

ЛЕКЦИЯ № 12

Заболевания внутреннего уха (2) Болезнь Меньера, Отосклероз

Проф. Л.А. Лучихин

**Кафедра ЛОР-болезней (зав. — член-корр.
РАМН проф. В.Т.Пальчун) лечебного
факультета ООО ВПО РГМУ**

**Москва
2008**

Основные вопросы

- Особенности клиники, диагностики и лечения болезни Меньера
- Особенности клиники, диагностики и лечения отосклероза

Болезнь Меньера

Заболевание характеризуется триадой клинических признаков:

- периодически возникающие приступы головокружения, сопровождающиеся тошнотой и обморочным состоянием больного, но без потери сознания, расстройством равновесия;
- прогрессирующая односторонняя тугоухость
- шум в этом же ухе.

Этиология болезни Меньера

Этиология болезни Меньера неизвестна. Чаще упоминаются такие причины ее возникновения:

- ангионевроз, вегетативная дистония, нарушение обмена эндолимфы и ионного баланса внутрилабиринтных жидкостей;
- вазомоторные и нервно-трофические расстройства;
- инфекция и аллергия;
- нарушение питания, витаминного и водного обмена.

Патогенез болезни Меньера

Патогенетической основой болезни считается повышение внутрилабиринтного давления (гидропс лабиринта)

- **Механизм развития гидропса:**
 - гиперпродукция эндолимфы;
 - снижение ее резорбции;
 - нарушение проницаемости мембранных структур внутреннего уха
- **Методы выявления гидропса лабиринта:**
 - глицероловый тест;
 - ксилитовый тест;
 - фурасемидный тест.

Клиника болезни Меньера

- **Приступ характеризуется:**
 - сильным головокружением системного характера;
 - вегетативными нарушениями;
 - усилением шума в больном ухе, сопровождающимся ощущением заложенности и оглушения;
 - появлением спонтанного нистагма, обычно в сторону больного уха.
- **Частота приступов:**
 - 1–2 раза в неделю или месяц — **частые;**
 - 1–2 раза в год — **редкие;**
 - 1 раз в несколько лет — **эпизодические**

Стадии болезни Меньера:

- *начальная*, или обратимая стадия — гидропс выявляется лишь в период, непосредственно предшествующий приступу;
- стадия *выраженных клинических проявлений* — характеризуется наличием всего симптомокомплекса болезни Менгера, внутрилабиринтное давление повышено постоянно;
- *конечная или «перегоревшая»* стадия — исчезновение флюктуации слуха, исчезает костно-воздушный разрыв на тональной аудиограмме, кривые приобретают нисходящий вид, как при нейросенсорной тугоухости. В этот период выполнение дегидратационного теста уже не приводит к улучшению слуха.

Диагностика болезни Меньера (кохлеарные проявления)

- Снижение слуха сначала *кондуктивного*, затем *смешанного* характера преимущественно в области низких частот.
- *Флюктуация* (изменчивость) слуха.
- *Положительный ФУНГ*.
- Шум в ухе беспокоит больного задолго до развития вестибулярных расстройств и носит преимущественно низкочастотный характер.

Диагностика болезни Меньера (вестибулярные проявления)

- Вестибулярные расстройства во время приступа болезни Меньера протекают по периферическому типу:
 - системное головокружение в виде вращения окружающих предметов;
 - горизонтально-ротаторный спонтанный нистагм;
 - двустороннее отклонение рук в сторону медленного компонента нистагма при выполнении координационных проб;
 - спонтанный нистагм, обладающий чрезвычайной изменчивостью направления в момент приступа.

Дифференциальный диагноз

Дифференцировать болезнь Меньера следует с различными поражениями вестибулярного анализатора:

- с сосудистым;
- токсическим;
- инфекционным;
- травматическим;
- опухолями мостомозжечкового угла;
- с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением (ДППГ)

Лечение болезни Меньера в момент приступа:

- Постельный режим.
- Исключить яркий свет и резкие звуки, к ногам — грелка, на шейно-затылочную область горчичники.
- Подкожно 1 мл 0,1%-ный раствора сульфата атропина.
- Внутримышечно 2 мл 2,5%-ного раствора пипольфена или супрастина.
- Внутривенно — 10–20 мл 40%-ного раствора глюкозы или 10 мл 5% раствора новокаина.
- Иногда прибегают к внутримышечному введению 1 мл 2%-ного раствора промедола или 1 мл 2,5%-ного раствора амиазина в комбинации с указанными выше препаратами.
- Интрамеатально или парамеатально вводят 1–2 мл 1–2%-ного раствора новокаина.

