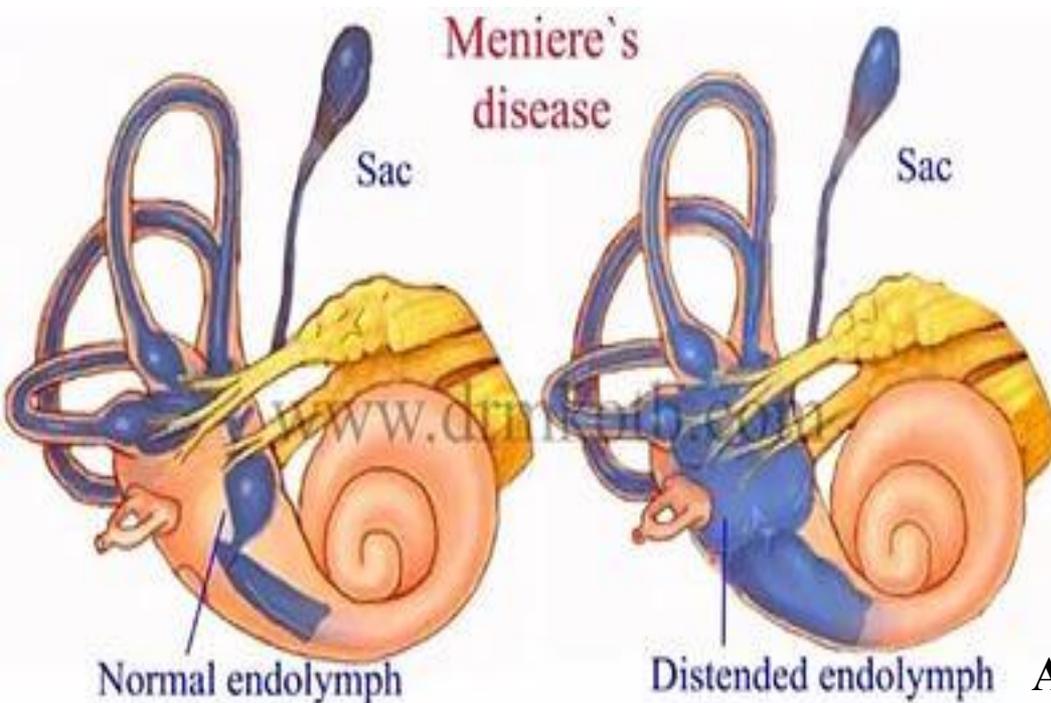


Меньер синдромы

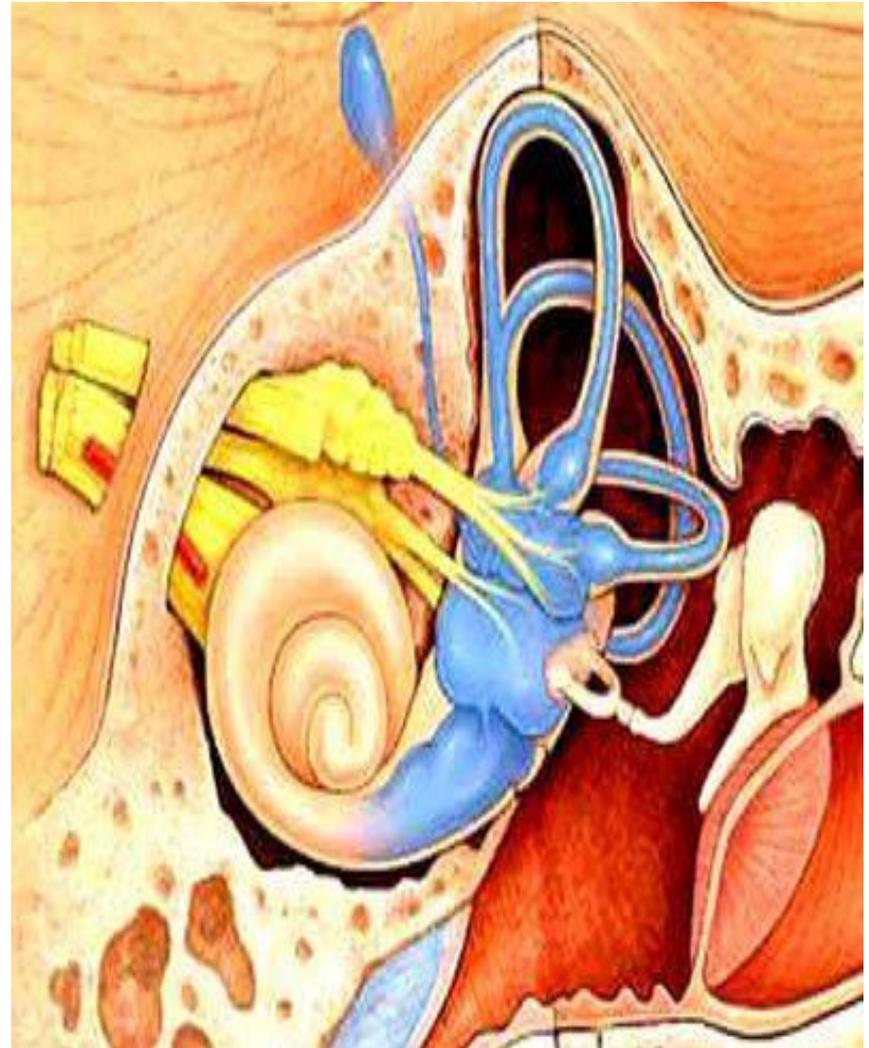


Almaty-2016

Планы:

- Синдром Меньера
- Этиология
- Патогенезы
- Клиника
- Диагностика
- Лечение
- Использованные материалы

Данная болезнь впервые описана во второй половине XIX века сурдологом Проспером Меньером. По его предположению, причиной заболевания являлось кровоизлияние во внутренний слуховой лабиринт. Со временем представления медицины о данной болезни существенно изменились. Выяснилось, что на самом деле приступы болезни связаны с увеличением количества эндолимфы во внутренней ушной полости, что приводит к повышению давления на клеточные структуры, отвечающие за регуляцию способности тела ориентироваться в пространстве. Причины же собственно этого увеличения до сих пор не ясны. Снижение слуха может прогрессировать: в некоторых случаях результатом заболевания является полная глухота.



Причины

Предположительно на возникновение патологии влияют следующие обстоятельства:

- Присутствие в организме патогенных (болезнетворных) вирусов - например, цитомегаловируса или вируса [герпеса](#). Эти инфекции могут запустить аутоиммунные механизмы, которые и приводят к развитию заболевания. В пользу этой теории свидетельствуют описанные в медицине случаи семейного возникновения болезни Меньера.
- Бактериальные поражения организма (сифилис);
- Травматические поражения уха или головы.
- Дефицит эстрогенов.



- Нарушения водно-солевого обмена
- Нарушение вегетативной иннервации в сосудах внутреннего уха (т.е. проблемы с регуляцией работы сосудов периферической нервной системой).
- Изменение секреторной активности клеток ушного лабиринта: эндолимфа вырабатывается в избыточном количестве, что затрудняет проводимость звуковых колебаний и препятствует питанию клеток, отвечающих за вестибулярные функции.



Симптомы

