

ВАЖНОСТЬ АНАМНЕТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА. СЛУЧАИ ИЗ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

И.Н. Тоболов¹, И.В. Павлова², О.В. Гайсёнок^{1*}, Т.Б. Гребенюк¹

¹ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» УД Президента РФ, Москва,

²Поликлиника РГСУ, Москва

IMPORTANCE OF PATIENT'S HISTORY FOR ESTABLISHING DIAGNOSIS OF MENIERE'S DISEASE. CASE REPORTS

I.N. Tobolov¹, I.V. Pavlova², O.V. Gaisenok^{1*}, T.B. Grebenyuk¹

¹United Hospital with Polyclinic, Moscow, Russia,

²Polyclinic of the Russian State Social University, Moscow, Russia

E-mail: ovgaisenok@fgu-obp.ru

Аннотация:

В данной публикации мы отразили сложности диагностики давно описанного заболевания – болезни Меньера. Особое внимание практикующие врачи должны уделять внимательному и полному сбору анамнеза и анализу анамнестических данных конкретного больного, так как именно этот подход в данном случае, а не высокотехнологичные современные инструментальные исследования играют основную роль в правильной постановке диагноза и выборе метода лечения.

Ключевые слова: головокружение, болезнь Меньера, данные анамнеза, клиническая практика.

Abstract

This publication reflects the difficulties of diagnosing a long-known disease—Meniere's disease. Practitioners should pay special attention to the careful and complete collection of history and analysis of history data for a particular patient, since in this case, this approach, rather high-tech modern instrumental investigations, plays the main role in the correct diagnosis and selection of treatment method.

Key words: dizziness, Meniere's disease, case history, clinical practice.

Ссылка для цитирования: Тоболов И.Н., Павлова И.В., Гайсёнок О.В., Гребенюк Т.Б. Важность анамнестических данных для установления диагноза при болезни Меньера. Случаи из врачебной практики. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2019; 4: 152-155.

Одной из наиболее частых жалоб, предъявляемых пациентами врачам неврологам и терапевтам, является жалоба на головокружение. Под этим термином больные подразумевают самые разнообразные ощущения. Как правило, головокружения можно отнести к одному из четырех клинических типов: 1) системное, 2) предобморочное, 3) нарушение равновесия, 4) психогенное.

Мы хотим подробнее остановиться в данной статье на довольно редком заболевании, при котором в начальной фазе основной жалобой является именно головокружение. Мы наблюдали и установили первичный диагноз – болезнь Меньера в условиях терапевтического стационара ФГБУ ОБП у трех пациенток.

Болезнь Меньера – заболевание, проявляющееся приступами головокружения в сочетании с шумом в одном ухе, снижением слуха, тошнотой, рвотой, нарушением равновесия. Впервые описал это заболевание французский врач Проспер Меньер в 1861 г. (Prosper Ménière; 1799–1862).

Этиология

Начинается болезнь Меньера, как правило, в возрасте 30–50 лет. Чаще болеют мужчины. Заболевание носит приступообразный характер. Этиология и патогенез заболевания до сих пор не окончательно выяснены. Предполагается, что приступы связаны с нарушением тонуса сосудов, снабжающих кровью периферические отделы преддверно-

улиткового нерва, осуществляющего слуховую и вестибулярную функции. Согласно другой версии, непосредственная причина заболевания — повышение давления жидкости (эндолимфы) во внутреннем ухе. Возникает рецидивирующий отек лабиринта вследствие разрыва стенки перепончатого лабиринта, отделяющей эндолимфатическое пространство от перилимфатического. Эндолимфа, содержащая большое количество калия, смешивается с перилимфой, ионный состав которой соответствует внеклеточной жидкости. Избыток калия вызывает деполяризацию преддверно-улиткового нерва [1]. Головокружение обычно имеет системный характер, т.е. ощущение вращения окружающих предметов или самого больного происходит в определенном направлении. После того как приступ проходит, часто выявляется одностороннее снижение слуха; по мере повторения приступов снижение слуха прогрессирует и может наступить глухота. Начинается болезнь, как правило, с одной стороны (одного уха), приступы нерегулярные, могут происходить в любое время суток. Частота приступов сначала нарастает, но затем в течение нескольких лет снижается [2]. Двустороннее поражение в начальный период заболевания встречается редко [1,3].

