

## **Коморбидное течение вестибулярного расстройства**

В практике редко встречаются идеальные пациенты. В основном врачу приходится распутывать целый клубок патологий, применяя знания из всех областей медицины. Упорство и ориентированность врача помогут достичь успеха

Клинический случай коморбидного течения вестибулярных нарушений различного уровня. Болезнь Меньера, ДППГ, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, вестибулярная пароксизмия, ПППГ.

Данный случай характерен уникальным сочетанием нескольких патологий, влияющих на вестибулярную систему и находящихся на разных топических уровнях. Разбор данного случая учит комплексно подходить к сочетанной вестибулярной патологии

Пациентка П. 49 лет, учитель начальных классов, предъявляет жалобы на головокружения 4-х типов: 1- приступы продолжительностью 2–3 часа в любом положении тела. Частота приступов примерно 2 раза в неделю. Приступ может провоцироваться алкоголем, недосыпом стрессом. Во время приступа пациентка отмечает усиление шума в правом ухе, снижение слуха. Перед приступом за 30 минут – заложенность уха. Данная ситуация беспокоит около лет, ранее отмечала шум а правом ухе периодического характера 10 лет, на данный момент шум постоянный, напоминает звон. 2- кратковременное сильное головокружение при запрокидывании головы, переходе в сидячее положение из положения лёжа, при укладывании в постели и переворотах во время сна. Продолжительность приступа 30-40 секунд. Данная ситуация беспокоит 2 года. Возникает после приступа головокружения и постепенно уменьшается со временем, но на фоне нового приступа интенсивность позиционного головокружения опять увеличивается. 3- короткие приступы по типу провала. Данная ситуация проявляется в положении стоя и при ходьбе. Может быть несколько раз в день, ухудшается к вечеру и на фоне усталости. Провоцирующим фактором является поворот головы налево. Пациентка старается избегать поворачивать голову в левую сторону. Данная ситуация больше 15 лет, но последние пол года приступы участились. 4- головокружение по типу шаткости и неустойчивости. Усиливается не краю балкона, при движущихся объектах, в больших супермаркетах, особенно, если больная одна.

Длительное время отмечает нарушения сна. Периодически отмечает головные боли, не связанные с головокружениями. В анамнезе гипертоническая болезнь, на данный момент скорректирована терапией кардиолога.

При осмотре: Пациентка беспокойна, нервничает. На вопросы отвечает, во времени и пространстве ориентирована.

Ходит ровно, при закрытых глазах появляется умеренная шаткость, которая уходит при минимальной поддержке (даже касании). Спонтанный нистагм влево I горизонтальный, при снятии фиксации (в очках Френзеля) увеличивается до III степени. Проба Водека-Фишера – влево, проба Баре-Фишера и феномен Оттана отрицательные. Чувствительность и подвижность лица сохранены, не нарушены. Противостояния глазных яблок не выявлено. При поочерёдном закрытии – центральное смещение не выявлено, вертикального смещения нет. Проба Унтербергера – отклоните вправо на 90°, шейкинг проба – не показательна из-за наличия спонтанного нистагма, импульс тест (проба Хальмаги) – положительный вправо, больная с трудом разрешает выполнить из-за страха спровоцировать головокружение.

Надавливание на козелок, пневматическая проба, самопродувание – без нистагмального ответа.

Камертонально – нарушение слуха на оба уха по смешанному типу до уровня III степени тугоухости. Аудиометрически: снижение слуха на правое ухо по смешанному типу до III степени тугоухости. Нарушение плавного слежения и саккад незначительное за счет отсроченной реакции. Адиадохокинез не выявлен. Проба Миньковского, непрямая отолитометрия, субъективная вертикаль, проба Циммермана отрицательные.

Проба Холпайка, Брандта-Дорофа – остатки ротаторного геотропического нистагма слева 7-10 секунд после латентного периода в 5 секунд, МакКлюра-Пагнини, Воронова-Бабиака (глубокий Холпайк) без особенностей.

Проба на гипервентиляцию – появление вертикального нистагма вниз.

МРТ: увеличение сакулярной и утрикулярной макул справа с формированием единой полости, II степень эндолимфатического гидропса, признаки вазоневрального конфликта преддверно-улиткового нерва справа.