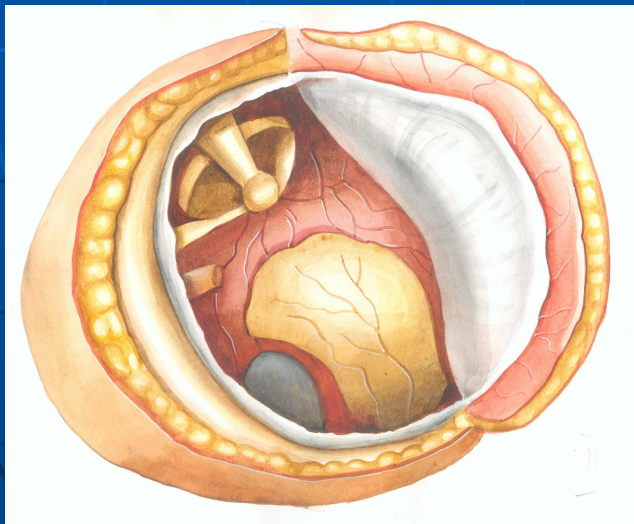
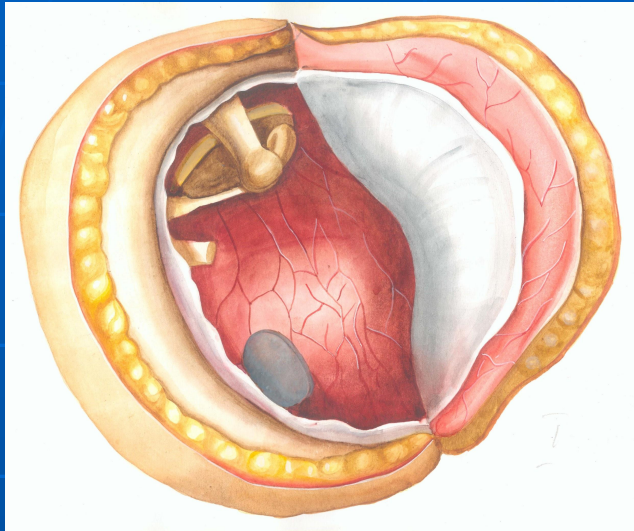
Консервативное лечение болезни Меньера во внеприступный период:

- Щадящая диета с ограничением поваренной соли и жидкости, обогащенная витаминами, исключение курения и алкоголя.
- Средства, улучшающие микроциркуляцию в сосудах головного мозга и во внутреннем ухе (внутривенно капельно реополюгликин, гемодез, реоглюман, маннитол), а также улучшающие мозговое кровообращение (стугерон, трентал, кавинтон, милдронат, вазобрал и др.).
- Длительное (3–4 месяца) лечение бетасерком по 16 мг 3 раза в день.
- Курс внутривенных капельных вливаний 5%-ного раствора гидрокарбоната натрия по 50–100 мл ежедневно в течение 15 дней.
- Гипербарическая оксигенация.
- Различные виды рефлексотерапии (акупунктура, лазеропунктура, магнитолазерное воздействие и др.).
- Лечебная физкультура, вестибулярная реабилитация на стабیلлографической платформе