Клинические проявления

В типичном случае приступ проявляется системным головокружением (вращение предметов в горизонтальной плоскости в противоположную от пораженного уха сторону), чувством падения на пораженную сторону. Сопровождающие симптомы: тошнота и рвота, побледнение кожных покровов лица, повышенная потливость, иногда диарея. В неврологическом статусе может обнаруживаться спонтанный нистагм [4]. Ощущение вращения окружающей обстановки или собственного тела заставляют больного лечь, занимая вынужденное положение, в каждом случае своеобразное, но всегда с приподнятой головой.

Как вариант острейшего приступа, случающееся без предвестников и без видимой причины, описываются отолитовые кризы Тумаркина, когда из-за одностороннего раздражения отолитового аппарата вследствие колебания давления эндолимфы и недостаточности вестибулоспинальных рефлексов происходит внезапное падение больного, не сопровождающееся потерей сознания [1,5]. Приступ, продолжающийся от нескольких минут до нескольких часов, постепенно стихает. Приступы периодически повторяются без какой-либо определенной периодичности. Длительность ремиссий различна — от нескольких недель или месяцев до нескольких лет.

В межприступном периоде на начальном этапе течения болезни Меньера человек, как правило, чувствует себя здоровым. Но через несколько лет становится все более стойкими шум в ухе, низкочастотное снижение слуха, односторонняя вестибулярная гипофункция [1,6]. Всегда отмечается фазный характер заболевания, стереотипность припадков у каждого больного, хотя интенсивность их различна. У некоторых больных можно отметить предвестники приступа в виде появления или усиления шума в ухе, ухудшения походки (нарушается равновесие при поворотах головы, фиксации взора). Касаясь отдельных симптомов заболевания, можно отметить, что шум в ухе при болезни Меньера бывает различного характера и интенсивности, может появиться даже за несколько лет до первого приступа головокружения, но чаще одновременно с ним. Возобновление или усиление шума, как правило, предвещает приступ. Шум чаще односторонний, может быть постоянным, перемежающимся, интенсивность его меняется в течение дня, наиболее резко он выражен по утрам (при других заболеваниях шум усиливается к вечеру). Колебания шума зависят от атмосферного давления. Понижение слуха во время приступа головокружения значительное, затем слух улучшается, но до нормы восстанавливается редко. С каждым приступом туготухость увеличивается. При хронической форме долго нет заметного снижения слуха, при бурной форме может наступить внезапная глухота [6]. Головокружения, наблюдающиеся во время приступа, носят вращательный характер — ощущение вращения окружающих предметов или собственного тела (нередко больной указывает направление вращения), но они могут быть и осязательными — ощущение проваливания пола, кровати, ощущение морской качки.

Дифференциальный диагноз болезни Меньера значительно облегчается ее приступообразным течением, стереотипностью припадков, однако в ряде случаев он бывает затруднен.

Тактика лечения

В консервативном лечении болезни Меньера используют медикаментозные средства (гистаминоподобные, дегидратирующие, вазоактивные, метаболические, транквилизаторы и др.), рефлексотерапию, вестибулярную гимнастику, диету с ограничением поваренной соли. В некоторых случаях эффективно хирургическое лечение. Операции представляют собой либо разновидности шунтирующе-дренирующего вмешательства на эндолимфатическом мешочке, либо деструктивные операции на лабиринте или преддверно-улитковом нерве, а также кохлеарные имплантации [1,6-10].

Прогноз

Прогноз для жизни больного благоприятный, но слух постепенно ухудшается, вплоть до полной глухоты; к этому времени исчезает шум и головокружение. Обычно течение болезни Меньера непредсказуемо: симптомы болезни могут либо усиливаться, либо постепенно ослабевать, либо остаться без изменений. У некоторых больных, страдающих болезнью Меньера, со временем могут появиться и другие проявления. Примерно у 10% больных заболевание может привести к инвалидизации и потере трудоспособности. Приступы головокружения постепенно могут стать чаще и тяжелее, в результате чего больной лишается трудоспособности, не может нормально водить автомобиль, ездить в транспорте и заниматься другой физической активностью. Часто из-за постоянного страха перед очередным приступом развивается тревожно-депрессивное расстройство. Нарушение слуха становится постоянным. У некоторых больных развивается глухота на стороне поражения. Также отмечается переход патологического процесса с одного уха на другое. В таком случае может даже развиться полная глухота. При благоприятном течении болезни у 10% больных симптомы становятся менее выраженными, увеличиваются периоды ремиссии и в целом заболевание начинает протекать в легкой форме. В большинстве же случаев прогноз течения заболевания, снижающего качество жизни пациента, находится между этими крайними вариантами [4].

