

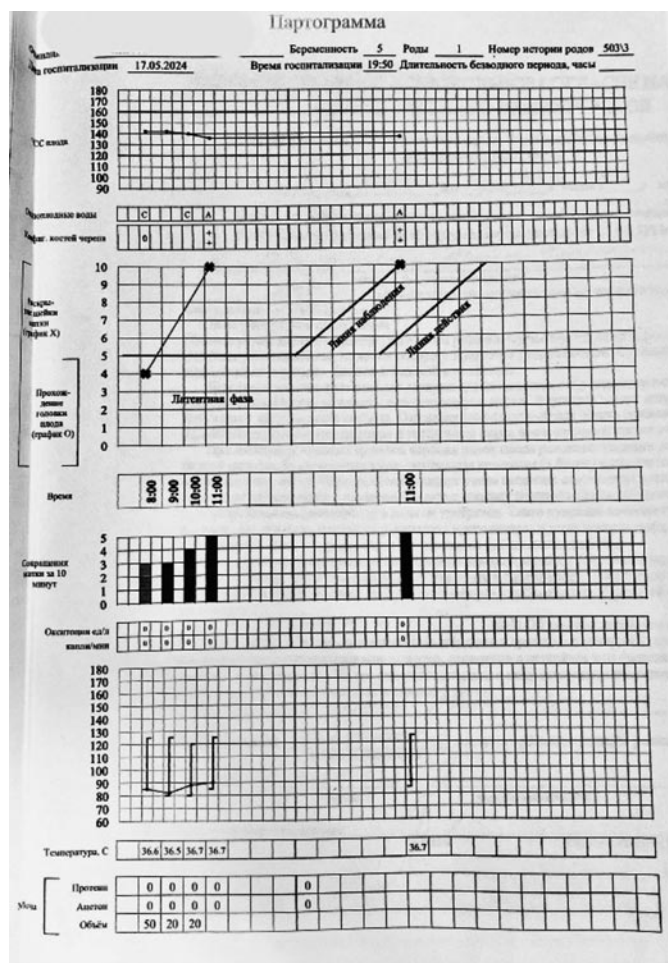
Клинический диагноз: беременность 39 нед, преждевременный разрыв плодных оболочек, левосторонний ВН.

Заключение: на данном этапе показаны полное клинико-лабораторное обследование и партограмма (рис. 1).

План ведения родов: тактика веления выжидательная. При развитии регулярной родовой деятельности роды вести консервативно, по партограмме, с профилактикой кровопотери в послеродовом периоде.

Коагулограмма от 17.05.2024: активированное частичное тромбопластиновое время ТС 23,2 с, междуна-

Рис. 1. Партограмма.
Fig. 1. Partogram.



родное нормализованное отношение 0,90, протромбиновый индекс по Квику 107,7%.

Общий анализ крови от 17.05.2024: лейкоциты $14,6 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $286 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $4,16 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 130 г/л.

Общий анализ мочи от 17.05.2024: цвет светло-желтый, прозрачная, удельный вес 1015, рН 5,0, белок, глюкоза, лейкоциты – отрицательно.

Группа крови от 17.05.2024: A(II) Rh+.

Биохимический анализ крови от 17.05.2024: общий билирубин 4,03 мкмоль/л, глюкоза 5,44 ммоль/л, общий белок 60,6 г/л, аспартатаминотрансфераза 1,7 Ед/л, аланинаминотрансфераза 7,9 Ед/л, мочевины 1,7 ммоль/л, креатинин 52,0 ммоль/л.

Утром 18.05.2024 пациентка была переведена в родильный зал с активной родовой деятельностью. Роды велись консервативно. По результатам родов оформлен эпикриз (рис. 2) и информация о новорожденном. Пациентку в удовлетворительном состоянии вместе с новорожденной девочкой перевели в палату совместного пребывания матери и ребенка.

Спустя 3 сут после родов пациентка выписана из родильного дома без признаков головокружения, рвоты и тошноты.

Рис. 2. Эпикриз родов.
Fig. 2. Childbirth report.

Эпикриз родов

Дата родов: 18.05.2024г. Беременность: 5. Роды: № 3.

Время: 11:10

Индикаторы: Да/Нет

Преждевременные роды (< 37 недель): 2

Роды в срок (37 - 41 неделя): 1

После 41 недели: 2

Партнерские роды: 1

Ведение партограммы: 1

Вагинальные роды в головном предлежании: 1

Вагинальные роды в тазовом предлежании: 2

Длительность безводного периода, часов: _____

Показания к анестезии:

Не было (+) ГВА+ИВЛ []

ВВ []

Анестезия: Местная []

Эпидуральная []

Спинальная []

Наркотические анальгетики []

КСЗА []

Фреткий период родов: активное ведение (+) / пассивно-выжидательное ведение []

Кесарево сечение: Да [] Нет []

Общая кровопотеря: <500 мл [1] 500 - 999 мл [2] / > 1000 мл [3]

Осложнения в раннем послеродовом периоде:

Примечания: Расширение объема операции / Гемостаз / Антибактериальная профилактика / терапия

Физиологические роды: Да []

В послеродовую палату совместного пребывания с ребенком []

В послеродовое отделение отца []

В отделение реанимации, постинтенсивной терапии []

В другую медицинскую организацию []

Умерла []

Осложнения:

