

Дифференциальная диагностика системных головокружений — масок болезни Меньера

Н.Л. Кунельская, М.В. Тардов, Е.В. Байбакова, М.А. Чугунова, З.О. Заева, А.А. Филин

Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

В статье анализируются 40 историй заболевания пациентов с трудно курабельными меньероподобными приступами. Обсуждаются принципиально важные данные анамнеза и результаты дополнительных методов обследования, позволяющие установить правильный диагноз и определить соответствующую лечебную тактику. Делается вывод о важности выявления наличия и точной характеристики цефалгического синдрома у пациентов с системными головокружениями.

Ключевые слова: болезнь Меньера, мигрень базилярного типа, гидропс лабиринта, шейная мигрень, системное головокружение.

Головокружение — одна из самых частых жалоб на амбулаторном приеме терапевта, невролога и оториноларинголога [2, 3]. Системное головокружение, т.е. ощущение смещения предметов или самого человека в определенном направлении, считается характерным признаком поражения периферического отдела вестибулярного анализатора. Классическим примером такого поражения является гидропс лабиринта при болезни Меньера (БМ). Клиническая картина описана автором в 1861 г. и включает приступы вращательного головокружения, снижение слуха и шум в ухе [9].

Несмотря на более чем полуторавековую историю изучения БМ, отнюдь не всегда результаты консервативного и даже оперативного лечения больных с типичной симптоматикой достаточно эффективны. Следует отметить, что БМ поражает преимущественно молодых людей, а ее приступы изнуряют и ведут к инвалидности. Нередко приступы головокружения настолько тяжелы, что пациенты не придают значения прочей сопутствующей симптоматике, что приводит к неправильной диагностике и назначению неадекватного лечения. Часто за кадром остается такой важный симптом, как головная боль, связанная с «типичным приступом болезни Меньера». Причины неэффективной терапии зачастую остаются неясными, а пациенты мигрируют между неврологическими и оториноларингологическими стационарами, накапливая разнообразные диагнозы и в итоге ограничивая свою жизненную активность пределами квартиры.

Описанная проблема определила **цель исследования:** выявление заболеваний, протекающих в форме характерных для БМ приступов.

Материалы и методы

Работа выполнена на основании анализа историй болезни 40 человек, направленных с диагнозом

БМ для обследования и лечения в МНПЦО в 2010–2012 гг. В группу вошли 28 женщин и 12 мужчин в возрасте 19–68 лет. Учитывая сходство основных жалоб, пациентов не разделяли по возрастным категориям. Первым критерием включения в исследование было наличие приступов системного головокружения, сопровождающегося тошнотой или рвотой, нарушением слуха и шумом в ухе. Вторым критерий включения — наличие головных болей, связанных по времени возникновения с приступами головокружения. Из исследования исключались пациенты с тяжелой соматической патологией, явно определяющей тяжесть состояния.

После детального сбора анамнеза осуществлялись неврологический и отоневрологический осмотр. Всем 40 пациентам проводили аудиометрическое и комплексное вестибулологическое исследования: видеоокулографию, исследование окуломоторных реакций, пробы на равновесие и координацию, позиционные тесты, битермальную калоризацию лабиринтов, электрокохлеографию. В комплекс обследования были включены ультразвуковое ангиосканирование брахиоцефальных артерий (УЗАС) с функциональными пробами и транскраниальная доплерография (ТКД), а также МРТ головного мозга и рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами.

Результаты

Длительность течения болезни до постановки диагноза колебалась в широких пределах — до 25 лет: преобладали случаи с продолжительностью анамнеза 2–10 лет (29 больных); в 4 случаях — менее 2 лет, в 7 случаях — более 10 лет.

Всегда ядром страдания были изнуряющие приступы системного, обычно вращательного, головокружения, сопровождавшегося появлением или усилением шума в одном ухе и снижением слуха в нем, обильными



вегетативными симптомами, такими как тошнота, рвота, гипергидроз, тахикардия, побледнение кожных покровов, позывы на уринацию и дефекацию. Частота приступов колебалась от одного раза в несколько месяцев до ежедневных, длительность — от 40 минут до нескольких суток.

Следует подчеркнуть, что наличие ежедневных или многократных в течение одного дня приступов, так же как и приступов длительностью более 3–5 часов, сразу ставит под сомнение диагноз БМ. В изучаемой группе из 40 пациентов у 26 пароксизмы имели указанные нехарактерные черты.