Болезнью Меньера страдают преимущественно люди в возрасте 30-50 лет. У женщин болезнь диагностируется чаще (факт в пользу гормональной природы патологии). Процесс чаще поражает лишь одно ухо, но в 10-15% патология может быть двухсторонней.



Болезнь проявляется эпизодами тяжелых [головокружений](#). Больной ощущает себя "как на карусели", окружающие предметы вращаются вокруг него в определенную сторону. Это состояние сопровождается:

- дурнотой и слабостью;
- громким звоном и [шумом в больном ухе](#);
- рвотой;
- снижением слуха;
- потливостью;
- понижением температуры тела;
- бледностью кожных покровов;
- одышкой;
- учащённым сердцебиением;
- нарушением координации движений;
- нистагмом (непроизвольными движениями глазных яблок).



По мере развития заболевания глухота становится все сильнее, в то время как явления головокружений ослабевают.

Приступ длится от 3 минут до 2-3 дней, но наиболее частый диапазон - от 2 до 8 часов.

Возникновение их может быть спровоцировано:

- Переутомлением;
- Стрессами;
- Перееданием;
- Алкогольным опьянением;
- Курением или присутствием в местах скопления табачного дыма;
- Шумом;
- Повышением температуры тела;
- Манипуляциями в ухе.





Во время приступа может возникать ощущение оглушения, как при погружении в воду. Больной теряет способность стоять и даже сидеть: приступы нередко заканчиваются падением. Облегчение наступает, если человек успел лечь и закрыть глаза.

В некоторых случаях пациенты чувствуют близость приступа по нарастающему шуму в ушах или внезапному ухудшению слуха. После приступа в течение нескольких дней может сохраняться тугоухость, тяжесть в голове, шум в ушах, нарушение походки, общая слабость. Эти явления по мере развития заболевания становятся всё более интенсивными и длительными и на поздних стадиях болезни сохраняются на всём протяжении периодов между приступами.

