

Болезнь Меньера или ...?

Н.Л.Кунельская, М.В.Тардов,
А.И.Рудковский, Е.В.Байбакова,
М.А.Чугунова, З.О.Зоева, В.О.Якимов
Московский научно-практический центр
оториноларингологии им. Л.И.Свержевского,
Москва

Представлен клинический случай пароксизмального головокружения с большим количеством сопутствующих симптомов, которые имитировали болезнь Меньера. Выделены «красные флаги», позволившие заподозрить вторичный характер приступов и обосновать лечение, в результате которого был получен стойкий положительный эффект. Обсуждаются возможные механизмы подобных головокружений.

Ключевые слова: синдром позвоночной артерии, миофасциальный синдром, болезнь Меньера, гилдропс лабиринта.

Meniere's Disease or...?

N.L.Kunelskaya, M.V.Tardov, A.I.Rudkovsky,
E.V.Baybakova, M.A.Chugunova, Z.O.Zoeva,
V.O.Yakimov
L.I.Sverzhovsky Moscow scientific and
practical center for otorhinolaryngology

The article presents a clinical case of paroxysmal vertigo with a large number of accompanying symptoms that mimic Meniere's disease. The article highlights the «red flags» that allowed to suspect secondary nature of attacks and to justify treatment which resulted in a stable positive effect. Possible mechanisms of such vertigo are discussed.

Keywords: vertebral artery syndrome, myofacial syndrome, Meniere's disease, labyrinth hydrops.

Описание болезни Меньера (БМ) известно врачам уже более 150 лет [1–3]. Сталкиваясь с триадой симптомов – шум в ухе, флуктуирующее снижение слуха, приступы системного головокружения – неврологи и ЛОР-врачи легко диагностируют БМ. Однако также хорошо известно, что типичная клиническая картина, возникающая на фоне водянки лабиринта, зачастую соответствует не первичному заболеванию, а вторичному процессу [4, 5]. Некоторые исследователи считают, что вторичные формы доминируют в группе нозологий, проявляющихся «типичными приступами БМ». Таким образом, дифференциальная диагностика БМ требует исключения внутречерепной, сосудистой и костной патологии, а также некоторых других состояний [6], одно из которых описано ниже в рамках клинического примера диагностики и успешного лечения приступов системного головокружения у молодого пациента.

Клинический случай. Больной А., 23 лет, в ноябре 2013 г. обратился в МНПЦО им. Л.И.Свержевского с жалобами на эпизоды системного головокружения со смещением предметов справа-налево в горизонтальной плоскости, сопровождавшихся тошнотой и

рвотой. За 6 ч до приступа резко, до глухоты, снижался слух на левое ухо, усиливался высокочастотный шум в правом ухе. Во время приступа пациенту было легче находиться с открытыми глазами, любое движение вызывало усиление головокружения, тошноту и иногда рвоту.

В результате прицельного расспроса удалось выяснить, что через час от начала головокружения возникала ноющая или пульсирующая боль в височной области, которая сохранялась после прекращения головокружения и купировалась приемом нурофена. Провоцирующими факторами служили сон в положении на животе с поворотом головы налево, длительная статическая нагрузка (например, за компьютером). Шум в ухе усиливался на фоне физической нагрузки, мог приобретать пульсирующий характер.

Анамнез заболевания: приступы головокружения со смещением предметов в горизонтальной плоскости справа-налево, длительностью до часа, впервые стали возникать с частотой 1 раз в 6 мес после падения с велосипеда с ушибом затылка в 2006 г.

В начале сентября 2011 г. без видимой причины снизился слух на левое ухо, появился высокочастотный шум в нем. Приблизительно через месяц от момента ухудшения слуха описанные приступы головокружения участились до 1 раза в месяц, с 2013 г. уже до 2–3 раз в неделю с возрастанием длительности до 24 ч.

Пациент наблюдался и проходил регулярное лечение у ЛОР-врачей в течение 3 лет с диагнозом болезнь Меньера. В связи с учащением приступов, ведущих к ограничению социальной активности и инвалидизации, был направлен на консультацию в МНПЦО для консервативного лечения и решения вопроса об ультразвуковой деструкции лабиринта.