З С DS: Хроническая ремитирующая лабиринтопатия, вероятная болезнь Меньера.

Хроническая правосторонняя сенсоневральная тугоухость. Субъективный шум.

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение справа, каналолитиаз заднего полукружного канала, остаточные явления. Вестибулярная пароксизмия.

Постуральное персистирующее перцептивное головокружение.

Лучение:

Проведено:

Проведено позиционное маневрирование по системе Эпли 1 и Ракхо на правую сторону.

Общие рекомендации:

1. Наблюдение невролога и ЛОР врача по месту жительства.
2. При сохранении приступов возможна госпитализация на ЛОР отделение.
3. Аудиометрический контроль 1 раз в год.
4. Диета с ограничением соли до 2х грамм в сутки.
5. Питьевой режим – ограничение жидкости после 19.00.
6. Избегать запрокидывания и наклона головы.
7. 1 ночь строго на левом боку. Затем 3 ночи не ложиться на правый бок, спать либо на спине на высокой подушке, либо на левом боку. Затем 3 недели без поворотов и запрокидывания головы. затем 3 месяца без провокаций: спарринг, занятие йогой, пилатес, мануальная терапия, МРТ, длительное запрокидывание и наклонов головы, например у парикмахера и стоматолога, перелетов на самолете.

Лекарственная терапия:

1. **Венотоническая терапия** (Флебодиа 600 1 таблетка утром 2 месяца 2 раза в год).
2. **Бетагистин** (Бетасерк 24 мг 2 раза в день не менее 1 года. Затем курсами по 4 месяца 2 раза в год).
3. **Дегидротация** (Диакارب 1 таблетка утром 3 дня с панангином 1 таблетка 3 раза в день на время приема Диакарба, затем 5 дней перерыв и повтор 3 дня, каждый месяц).
4. **Нейропротективная, восстановительная терапия** (Нобен 30 мг 1 таблетка утром 1 таблетка в 17.00 3 месяца, Траумель по 1 таблетке 3 раза в день за 15 минут до еды. Таблетку следует держать во рту до полного рассасывания 3 недели).
5. **Успокаивающая терапия:** Валерианохель по 15 капель, предварительно разведенных в 100 мл воды, 3 раза в день, вечером применять по 20 капель, за 30 минут до еды или через 1 час после приема пищи 3 недели
6. **Профилактика осложнений** после приступа Вертигохель 1 таблетка 3 раза в день.

Снятие приступа

1. Вертигохель по 1 таблетке каждые 15 минут в течении 2х часов
2. Драмина 1-2 таблетки в зависимости от интенсивности приступа.

Больная наблюдалась в динамике в течении 1 года.

Позиционные головокружения не отмечала уже на 5 день после проведенного позиционного маневрирования, когда смогла повернуться на больной бок.

При начале терапии было 2 приступа с промежутком в 2 недели, проявляясь невыраженным головокружением без вегетативной симптоматики, значительно легче переносились больной, последние 8 месяцев приступов головокружения нет.

Кратковременные головокружения появляются примерно 1 раз в 2 месяца и только на фоне сильного переутомления.

Нарушение слуха скомпенсировано подбором слухового аппарата, что позволило значительно снизить и выраженность шума.

У пациентки наладился сон.

У пациентки относительно типичная картина течения болезни Меньера, но лечение только данной проблемы, не подходу к патологии в полном объеме не позволит восстановить качество жизни, так как и позиционное головокружение, которое по всей видимости является следствием эндолимфатического гидропса и течет по типу отолитовых кризов и вестибулярная пароксизмия, которая является врожденной патологией и проявлялась задолго до болезни Меньера как мы видим из анамнеза могут провоцировать рецидивы болезни Меньера. Шаткость в больших пространствах и страх обусловлены соматоформным расстройством и являются прямым следствием комплексной вестибулярной дисфункции.

Данный случай интересен тем, что здесь представлено комплексное воздействие на организм пациентки различных вестибулярных нарушений: периферический уровень – улитка – ДППГ и болезнь Меньера; вестибулярный нерв – вестибулярная пароксизмия; центральная компенсация – постуральное персистирующее перцептивное головокружение.

Пациентка находится в периоде гормональных изменений (климакс), данная ситуация могла быть стартовой для активации комплексной вестибулярной патологии.