Болезнь и синдром - в чем разница?

Болезнь Меньера - это отдельное самостоятельное заболевание с неясной этиологией. Синдром Меньера сопровождает другие заболевания внутреннего уха. Синдром встречается значительно чаще и имеет отличительные черты в своих проявлениях, а именно:

не бывает шума в ухе,

не наблюдается прогрессирующего снижения слуха.



Причинами, вызывающими синдром Меньера могут стать:

- недостаточность кровоснабжения мозга и внутреннего уха (к примеру, при [спазме артерий](#), [атеросклерозе сосудов](#));
- резкое изменение атмосферного давления;
- передозировка некоторых медикаментов, например, аспирин;
- [черепно-мозговая травма](#).



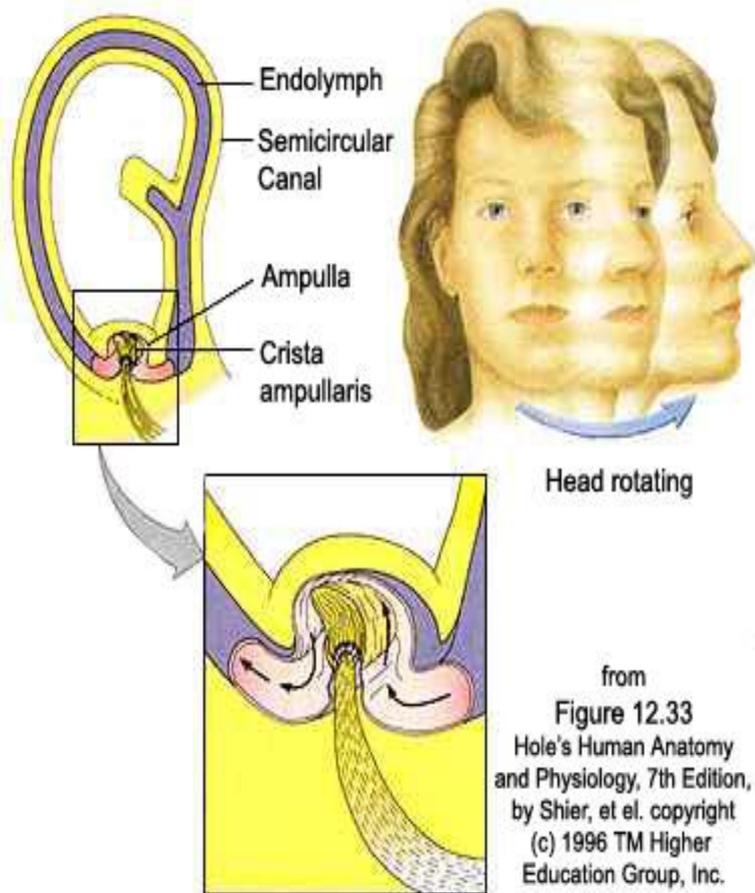
Таблица 1. Дифференциальная диагностика болезни Меньера: расстройства, которые могут проявляться головокружением и слуховыми симптомами [А.М. Bronsteind, Th. Lempert, 2007]

Диагноз	Отличительные особенности (признаки)
Вертебробазилярные транзиторные ишемические атаки	Приступы длятся минуты; пожилые пациенты, имеющие сосудистые факторы риска
Перилимфатическая фистула	Часто начинается после травмы, при холестеатоме, провоцирующими факторами могут быть изменения давления или громкие звуки
Сифилис внутреннего уха	Раннее двустороннее вовлечение; признаки врожденного или приобретенного сифилиса; положительная реакция Вассермана
Аутоиммунное заболевание внутреннего уха	Быстрое прогрессирование и раннее двустороннее вовлечение; признаки аутоиммунного заболевания; могут обнаруживаться аутоантитела
Вестибулярные пароксизмы	Кратковременные приступы (секунды), много раз в сутки; снижение слуха незначительное (если есть)
Акустическая невринома	Снижение слуха и шум в ушах чаще прогрессирующие, чем флюктуирующие; обычно головокружение умеренное; СВП и МРТ не соответствуют норме
Отосклероз	Начало заболевания чаще до 30 лет, преобладают кохлеарные симптомы – обычно двусторонняя кондуктивная (иногда смешанная) тугоухость

Классификация

На основании преобладающих в дебюте болезни симптомов врачи разделяют заболевание на 3 формы:

- Кохлеарную, для которой характерны исключительно слуховые расстройства (около 50% всех случаев заболевания приходится на эту разновидность);
- Вестибулярную, при которой патология начинается с нарушения вестибулярной функции (20% случаев);
- Классическую, при которой присутствуют те и другие симптомы (30% случаев).