Анамнез жизни: инфекции детского возраста без осложнений. С 12 лет занимается велоспортом (по пересеченной местности). Работа связана с длительным пребыванием за компьютером.

Объективные данные: состояние удовлетворительное, сознание ясное, общий фон настроения ровный. Соматический статус без особенностей.

Неврологический статус: в сознании, менингеальных знаков нет.

Зрачки равномерны, симметричны, фотореакции живые. Движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично. Чувствительность на лице: гипестезия слева, точки тройничного нерва безболезненны. Язык по средней линии. Фонация, глотание и артикуляция не нарушены.

Парезов нет. Сухожильные и глубокие рефлексы D=S. Чувствительность: гипестезия в зоне С2 слева, гиперестезия в зоне С3 слева.

Координаторные пробы выполняет правильно. В позе Ромберга устойчив. Нистагма нет. Проба на адиадохокинез отрицательна.

Данные мануального исследования мышц: ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, активные движения безболезненны. Выявляется напряжение и укорочение в группе лестничных мышц, более выраженное слева, также слева преобладает напряжение и укорочение горизонтальной порции трапецевидной мышцы. В верхне-шейном отделе – уплотнение и укорочение нижней косой мышцы головы слева, справа – выраженное уплотнение и укорочение с отечностью окружающих тканей верхней косой мышцы головы, латеральной и прямой мышц головы.

Болезненные при пальпации мышечные узелки с триггерными точками в задней группе шейных мышц (преимущественно слева), горизонтальной

порции трапециевидной мышцы, в мышцах подзатылочной области, в жевательных мышцах и жевательной мускулатуре (преимущественно справа). Пальпация левой височной мышцы вызывает усиление шума в левом ухе и появление шума в правом. Открывание рта происходит в два этапа: вниз, затем вниз и вправо, пальпаторно ощущается «крепитация» над правым височно-нижнечелюстным суставом при максимальном открывании рта.

Данные лабораторных тестов: общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимического анализа крови в пределах нормативных значений.

Инструментальные исследования

Аудиометрическое исследование – правосторонняя нейросенсорная тугоухость 2 ст.

Вестибулометрическое исследование на следующий день после приступа: при помощи очков Френцеля при депривации зрения регистрируется нистагм с вертикальным компонентом вверх, усиливающийся при поворотах головы. При калорических тестах выявлена клинически значимая умеренная асимметрия «по лабиринтам» за счет менее выраженной реактивности периферических вестибулярных структур правого уха. Заключение: полученные данные свидетельствуют о субклиническом поражении вестибулярной системы. *При повторном вестибулометрическом исследовании в межприступный период* клинически значимой асимметрии «по лабиринтам» не выявлено.

Электрокохлеография – достоверный признак гидропса лабиринта правого уха.

Рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника с функциональными пробами: нарушение статики шейного отдела позвоночника – ротация С2 позвонка, правосторонний сколиоз, нестабильный лестничный спондилолистез и нестабильность С3–С5 сегментов, стойкий блок С0–С1, рентгенологические признаки спондилоза сегмента С5–С6.

МРТ головного мозга – единичные очаги глиоза в белом веществе полушарий до 3 мм в диаметре, гипоплазия левой позвоночной артерии.

В МНПЦО больной был консультирован отоневрологом, отохирургом и неврологом. История развития заболевания, объективный статус и данные инструментальных методов исследования позволили заподозрить вторичный характер меньероподобных приступов. В дифференциальный ряд включили мигрень базилярного типа и цервикогенный синдром. Учитывая позиционную зависимость болей, шума и самих приступов головокружения, а также наличие локальных гипертензоров и триггерных точек в шейной и жевательной мускулатуре, особенности статики и динамики шейного отдела позвоночника, диагностирован синдром позвоночной артерии у пациента с миофасциальными феноменами шейной и жевательной мускулатуры в отдаленном периоде кранио-цервикальной травмы.