Слабость родовой деятельности: 2

Дискоординация родовой деятельности: 2

Дистресс плода: 2

Клинически узкий таз: 2

Гемолитическая/гемалия: 2

Разрыв промежности I III IV ст.: 2

Разрыв влагалищной/шейки матки I III ст.: 2

Разрыв матки: 2

Кровотечение: 2

Объем: _____

Другое (уточнить): _____

Амионония: 2

Родовозбуждение: 2

Стимуляция родов: 2

Эпизиотомия/гериностомия: 2

Вакуум-экстракция/акушерские щипцы (подчеркнуть): 2

Ручное отделение плаценты и выделение последа: 2

Резекция полости матки: 2

Кесарево сечение: 2

Баллонная тампонада внутриматочная: 2

Баллонная тампонада вагинальная: 2

Глюторазрушающая операция: 2

Гистерэктомия: 2

Другое (уточнить): _____

Результаты и выводы

- После родов у пациентки полностью исчезли симптомы ВН. Головокружение, тошнота и нарушение координации больше не беспокоили.
- Ввиду беременности лечение было симптоматическим и включало вестибулосупрессоры, дексаметазон и противорвотные средства.
- У пациентки, возможно в результате ВН, произошел преждевременный разрыв плодных оболочек.

Обсуждение

Исследование обращает внимание на важность дифференциального диагноза ВН (и других вестибулопатий во время беременности) с опасными состояниями, например, с острым нарушением мозгового кровообращения, которое может быть фатально в антенатальном периоде. Кроме того, диагностический поиск причины головокружений должен быть быстрым и своевременным для определения дальнейшей тактики лечения. Данный клинический случай иллюстрирует возможность спонтанного выздоровления от ВН после родов. Беременность может влиять на течение заболевания, и в некоторых случаях симптомы могут регрессировать самостоятельно.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Davis LE. Viruses and vestibular neuritis: review of human and animal studies. *Acta Otolaryngol Suppl* 1993;(503):70-3. DOI: 10.3109/00016489309128077
2. Aasfara J, Hajjij A, Bensouda H et al. A unique association of bifacial weakness, paresthesia and vestibulocochlear neuritis as post-COVID-19 manifestation in pregnant women: a case report. *Pan Afr Med J* 2021;(38):30. DOI: 10.11604/pamj.2021.38.30.27646
3. Park HJ, Cho CS, Kim NM et al. The first case of vestibulocochlear neuritis in a patient with acquired immunodeficiency syndrome in Korea. *Infect Chemother* 2016;48(2):132-5. DOI: 10.3947/ic.2016.48.2.132
4. Gurol-Urganci I, Jardine JE, Carroll F et al. Maternal and perinatal outcomes of pregnant women with SARS-CoV-2 infection at the time of birth in England: national cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2021;225(5):522.e1-522.e11. DOI: 10.1016/j.ajog.2021.05.016
5. Magalhaes JE, Sampaio-Rocha-Filho PA. Pregnancy and neurologic complications of COVID-19: A scoping review. *Acta Neurol Scand* 2022;146(1):6-23. DOI: 10.1111/ane.13621
6. Desforges M, Le Coupance A, Dubeau P et al. Human coronaviruses and other respiratory viruses: underestimated opportunistic pathogens of the central nervous system? *Viruses* 2019;12(1):14. DOI: 10.3390/v12010014
7. Bery AK, Hale DE, Newman-Toker DE, Saber Tehrani AS. Evaluation of Acute Dizziness and Vertigo. *Med Clin North Am* 2025;109(2):373-88. DOI: 10.1016/j.mcna.2024.09.006
8. Jonathan AE, Kiersten LG, David EN. A New Diagnostic Approach to the Adult Patient with Acute Dizziness. *J Emerg Med* 2018;p.469-83. DOI: 10.1016/j.jemermed.2017.12.024
9. Tarnutzer AA, Koohi N, Lee SU, Kaski D. Diagnostic Errors in the Acutely Dizzy Patient-Lessons Learned. *Brain Sci* 2025;15(1):55. DOI: 10.3390/brainsci15010055

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Пруго Анатолий Константинович – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии №2 Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского». E-mail: pruglo57@mail.ru; ORCID: 0009-0005-5113-3078

Попова-Петросян Елена Валериевна – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии №2 Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского». E-mail: elena-krwm@mail.ru; ORCID: 0000-0002-9167-6035

Мягкая Наталья Олеговна – студентка Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского». E-mail: myagkaja.n@yandex.ru; ORCID: 0009-0006-5619-0423

Поступила в редакцию: 11.03.2025

Поступила после рецензирования: 17.03.2025

Принята к публикации: 20.03.2025

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Anatoly K. Pruglo – Cand. Sci. (Med.), Associated Professor, Georgievsky Medical Institute of Vernadsky Crimean Federal University. E-mail: pruglo57@mail.ru; ORCID: 0009-0005-5113-3078

Elena V. Popova-Petrosyan – Cand. Sci. (Med.), Associated Professor, Georgievsky Medical Institute of Vernadsky Crimean Federal University. E-mail: elena-krwm@mail.ru; ORCID: 0000-0002-9167-6035

Natalia O. Miagkaia – student, Georgievsky Medical Institute of Vernadsky Crimean Federal University. E-mail: myagkaja.n@yandex.ru; ORCID: 0009-0006-5619-0423

Received: 11.03.2025

Revised: 17.03.2025

Accepted: 20.03.2025