В зависимости от длительности приступов и промежутков между ними болезнь подразделяется по степеням тяжести на:

- ✓ Лёгкую (редкие короткие приступы, чередующиеся с перерывами в месяцы или даже годы);
- ✓ Среднюю (частые приступы, длящиеся около 5 часов, после которых больные теряют работоспособность на несколько дней);
- ✓ Тяжёлую (приступы продолжительностью более 5 часов, возникающие каждые сутки).

Диагностика

Характерная клиническая картина приступов системных головокружений в совокупности с шумом в ушах и развитием тугоухости позволяет неврологу без труда диагностировать болезнь, либо синдром Меньера. Для определения стадии заболевания и степени нарушения слуха проводятся дополнительные исследования в виде:

- Аудиометрии (аппаратный метод, который с помощью специального прибора, наушников и камертона позволяет определить локализацию слуховых патологий);
- Отоскопии (наружного осмотра слухового прохода при помощи медицинских инструментов);
- Акустической импедансометрии (метода с использованием измерительного прибора и специальных зондов, помещаемых в слуховой проход);
- МРТ (магнитно-резонансной топографии);
- Анализа крови для определения уровня гормонов;
- УЗИ;
- Бактериологического анализа.

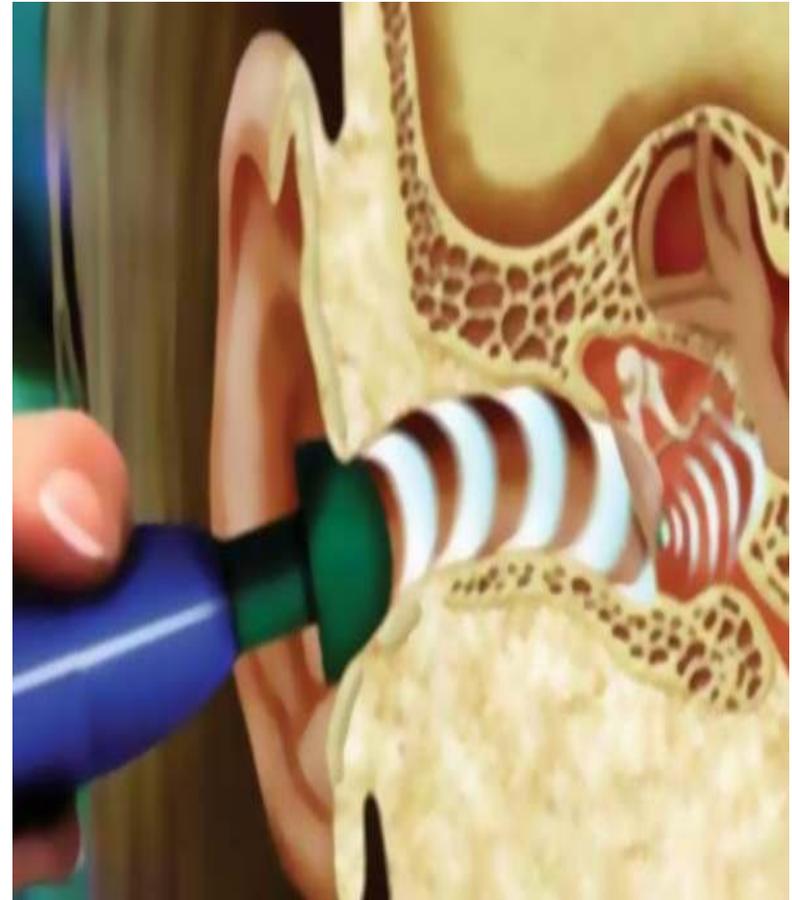
Лечение

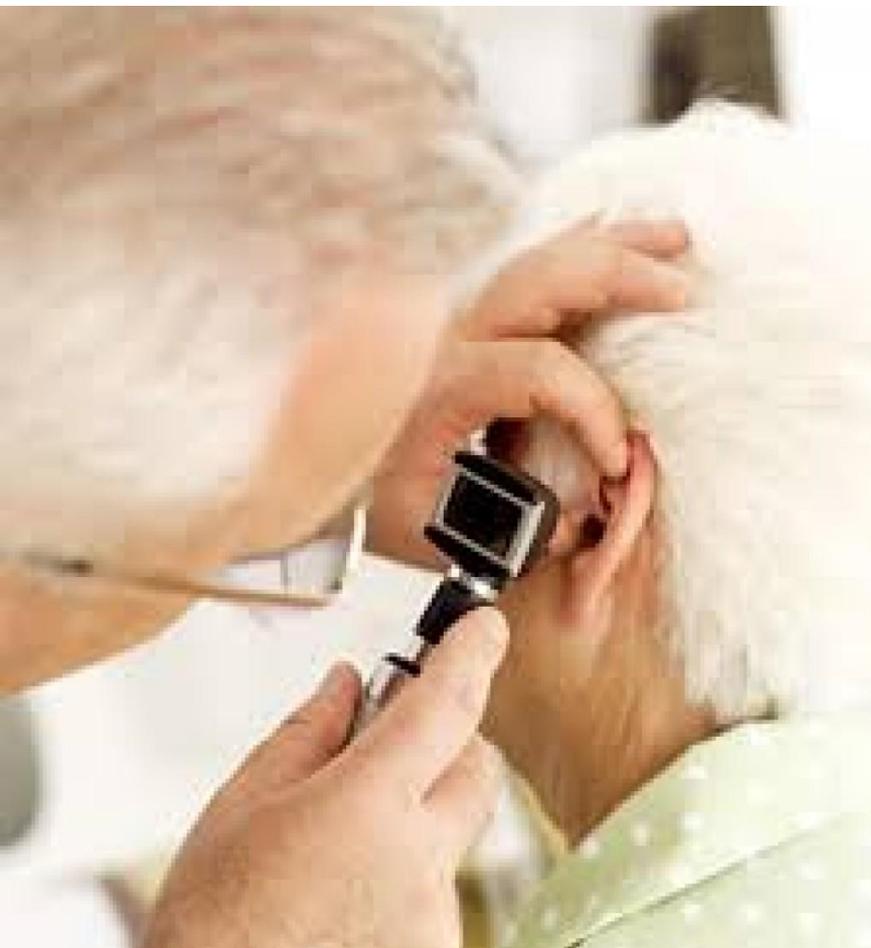
Терапия болезни Меньера проводится амбулаторно. Стационарное лечение проводят лишь в редких клинических случаях, когда необходимо хирургическое вмешательство. В остальных случаях лечение консервативное.

- Приступы купируются:
- Нейролептиками - лекарствами, оказывающими тормозящее действие на нервную систему;
- Антигистаминными (противоаллергическими) препаратами;
- Сосудорасширяющими средствами;
- Мочегонными лекарствами, которые способствуют удалению лишней жидкости из организма, тем самым снижая количество эндолимфы во внутренней ушной полости.