Назначен курс мягкотканевых техник (МТ) мануальной терапии (10 процедур с частотой 2 раза в неделю). Положительный эффект достигнут после первого сеанса МТ: частота приступов снизилась до 1–2 в месяц, а их длительность сократилась до 1 ч. Снизилась и интенсивность головокружения и болей во время приступа: пациент мог продолжать повседневную активность, тошнота и рвота не беспокоили. Для усиления эффекта МТ к лечению добавлены: с миорелаксирующей целью баклосан 10 мг на ночь, с целью купирования тревожного синдрома, развившегося во время болезни, фенибут по 250 мг 3 раза в день. Спустя две недели от начала медикаментозной

терапии приступы прекратились полностью. Ремиссия сохраняется до настоящего момента – в течение 2 мес. Медикаментозная терапия прекращена, пациент выполняет рекомендованные упражнения лечебной физкультуры. Локальные гипертензоры в перикраниальных мышцах определяются в минимальной степени; триггерные точки отсутствуют.

Обсуждение

В настоящее время считается, что основным патогенетическим фактором БМ служит гидропс лабиринта (ГЛ). Формирование ГЛ [7] обеспечивается несколькими механизмами, не все из которых достаточно ясны. Во многих случаях описанный патологический феномен развивается на фоне заболеваний, не связанных с проблемами внутреннего уха. Одним из таких заболеваний является синдром позвоночной артерии (ПА), обусловленный ирритацией периаортального симпатического сплетения, а в тяжелых случаях даже компрессией самой ПА [8, 9].

Важным компонентом синдрома ПА является шейно-затылочная головная боль – «красный флажок» диагностики в представленном случае. Приступы головокружения были субъективно настолько тяжелее головной боли, что пациент даже не упоминал об алгической составляющей болезни.

Другим «красным флажком» служат анамнестические сведения о кранио-цервикальной травме, данные полученные в результате серии вопросов, связанных с описанием головной боли. Важным фактором запуска патологических явлений являются мышечно-тонические феномены с наличием триггерных пунктов, провоцирующих не только боли, но и флукутации остроты слуха и интенсивности шума [10]. Очевидно, развитие локальных асимметричных мышечных гипертензоров связано с изменениями в шейном отделе позвоночника и кранио-цервикальной области.

Компенсаторно в процесс вовлекаются жевательные мышцы [11]. По-видимому, перевозбуждение левой височной мышцы порождает тормозное влияние на чувствительное ядро тройничного нерва, проявляющееся гипестезией левой половины лица.

Кохлеарные расстройства в рассматриваемом примере, вероятно, имеют двоякую природу: рефлекторную, что подтверждается флукутациями слуха и шума в зависимости от положения шеи, и компрессионную, эпизодически проявляющуюся пульсирующим характером шума, соответствующего артериальной компрессии. Пароксизмальные вестибулярные расстройства отчасти могут иметь рефлекторный характер на фоне асимметричного тонуса шейных мышц, отчасти могут быть связаны с ГЛ – вторичным в данном случае.

Мы предполагаем, что в происхождении жидкостного дисбаланса в системе венозная кровь/ликвор/эндолимфа большую роль играют нарушения соотношений в области кранио-verteбрального перехода, зоне плотной фиксации сосудов соединительнотканью тяжами к затылочной кости и к первому шейному позвонку. Минимальные смещения костных структур в данной области приводят к компрессии мягкостенных сосудов и компрессии с последующим спазмом ПА.

В рассматриваемом примере также прослеживается влияние эмоционального фона на частоту приступов. Купирование тревожно-фобического компонента путем включения соответствующего лекарственного препарата в схему лечения предотвращает рефлекторные артериальные и мышечные спазмы и вносит свой вклад в итоговый успех.

Заключение

В представленном клиническом наблюдении продемонстрирована одна из возможных причин меньшего количества приступов – синдром позвоночной артерии. В этом непростом случае только консильное взаимодействие врачей различных специальностей – отоневролога, невролога, мануального терапевта – позволило правильно определить причину страдания, благодаря чему было предупреждено ненужное хирургическое вмешательство и осуществлен подбор комплексной этиопатогенетической терапии, обеспечившей стойкий положительный результат.

