

краевое государственное бюджетное профессиональное учреждение
«КРАСНОЯРСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ
им В. М. Крутовского»

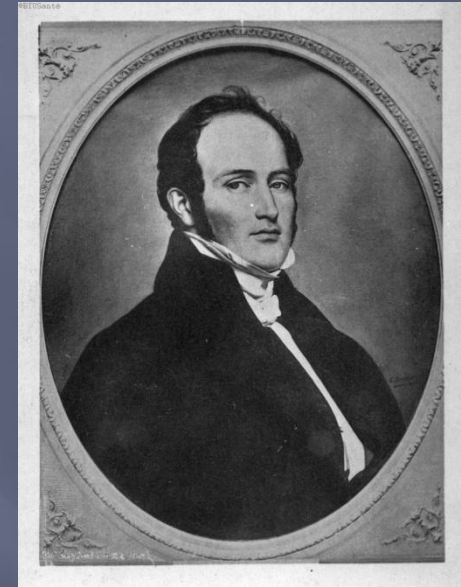
БОЛЕЗНЬ МЕНЬЕРА

Подготовила: Михайлова Любовь Александровна
Проверила: Пуртова Ольга Николаевна

Красноярск
2018 г

Болезнь Меньера

- Болезнь Меньера (эндолимфатический гидропс или водянка) — негнойное заболевание внутреннего уха, характеризующееся увеличением объема эндолимфы и повышением внутрилабиринтного давления.
- Относится к редким заболеваниям, согласно данным разных авторов, частота заболевания варьирует от 20 до 200 случаев на 100 000 населения.



Проспер Меньер
(1799-1862)

Причины

- Сосудистые нарушения;
- Нарушение иннервации;
- Нарушение питания;
- Инфекционные процессы;
- Аллергические процессы;
- Наследственные факторы;
- Профессиональные факторы;



Признаки и симптомы



Болезнь протекает хронически с рецидивами;

Головокружение

- Головокружение в данном случае называется лабиринтным. Оно объясняется сдавливанием рецепторов вестибулярного аппарата.
- Другим важным симптомом, связанным с лабиринтным головокружением, является нистагм.

Часто головокружение во время приступа имеет следующие особенности:

- внезапное начало;
- пациент падает или старается сразу принять горизонтальное положение;
- обычно больные закрывают глаза (это устраняет диссонанс между визуальной информацией и ощущениями от вестибулярного аппарата);
- приступ может быть спровоцирован физической или эмоциональной нагрузкой (они вызывают изменения сосудистого тонуса);
- изменение положения тела (например, попытка встать) во время приступа усиливает головокружение и тошноту;
- иногда бывает рвота;
- резкие и громкие звуки также ухудшают состояние пациента;
- чаще всего приступы начинаются ночью (если пациент не спит) или утром, сразу после пробуждения, но строгой зависимости от времени суток нет;
- у пожилых людей головокружение выражено слабее, чем у молодых.

Снижение слуха

- ▣ Обычно слух при болезни Меньера снижается прогрессивно. В самом начале болезни, в период ремиссии, острота слуха нормальная. Однако во время приступа появляется выраженная тугоухость. Пациент жалуется на то, что ухо внезапно заложило. Иногда умеренное снижение остроты слуха предшествует головокружению и наступлению приступа в целом.
- ▣ Больной может предъявлять различные жалобы и по-разному описывать свое состояние. Иногда это чувство давления или распиравания в ухе, иногда – чувство заложенности. В период ремиссии острота слуха может возвращаться к нормальным показателям. Однако со временем (через годы периодических приступов) слух все же ухудшается необратимо. Связано это с постепенной дегенерацией нервной ткани.

Шум в ушах

- ▣ Шум в ушах слышится пациентам из-за сдавливания жидкостью канала в лабиринте. В норме тут проходят звуковые волны из среднего уха, но при сдавливании избытком жидкости эти волны генерируются случайно и расшифровываются мозгом как шум. Шум почти всегда односторонний, в том же ухе, которое начинает плохо слышать.

В целом приступ обычно длится от нескольких часов до нескольких дней. Постепенно нарастающая тугоухость иногда появляется за несколько дней до полноценного приступа, а некоторые симптомы сохраняются еще некоторое время после его окончания. Период ремиссии между двумя приступами болезни Меньера может длиться несколько недель, месяцев или даже лет. Зависит это от многих факторов.

Стадии

- **Первая (начальная) стадия.** Болезнь появляется впервые, и ее проявления могут быть различной степени интенсивности. Иногда приступ проявляется мурашками по коже, потемнением в глазах. Головокружение обычно длится не слишком долго (несколько часов), но может быть очень сильным. В период между приступами ни головокружения, ни нарушений координации, ни снижения слуха не отмечается. При обследовании пациента признаки отека (гидропса) внутреннего уха можно обнаружить только во время приступов. Диагностировать же болезнь в период ремиссии практически невозможно.
- **Вторая стадия.** На данном этапе болезнь приобретает классическое течение. Во время приступа практически всегда есть основная триада симптомов. В период ремиссии иногда может появляться спонтанное снижение слуха, чувство заложенности в ухе. В той или иной степени гидропс внутреннего уха присутствует постоянно, и его можно обнаружить в период ремиссии. Приступ представляет собой лишь еще более сильное, чем обычно, повышение давления.
- **Третья стадия.** На данной стадии приступы головокружения могут быть уже не так интенсивны. Чаще наблюдается постоянное, а не периодическое нарушение координации движений, меняется походка, становясь более шаткой и неуверенной. При этом жалобы на головокружение встречаются реже. Это объясняется необратимыми изменениями на уровне рецепторов вестибулярного аппарата. Другими словами, рецепторы частично разрушаются и больше не посылают нервных импульсов в мозг.