В то же время отмечаются случаи, когда заболевание постепенно самостоятельно проходит и больше никогда не рецидивирует. Некоторые пациенты, страдающие болезнью Меньера, отмечают, что через 7—10 лет у них постепенно уменьшаются проявления головокружений, приступы появляются реже. У некоторых больных эти проявления могут даже полностью пройти. Кроме того, шум в ушах может тоже исчезнуть, а слух нормализоваться (очень редко).

У трех наблюдавшихся нами пациенток течение заболевания было разным, но все три случая соответствуют классическим описаниям болезни. При этом ни одной из пациенток диагноз болезни Меньера ранее поставлен не был.

Описание клинических случаев

Случай 1. Больная М., 58 лет, поступила в терапевтическое отделение с диагнозом: гипертоническая болезнь II стадии, 2-й степени, риск 3, цереброваскулярная болезнь: дисциркуляторная энцефалопатия 1-й степени, остеохондроз шейного отдела позвоночника, двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость. Жалобы на шум

в ушах, снижение слуха на оба уха (больше справа), головокружения несистемного характера, тревожность, плохой сон, колебания АД, боли в области шеи. Из анамнеза: считала себя больной с 35-летнего возраста, когда проживала в поселке на Крайнем Севере. В это время, через 2 года после вторых родов, на фоне полного здоровья у пациентки внезапно возникли приступы тяжелейшего системного головокружения (с невозможностью стоять на ногах во время приступа; ощущением, что «небо и земля поменялись местами»), сопровождающиеся тошнотой, холодным потом, страхом смерти, интенсивным шумом в ушах. Приступы возникали не реже 1 раза в неделю (а иногда и ежедневно), продолжались от 20–30 мин до 2 ч. Почти всегда приступу предшествовали ощущения звона или шума в ухе, заложенности в ухе, немотивированного беспокойства, «какой-то странной легкости в голове». Во время приступов сразу старалась принять горизонтальное положение (если находилась на улице — ложилась прямо на землю), что несколько облегчало состояние. Неоднократно обращалась к врачам, однако проводимое лечение эффекта не давало, диагноз точно установлен не был. Через 3 года от начала заболевания приступы стали реже, уменьшилась их тяжесть, однако стала замечать все более заметное снижение слуха и практически постоянный шум в ушах. Через 5–6 лет приступы прекратились совсем. В неврологическом статусе на момент осмотра — незначительное снижение рефлексов на руках, несистемное пошатывание в пробе Ромберга. МСКТ головного мозга — признаки мелкоочагового поражения сосудистого генеза. ЦДС МАГ — атеросклеротические изменения без гемодинамически значимых стенозов. Пациентке поставлен диагноз: болезнь Меньера.

Случай 2. Больная К., 32 лет, находилась на обследовании и лечении в отделении терапии с жалобами на снижение слуха и шум в правом ухе. Поступила в стационар с предварительным диагнозом: острая сенсоневральная тугоухость? Правосторонний отит? Из анамнеза: за 6 дней до госпитализации при авиаперелете впервые возникли приступ сильного системного головокружения, боль в правом ухе, шум в нем и резко снизился слух на правое ухо. В предыдущие 2,5–3 года отмечала неоднократные эпизоды заложенности в правом ухе в течение 1–2 дней, сопровождающиеся шумом в ухе в течение 1–2 нед. Интересным анамнестическим фактом является то, что у старшей сестры данной пациентки (возраст 48 лет) правое ухо — полная глухота и левое — значительное снижение слуха. В юности у сестры также наблюдались эпизоды головокружения и шума в ухе. В дальнейшем приступы

головокружения у сестры прекратились, но сохранились шум в ушах и снижение слуха. При осмотре: пациентка тревожна, эмоционально и вегетативно лабильна, отмечается равномерное оживление сухожильных рефлексов по функциональному типу. Данных, указывающих на воспалительные заболевания ЛОР-органов, нет, незначительно снижен слух на высокие частоты справа. МРТ головного мозга – без патологии. На фоне проводимой вазоактивной и метаболической терапии видимого улучшения не наблюдалось. К лечению были добавлены глицерол, анксиолитики – шум в правом ухе уменьшился. Пациентка была выписана на амбулаторное долечивание, однако через 1 мес. приступ повторился по такому же сценарию: системное головокружение, интенсивный шум и боль в правом ухе, ухудшился слух на правое ухо. Пациентке был поставлен диагноз – болезнь Меньера, который был подтвержден при дальнейшем динамическом врачебном наблюдении.