Если принимать лекарства оральным путём мешает тошнота или рвота, их вводят внутривенно или посредством клизмы.

Медикаментозная терапия проводится при вспомогательном воздействии диетотерапии (из рациона рекомендуется исключить острую, солёную пищу, алкоголь, кофе), коррекции режима отдыха (сон не менее 8 часов), психологической поддержки пациента. Рекомендуется не ограничивать физическую активность между приступами, а наоборот - тренировать вестибулярный аппарат. Имеет смысл применять и физиотерапевтические процедуры - рефлексотерапию, массаж, аппаратное воздействие.





Лекарственного и симптоматического лечения обычно бывает достаточно, но иногда необходима радикальная терапия. Хирургическая операция именуется лабиринтэктомией: она применяется, когда пациент уже потерял слух в одном ухе, но продолжает слышать другим (при этом медикаментозное лечение не оказывает оздоровительного эффекта). В ходе манипуляции у пациента удаляется лабиринт. Возможно также вскрытие лабиринта для оттока избыточного количества жидкости, либо рассечение нерва, который контролирует равновесие.

Прогноз и профилактика

Прогноз в случае обратимой разновидности болезни благоприятный. Коррекция слуха при его необратимой потере производится при помощи слуховых аппаратов.

К предупреждающим мерам относят рациональное питание и предохранение ушей и головы от травм (использование шлемов во время занятий спортом).



Использованный материал:

- <http://www.ymnik.ru/page.php?subs=308&page=922>
- http://soch.na5.ru/HTML/10/w23_109928895715219.shtml
- http://writerstob.narod.ru/stati/bynin/love_in_bynin_story.htm
- <http://www.kozya.com.ru/soch/bunin/index10.html>
- <http://www.kostyor.ru/student/?n=300>
- <http://referats.allbest.ru/literature/96573.html>
- <http://shkola.lv/index.php?mode=sochi&sochid=776>
- <http://www.buninivan.org.ru/md-op-author-246/>
- <http://2noob.ru/?p=55>
- <http://refu.ru/refs/44/28378/1.html>