Диагностика

- ▣ Сбор анамнеза:
 1. Перенесенные травмы головы;
 2. Перенесенные инфекции уха;
 3. Наличие сопутствующих заболеваний;
 4. Принимает ли пациент регулярно какие-либо препараты (действие некоторых отражаются на органе слуха);
 5. Частота и продолжительность приступов; условия, в которых возникает приступ;
 6. Место работы пациента (имеются ли вредные факторы, способствующие появлению болезни);
 7. Зависимость приступов и симптомов от погоды (в частности, перепады атмосферного давления);
 8. Наличие аллергии на что-либо.

- ▣ Лабораторные исследования;
 - ОАК;
 - БАК;
 - Тест на гормоны щитовидной железы;
 - Серологические методы;
- ▣ Доплерография;
- ▣ Аудиограмма;
- ▣ МРТ;

Дифференциальная диагностика

Проявления болезни Меньера можно ошибочно принять за следующие патологии:

- ▣ Вертебробазилярная недостаточность (проблемы с кровообращением в сосудах головного мозга);
- ▣ Опухоли в области мозжечка;
- ▣ Последствия травмы черепа;
- ▣ Воспаление слухового нерва;
- ▣ Рассеянный склероз;
- ▣ Отосклероз;
- ▣ Острый или хронический средний отит.

Лечение

- ▣ Лечение болезни в основном симптоматическое, направленное на борьбу с проявлениями патологии. В период между приступами оно сводится к профилактическим мероприятиям, а во время самих приступов – к попыткам улучшения общего состояния.

Медикаментозное лечение болезни Меньера.

В наши дни нет единой общепризнанной схемы медикаментозного лечения пациентов с болезнью Меньера. Чаще всего врачи исходят из симптомов и жалоб, присутствующих у пациента на момент обследования. Поскольку общее состояние у различных больных может быть разным, то и спектр назначаемых средств может быть достаточно широким.

Вторая группа препаратов – средства для долгосрочного лечения. Их больные принимают в течение долгих лет. Целью этого лечения является профилактика приступов, нормализация обменных процессов и воздействие на возможные механизмы развития болезни. Поскольку однозначно причины болезни Меньера не установлены, то и эффективность этого лечения относительная.

Чаще всего в лечении болезни Меньера прибегают к следующим группам лекарственных препаратов:

- Противорвотные средства.
- Мочегонные средства (диуретики).
- Сосудорасширяющие средства (вазодилататоры).
- Средства, улучшающие мозговое кровообращение (ноотропные препараты).
- Спазмолитики.

Лекарства при болезни Меньера

Название препарата	Состав и форма выпуска	Дозировка и режим приема
Дименгидринат (драмина, сизель)	Таблетки по 50 мг	По 50 мг 2 - 3 раза в сутки.
Дифенгидрамин (димедрол)	Таблетки по 50 мг, раствор 10 мг/1 мл	По 1 таблетке 1 - 2 раза в сутки или по 2 - 3 мл внутримышечно или внутривенно 1 раз в сутки.
Циклизин	Таблетки по 50 мг	По 50 мг 3 - 4 раза в сутки, максимальная доза 200 мг в сутки.
Меклозин (бонин)	Таблетки и жевательные таблетки по 25 мг	12,5 - 25 мг 1 - 2 раза в сутки.
Прометазин (пипольфен)	Драже по 25 мг, раствор 50 мг/2 мл	По 1 драже 2 - 3 раза в сутки или по 1 - 2 мл внутримышечно или внутривенно 2 раза в сутки.
Скополамин	Трансдермальные пластыри	Наклеивать на здоровую кожу без волос, на участке за ухом, максимально на 72 часа.

Физиотерапия

- **Ультрафиолетовое облучение воротниковой зоны.** Процедуру начинают с двух биодоз, при последующих облучениях увеличивая на одну биодозу. Проводится 5 раз за курс с частотой через день.
- **Дарсонвализация воротниковой зоны.** Применяются процедуры длительностью 3 минуты. Их повторяют по 10 - 15 раз.
- **Электрофорез новокаина, бромида натрия, диазепамы, сульфата магния** (по показаниям, иногда и при синдроме Меньера). Оказывает успокаивающее действие, спазмолитическое (расслабляющее), местноанестезирующее (обезболивающее). Продолжительность курса – по 10 - 15 минут в течение 10 дней.
- **Ванны - йодобромные, хвойные, морские.** Воду прогревают до 36 - 37 градусов, с длительностью процедуры 10 минут, по 10 - 15 сеансов.
- **Массаж воротниковой зоны и головы** курсами по 10 - 15 сеансов.

Хирургическое лечение

- ▣ Химическая лабиринтэктомия;
- ▣ Вестибулярная нейрэктомия;
- ▣ Шунтирование эндолимфатического мешка;

Прогноз

Однозначный прогноз для больных с болезнью Меньера дать трудно. Дело в том, что у каждого пациента обычно имеются индивидуальные особенности. В основном эти особенности сводятся к частоте и выраженности приступов болезни. Это, в свою очередь, влияет на трудоспособность пациентов. Кроме того, каждый больной по-разному отвечает на прописанное лечение. Иногда для облегчения состояния требуются стандартные препараты и дозы, в других же случаях врачам приходится перепробовать самые разные методы лечения, пока удастся облегчить состояние пациента.