Хирургическое лечение болезни Меньера

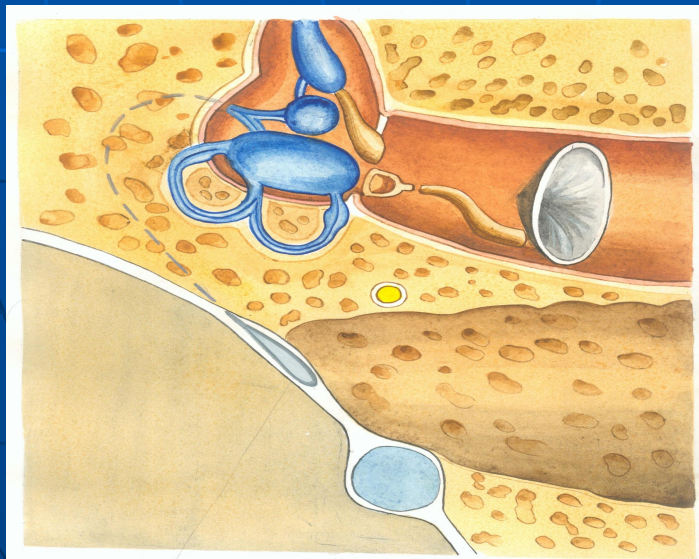
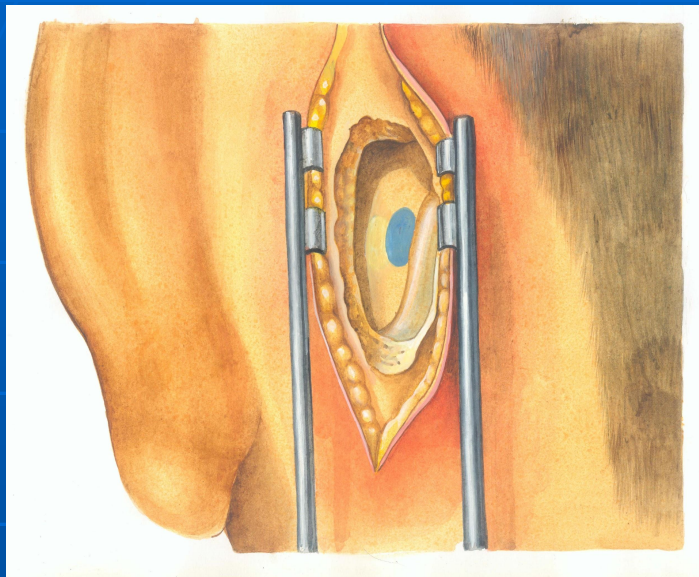
- Хирургические вмешательства на вегетативной нервной системе (перерезка барабанной струны, разрушение нервного сплетения на промоториуме, разрушение шейного звездчатого узла).
- Декомпрессивные хирургические вмешательства (вскрытие мешочков преддверия, дренирование, шунтирование или декомпрессия эндолимфатического мешка).
- Деструктивные операции на лабиринте или вестибулярной части преддверно-улиткового нерва (перерезка кохлеовестибулярного нерва, лазеродеструкция лабиринта и др.).

Хордоплексустомия



- Эффективна в начальной стадии болезни Меньера, при ушном шуме а также в тех случаях, когда декомпрессия эндолимфатического мешка не может быть выполнена из-за наличия тяжелых сопутствующих заболеваний.

Вскрытие эндолимфатического мешка



- Вмешательство показано во II стадии заболевания, при наличии гидропса лабиринта.

Отосклероз —

это заболевание, в основе которого лежит двусторонний ограниченный остеодистрофический процесс в костном лабиринте, проявляющееся снижением слуха и шумом в ушах.

Эпидемиология отосклероза:

- заболеванием страдают около 1% населения;
- преобладающий возраст впервые заболевших — от 30 до 45 лет;
- чаще болеют женщины (63–84%), нередко отмечается факт отягощенной наследственности, заболевание прогрессирует после беременности, родов.

Этиология отосклероза.

- Существует более 30 различных теорий, объясняющих этиологию отосклероза. Наиболее значимы:
 - **генетическая:** заболевание наследуется по аутосомально-доминантному типу и выявляется у 40% лиц, являющихся носителями генетических дефектов;
 - **метаболическая:** в основе заболевания лежит дисфункция эндокринных желез;
 - **гормональная:** расстройствами в гормональной сфере можно объяснить более частое выявление отосклероза у женщин, причем прогрессирование заболевания связывают с беременностью.

Патоморфология отосклероза.