Важнейшим явлением для постановки клинического диагноза, на наш взгляд, у всех пациентов, включенных в исследование, следует считать наличие головных болей, ассоциированных с приступами головокружения. При этом общей закономерности в хронологии появления жалоб на боли, шум в ухе, снижение слуха, приступы головокружения выявить не удалось.

Уточнение характера болевых феноменов позволило нам выделить два варианта синдрома (табл. 1). Первый тип — пульсирующие боли преимущественно затылочной или гемикранической локализации, возникающие через определенный период после начала головокружения, второй тип — ноющие боли в шейно-затылочной области, нередко иррадиирующие в глаз и предшествующие появлению вестибуло-кохлеарной симптоматики. К первой группе отнесли 17 человек, ко второй — 23 человека.

При болях первого типа чаще отмечались фото- и фонофобия, а рвота приносила облегчение. У 14 из 17 пациентов с таким болевым синдромом в анамнезе имели место различные варианты мигрени. Описанная картина заболевания в соответствии с Международной классификацией головной боли II пересмотра 2003 г. позволила заподозрить мигрень базилярного типа (МБТ) — одну из редких форм мигрени с симптомами ауры, происходящими из ствола мозга и/или обоих полушарий, и не сопровождающаяся моторной слабо-

Таблица 1. Клинико-anamnestическая характеристика головных болей у пациентов с приступами системного головокружения (n = 40)

Феномены	Количество больных
Ноющие боли до приступа головокружения	23
Пульсирующие боли после начала головокружения	17
Фото- и фонофобия во время приступа болей	32
Рвота во время приступа болей, приносящая облегчение	18
Мигренозные приступы в анамнезе	15
Кранио-цервикальная травма в анамнезе	8
Привычные нагрузки на шейный отдел позвоночника	34
Асимметричный гипертонус шейных мышц	31
Триггерные точки в мышцах шеи	26

стью [1, 4]. Иными словами, приступ головокружения у этих пациентов представлял собой ауру мигренозного пароксизма [5, 8].

Однако лишь в 11 случаях из 17 заболевание можно было расценивать как первичную головную боль — МБТ. В других 6 случаях изучаемые приступы стабильно провоцировались резким движением шеи или непосредственной стимуляцией триггера в одной из перикраниальных мышц. Таким образом, описываемые боли носили вторичный цервикогенный характер, несмотря на формирование «типичного» приступа с аурой.

У пациентов с болями второго типа отмечали более грубые изменения на рентгенограммах шейного отдела позвоночника, в 14 случаях были выявлены аномалии краниовертебральной области: Арнольда-Киари, Киммерле, патология атланта-аксиального сустава, а также мышечно-тонические феномены шейного уровня (табл. 2). У 8 из 23 пациентов выявлены острые краниоцервикальные травмы в анамнезе; а в 34 случаях из всех изучаемых 40 — вынужденное фиксированное положение шеи и головы в процессе работы как фактор хронической травматизации рефлексогенных зон. У большинства пациентов с шейно-затылочными болями удавалось обнаружить ультразвуковые признаки экстравазальных влияний на одну или обе позвоночные артерии, а также их деформации до вхождения в канал или в канале поперечных отростков.

Таблица 2. Феномены, выявленные методами лучевой диагностики у пациентов с приступами системного головокружения (n = 40)

Метод	Феномены	Количество больных
Рентгенография шейного отдела позвоночника	Спондилолистез	16
	Нестабильность позвоночного двигательного сегмента	33
МРТ головного мозга	Очаги глиоза	21
	Перивентрикулярный лейкоареоз	7
	Пролабирование миндалик мозжечка в большом затылочном отверстии	5
Ультразвуковое ангиосканирование брахиоцефальных артерий	Деформация позвоночной артерии	10
	Экстравазальные влияния на позвоночную артерию	18

Нейровизуализационные признаки патологии головного мозга регистрировались в обеих исследуемых подгруппах и коррелировали с длительностью анамнеза и нестабильностью артериального давления как с подъемами, так и с коллаптоидными явлениями. В пяти случаях зарегистрировано пролабирование



миндаликов мозжечка в большое затылочное отверстие до 7 мм.