Случай 3. Больная Б., 62 лет, была госпитализирована в терапевтическое отделение для лечения и обследования с диагнозом: гипертоническая болезнь II стадии, 2-й степени, риск 3, кризовое течение, цереброваскулярная болезнь: дисциркуляторная энцефалопатия 2-й степени. Жалобы на приступы системного головокружения и неустойчивости, продолжающиеся по несколько часов, сопровождающиеся шумом в левом ухе. Из анамнеза: первый приступ возник в 28-летнем возрасте, во время сенокоса. Сначала приступы возникали с периодичностью раз в несколько месяцев, а затем стали ежемесячными и даже более частыми, длительными и тяжелыми. Головокружение системное, всегда влево (против часовой стрелки). За несколько часов до приступа ощущала всегда усиление шума в левом ухе и тяжесть в голове, появлялся страх ожидания приступа. Лечилась симптоматическими средствами, к врачам не обращалась. Через 3-4 года, после рождения второго ребенка, приступы стали реже и слабее, и больная на время забыла о них. После 50 лет больная сменила место жительства, переехала в другой регион России. Вновь стали беспокоить приступы системного головокружения, сопровождаясь ощущением «зажженности» в ухе, снижением слуха. Хотя частота приступов, в отличие от начального периода, не нарастала, но они становились все более и более продолжительными, иногда достигая длительности 5-6 ч. Лечилась «сосудистыми препаратами» по поводу недостаточности мозгового кровообращения – без существенного эффекта.

При настоящем обследовании в неврологическом статусе выявлялась рассеянная неврологическая симптоматика: легкая асимметрия носогуб-

ных складок в покое, негрубая анизорефлексия на руках, шаткость при выполнении позы Ромберга и неустойчивость при выполнении теста «4 позиции». На аудиограмме – низкочастотное снижение слуха. При проведении МРТ головного мозга – без очаговой патологии. ЦДС сосудов шеи – гемодинамически значимых стенозов не выявлено. Поставлен диагноз: болезнь Меньера. Во время наблюдения в отделении отмечен приступ головокружения. На фоне приема глицирола 70 мл/сут и дименгидрината 100 мг/сут приступ прекратился и в течение дальнейшего периода наблюдения за пациенткой в отделении не повторялся.

Заключение

В данной публикации мы отразили сложности диагностики давно описанного заболевания – болезни Меньера. В заключение, мы бы хотели отметить, что особое внимание практикующие врачи должны уделять внимательному и полному сбору анамнеза и анализу анамнестических данных конкретного больного, так как именно они в данном случае, а не высокотехнологичные современные инструментальные исследования играют основную роль в правильной постановке диагноза и выборе метода лечения.

Литература

1. Брандт Т., Дитерих М., Штруп М. Головокружение. М.: Практика; 2009. с.200 [Brandt T., Dieterich M., Shirup M. Dizziness. Moscow: Praktika; 2009. p. 200. In Russian].
2. Morrison A.W. Predictive tests for Meniere's disease. Am. J. Otol. 1986; 7: 5-10.
3. Frejo L., Soto-Varela A., Santos-Perez S. et al. Clinical Subgroups in Bilateral Meniere Disease. Front. Neurol. 2016; 7:182. doi: 10.3389/fneur.2016.00182.
4. Vertigo. Dix MR, Hood JD editors. Chichester: John Wiley; 1984. p. 491.
5. Tumarkin A. The otolithic catastrophe: a new syndrome. Brit. Med. J. 1936; 1: 175–177.
6. Благовещенская Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы. М.: Медицина; 1990. с. 432 [Blagoveshchenskaya N.S. Otoneurological symptoms and syndromes. Moscow: Medicine; 1990. p. 432. In Russian].
7. Espinosa-Sánchez J.M., Lopez-Escamez J.A. Menière's disease. Handb Clin Neurol. 2016; 137:257-77. doi: 10.1016/B978-0-444-63437-5.00019-4.
8. Albernaz PLM. Menière's Disease and Disorders of the Carbohydrate Metabolism Involving the Inner Ear. Int. Arch. Otorhinolaryngol. 2019; 23(2):218-220. doi: 10.1055/s-0038-1673698.
9. Whitman G.T. Dizziness. Am. J. Med. 2018; 131(12):1431-1437. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.05.014.
10. Committee on Hearing and Equilibrium Guidelines for the Diagnosis and Evaluation of Therapy in Ménière's Disease. Otolaryngol Head. Neck. Surg. 1995; 113(3):181–185.

Конфликт интересов отсутствует