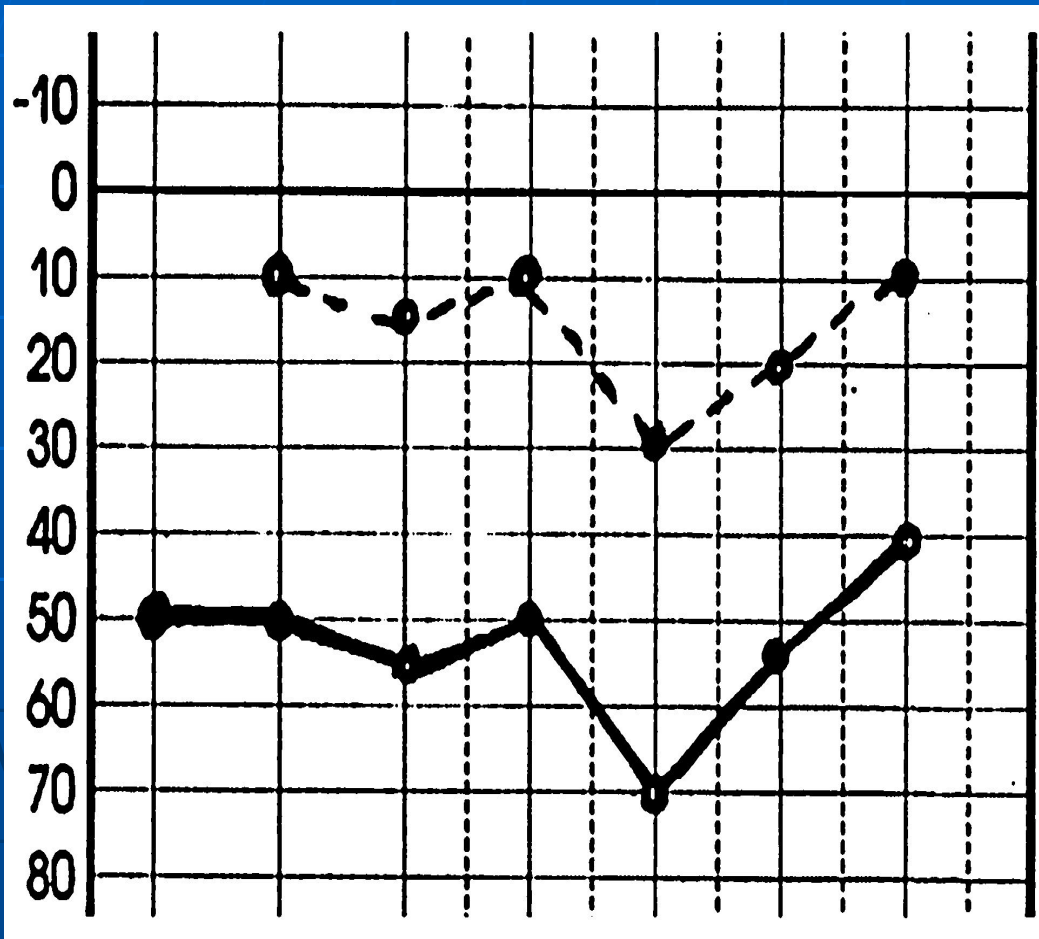
- Активная стадия:
 - повышенная активность остеокластов — костная ткань декальцинируется — образование ограниченного очага спонгиозной кости, содержащей большое количество богатых кровеносными сосудами костномозговых пространств.
- «Зрелая» стадия:
 - незрелая губчатая кость вторично рассасывается — происходит формирование зрелой склерозированной кости.

При распространении процесса на основание стремени и кольцевидную связку развивается анкилоз стремени.

Клиника отосклероза

- Жалобы больного — на снижение слуха и шум в ухе (чаще с одной стороны, но процесс может быть сразу двусторонним).
- По характеру поражения звукопроводящего и звуковоспринимающего аппарата выделяют три клинические формы отосклероза:
 - тимпанальную;
 - смешанную;
 - кохлеарную.
- Симптом *paracusis Willisii*.
- При аудиометрии:
 - разрыв между порогами слуха при костном и воздушном проведении;
 - повышение порога по костному проведению на частоте 2000 Гц (зубец Кархарта)

Аудиограмма при отосклерозе



- Тугоухость справа II степени смешанная с преобладанием кондуктивной.
- Костно-воздушный разрыв на речевых частотах (резерв улитки) 35–40 дБ.
- Повышение порога по костному проведению на частоте 2000 Гц (зубец Кархарта).