Таким образом, клиническая картина в совокупности с данными дополнительных методов исследования позволила диагностировать у 5 больных синдром Арнольда-Киари I типа [7], а в остальных 18 случаях — вертеброгенный синдром позвоночной артерии [6].

Объективные признаки нарушения вестибулярной и кохлеарной функций в группах пациентов с МБТ, синдромом позвоночной артерии и синдромом Арнольда-Киари достоверно не различались и регистрировались в разном сочетании аппаратными методами в 78 % случаев (табл. 3). Также вне зависимости от окончательного диагноза в 72 % случаев отмечали различные комбинации неврологических симптомов (табл. 4).

Нарушение функций	Количество больных
Гипорефлексия лабиринта на стороне головной боли	31
Электрокохлеографический признак гидропса лабиринта	22
Тиннитус постоянный	19
Тиннитус непостоянный	5
Аудиометрические признаки нейросенсорной тугоухости	21

Симптомы	Количество больных
Атаксия	15
Нистагм	29
Нарушение окуломоторных реакций	16
Пирамидные знаки	9
Аксиальные знаки	18

Отметим, что во всех перечисленных подгруппах встречались больные с высоким уровнем невротизации, проявляющейся тревогой, боязнью открытых пространств и толпы, что накладывало отпечаток на характер координаторных расстройств и затрудняло оценку объективной симптоматики. У троих больных к моменту обследования приступы носили редуцированный характер и, несмотря на объективные симптомы, не являлись ведущим элементом заболевания; доминировали же в клинической картине фобические расстройства в сочетании с паническими атаками.

Обсуждение

В течение трехлетнего периода 2010–2012 гг. в МНПЦО для уточнения диагноза и лечения было направлено около 1000 человек с головокружениями разных типов. Отоневрологический осмотр в сочетании с аудио- и вестибулометрическими методами исследования в большинстве случаев позволили конкретизировать патологию и рекомендовать соответствующую терапию. У 242 человек из 1000 заболевания протекало в форме меньероподобных приступов; у 202 из них диагностирована истинная болезнь Меньера или вторичный вазогенный синдром Меньера с хорошим регрессом симптоматики на фоне дегидратационной терапии. В то же время приступы у 40 человек плохо поддавались традиционному лечению.

Следует отметить, что электрокохлеографический признак гидропса одного или обоих лабиринтов выявлен только у половины этих больных, и, как показали дальнейшие наблюдения, водянка лабиринтов носила в этих случаях вторичный характер.

В результате углубленного сбора анамнеза и дополнительного обследования в 11 случаях установлен диагноз МБТ, в 23 — цервикогенные приступы, а в 6 случаях пароксизмы были связаны с аномалией Арнольда-Киари. В зависимости от выявленной патологии и согласно Национальным рекомендациям с успехом проводилось специфическое и межприступное противомигренозное лечение в случае мигренозных пароксизмов, а также терапия нестероидными противовоспалительными препаратами и миорелаксантами в сочетании с комплексом физиотерапевтических методик на область шеи и мягкотканевыми техниками мануальной терапии при вертеброгенной природе приступов. У пациентов с доминирующей тревожно-фобической симптоматикой хороший эффект давало сочетание трициклических антидепрессантов с нейрорелептиками и психотерапевтическим воздействием.

Анализ 40 представленных историй болезни показал, что не только «типичный приступ БМ» может оказаться мигренозным эпизодом, но и «типичный приступ МБТ» может оказаться цервикогенным пароксизмом. По-видимому, не случайна высокая частота патологии суставов, дисков и мышц шейного отдела позвоночника у пациентов с МБТ. Во всех перечисленных случаях неврологическая и вестибулярная симптоматика, так же как и данные лучевой диагностики, играют лишь подтверждающую роль. Основное же значение для постановки диагноза имеют максимально детализированные жалобы пациента и досконально собранный анамнез заболевания.

Таким образом, в случаях неудовлетворительного эффекта лечения пациентов с диагнозом БМ следует предположить, что речь идет о невыявленных нозологиях, маскирующихся под «типичную картину БМ», и провести повторную диагностику с подбором соответствующего лечения.