Таким образом, залогом адекватной диагностики приступообразных головокружений является детализация жалоб с уточнением наличия болевого компонента пароксизмов и анамнеза на предмет наличия кранио-цервикальной патологии. Кроме того, следует обязательно проводить мануальное исследование шейных мышц, что также способствует правильной постановке диагноза и выбору эффективной тактики лечения.

Литература

1. Брандт Т. Головокружение. М.: Практика, 2009; 200. / Brandt T. Golovokruzhenie. M.: Praktika, 2009; 200. [in Russian]
2. Бронштейн А., Лемперт Т. Головокружение. М.: Гэотар-Медиа, 2010; 216. / Bronshtejn A., Lempert T. Golovokruzhenie. M.: Gjeotar-Media, 2010; 216.
3. Lempert T., Neuhauser H. Epidemiology of vertigo, migraine and vestibular migraine. J Neurol. 2009; 256 (3): 333–338.
4. Бабияк В.И., Ланцов А.А., Базаров В.Г. Клиническая вестибулология. СПб.: Гиппократ, 1996; 336. / Babijak V.I., Lancov A.A., Bazarov V.G. Klinicheskaja vestibulologija. SPb.: Gippokrat, 1996; 336.
5. Благовещенская Н. Топическое значение нарушений слуха, вестибулярной функции, обоняний и вкуса при поражениях головного мозга. М.: Медгиз, 1962; 272. / Blagoveshenskaja N. Topicheskoe znachenie narushenij sluha, vestibuljarnoj funkcii, obonjanij i vksa pri porazhenijah golovnogogo mozga. M.: Medgiz, 1962; 272.
6. Стулин И.Д., Кунельская Н.Л., Тардов М.В., Байбакова Е.В., Чугунова М.А., Заоева З.О., Тардова И.М. Мигрень базиллярного типа: клинические особенности, диффдиагноз. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2014; 2: 4–8. / Stulin I.D., Kunel'skaja N.L., Tardov M.V., Bajbakova E.V., Chugunova M.A., Zaoeva Z.O., Tardova I.M. Migren' baziljarnogo tipa: klinicheskie osobennosti, diffdiagnoz. Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S.Korsakova. 2014; 2: 4–8.
7. Felisati G., Pipolo C., Portaleone S. Migraine and vertigo: two diseases with the same pathogenesis? Neurol Sci. 2010 Jun; 31: Suppl 1: S107–9.
8. Артеменко А.Р. и др. Болевые синдромы в неврологической практике. Под редакцией проф.В.И.Голубева. М.: «МЕДпресс-информ», 2010; 488. / Artemenko A.R. i dr. Bolevyje sindromy v nevrologicheskoj praktike. Pod redakciej prof.V.I.Golubeva. M.: «MEDpress-inform», 2010; 488.
9. Кипервас И. Периферические невровакулярные синдромы. М.: Медицина 1985; 176. / Kipervas I. Perifericheskie nejrovaskuljarnye sindromy. M.: Medicina 1985; 176.
10. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. М.: «Медицина», 1989; 2. / Trevell Dzh.G., Simons D.G. Mjofascial'nye boli. M.: «Medicina», 1989; 2.
11. Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А.. Мышечная боль. Казань: «Книжный дом», 1995; 456. / Habirov F.A., Habirov R.A.. Myshechnaja bol'. Kazan': «Knizhnyj dom», 1995; 456.

Сведения об авторе:

Тардов Михаил Владимирович – д.м.н., ведущий научный сотрудник Московского научно-исследовательского клинического института оториноларингологии им. Л.И.Свержевского Департамента здравоохранения г. Москвы

19–22 января, 2016



X Юбилейный Международный конгресс ПО РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА:

- Министерство здравоохранения РФ
- Российское общество акушеров-гинекологов
- ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова»
- Кафедра репродуктивной медицины и хирургии Московского Государственного медико-стоматологического университета
- Общество по репродуктивной медицине и хирургии
- Российская ассоциация эндометриоза
- Конгресс-оператор «МЕДИ Экспо»

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

Москва, Площадь Европы, 2, Рэдиссон Славянская Гостиница и Деловой Центр

www.reproductive-congress.ru, www.ncagip.ru, www.mediexpo.ru

Конгресс включен
в Приказ Министерства
здравоохранения РФ
на 2016 год.