Диагностика отосклероза:

- Для дифференциальной диагностики *отосклероза и сенсоневральной тугоухости* проводят исследование слуха *ультразвуком* (по Б.М. Сагаловичу). При отосклерозе ультразвук воспринимается при такой же интенсивности, как и в норме, или с небольшим увеличением ее, тогда как при СНТ восприятие ультразвука ухудшается в 2–3 раза по сравнению с нормой.
- При тимпанометрии с регистрацией акустического рефлекса тимпанометрическая кривая не претерпевает существенных изменений (тип А по классификации Jerger, 1970), в то же время акустический рефлекс часто отсутствует или может быть «инвертирован» при стимуляции как больного уха, так и субъективно «здорового».

Лечение отосклероза.

- Ведущий метод — **хирургический**.

Три типа операций для улучшения слуха у больных отосклерозом:

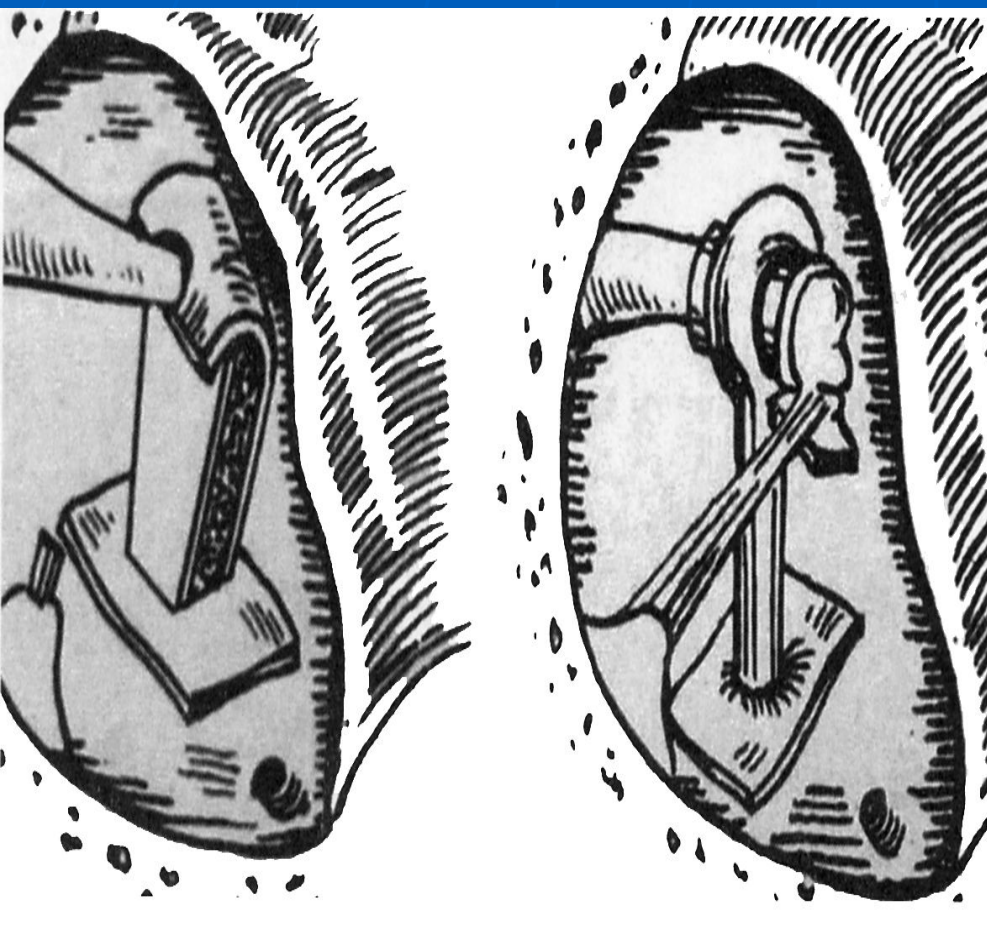
- фенестрация лабиринта;
- мобилизация стремени;
- стапедэктомия со стапедопластикой.

Виды **консервативного** лечения:

- 0,3%-ный раствор натрия фторида в сочетании с витамином Д3 и препаратами кальция перорально, 1%-ный раствор — эндауральный электрофорез, фонофорез;
- электрофорез сульфата магния.

Варианты стапедопластики

а б



а — с
использованием
аутохряща;

б — с тефлоновым
протезом

Схема поршневой стапедопластики