Вывод

При обследовании пациента, предъявляющего жалобы на снижение слуха и шум в ухе в сочетании с приступами системного головокружения, принципиальным становится вопрос о сопровождении описываемых пароксизмов головными болями. Детализация характера цефалгии и ее хронологической связи с головокружением дает важнейшую информацию для установления предположительного диагноза, а после подтверждения его соответствующими аппаратными обследованиями позволяет планировать индивидуальный комплекс лечебных мер. Именно это становится залогом эффективной терапии в каждом конкретном случае.

Литература

1. Артеменко А.Р., Куренков А.Л. Хроническая мигрень. — М.: ИД «АБВ-пресс», 2012. — 488 с.
2. Брандт Т. Головокружение. — М.: Практика, 2009. — 200 с.
3. Бронштейн А., Лемперт Т. Головокружение. — М.: Гэотар-Медиа, 2010. — 216 с.
4. Международная классификация головных болей. — 2-е изд. (полная русскоязычная версия). — М., 2003. — 219 с.
5. Felisati G., Pipolo C., Portaleone S. Migraine and vertigo: two diseases with the same pathogenesis? // *Neurol Sci.* 2010 Jun;31 Suppl 1:S107–9.
6. Foster C.A., Jabbour P. Barré-Lieou syndrome and the problem of the obsolete eponym // *J Laryngol Otol.* 2007 Jul; 121(7): 680–3. Epub 2006 Oct 19.
7. Goodwin D., Halvorson A.R. Chiari I malformation presenting as downbeat nystagmus: clinical presentation, diagnosis, and management // *Optometry.* 2012 Feb 15; 83(2): 80–6.
8. Kaniecki R.G. Basilar-type migraine // *Curr Pain Headache Rep.* 2009 Jun; 13(3): 217–20.
9. Neff B.A., Staab J.P. Auditory and Vestibular Symptoms and Chronic Subjective Dizziness in Patients With Meniere's Disease, Vestibular Migraine, and Meniere's Disease With Concomitant Vestibular Migraine // *Otol Neurotol.* 2012 Sep; 33(7): 1235–44.

Differential diagnosis of vertigo disguising Ménière's disease

N.L. Kunelskaya, M.V. Tardov, E.V. Baybakova, M.A. Chugunova, Z.O. Zaoeva, A.A. Filin

L.I. Sverzhovsky Moscow Scientific and Practical Center of Otorhinolaryngology

The work is devoted to analysis of 40 case histories of the hardly curable patients with Ménière-like attacks. Authors discuss the main anamnestic facts and the results of additional methods of examination useful for managing the proper diagnosis and therapeutic measures. The conclusion about importance of detection the presence and quality of headache in patients with systemic vertigo is made.

Key words: Ménière's disease, migraine of basilar type, labyrinth hydrops, cervicogenic migraine, vertigo.



В ближайшее время появится новый отечественный препарат для лечения детей с ДЦП

Минздравом России одобрено проведение клинических исследований с целью расширения показаний применения препарата «Релатокс» (ботулотоксин типа А — гемагглютинин комплекс) производства НПО «Микроген» в области неврологии для детей.

Сейчас первый отечественный ботулотоксин применяется исключительно в косметологии и зарегистрирован по таким показаниям, как исправление косметических недостатков кожи, устранение морщин, а также для лечения блефароспазма. Исследования с целью оценки эффективности и безопасности препарата с участием детей со спастическими формами детского церебрального паралича (ДЦП) начнутся уже этой осенью.

«Мы уверены в том, что препарат «Релатокс», который по своему качеству не уступает зарубежным аналогам, а по некоторым показаниям даже превосходит их, будет востребован и в неврологической практике. Еще в январе мы начали клинические исследования препарата на взрослых для лечения постинсультных состояний и сейчас получаем хорошие результаты.

Думаем, что для лечения детей препарат будет не менее эффективен и безопасен», — говорит начальник управления регистрации и медицинских исследований НПО «Микроген» Алексей Ершов.

Напомним, что разработка препарата «Релатокс» была начата в 2001 г. в филиале НПО «Микроген» в Уфе, на предприятии «Иммунопрепарат». При его создании использовались современные технологии фильтрации, хроматографии, лиофилизации, позволяющие обеспечить высокое качество и безопасность лекарственной новинки, уникальным преимуществом препарата является то, что он производится в рамках полного производственного цикла из российского сырья. Важно и то, что сейчас на российском рынке присутствуют аналогичные препараты только зарубежного производства.

