

КОНСУЛЬТАТИВНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О РЕЗУЛЬТАТАХ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

ФИО обследуемого (возраст): *Одинец Полина Николаевна, 1979г.р.(31г.)*

Жалобы (анамнез): В августе 2002г. у больной впервые развился приступ «опьяняющего» головокружения, нарушение равновесия, сопровождавшихся вегетативными расстройствами (чувство жара, тошнота, позывы на рвоту). Приступ продолжался 2-3 дня. При попытке встать открывалась рвота! В декабре 2002г. приступ повторился. Он сопровождался многократной рвотой. Больная отмечает, что еще в детстве (8 лет), она испытывала ощущения близкие к вестибулярным расстройствам («мотало», осциллопсия в виде смещения окружающих предметов, иногда рвота!). С осени 2003г. стал заметно снижаться слух на левое ухо, появился звон в одноименном ухе, по поводу чего в амбулаторных условиях было произведено шунтирование полости среднего уха слева? В 2005г. приступы головокружения повторились (продолжительностью 3-5 дней). В марте 2005г. приступы головокружения повторились вновь. В феврале 2009г. аналогичные приступы повторились. 27 июня 2010г. на фоне беременности и выраженных отеков вновь появились приступы головокружения, которые провоцировались любым положением тела в пространстве. В сентябре того же года резко усилился шум в левом ухе. В тот же день, ночью вновь появились приступы головокружения. На этом фоне у больной стали отмечаться приступы внезапной кратковременной (несколько секунд), потери постурального равновесия и «падения» больной (без вегетативных нарушений, без потери сознания и без предвестников) - по типу отолитовых кризов Tumarkin. Неконтролируемые падения происходили практически мгновенно, что не исключало возможности получения травмы. Через 2-3 дня во время очередного «падения» (на правый бок) больная не смогла удержать детскую коляску с 4-месячным ребенком, что закончилось выпадением ребенка на дорогу! После указанного инцидента больная выходит на улицу в сопровождении родственников. Больная отмечает, что повышение давления в наружном слуховом проходе (положительный симптом Hennebert), провоцирует возникновение легкого головокружения и нарушение равновесия.

Результаты объективного обследования:

ЛОР-органы: Нос – слизистая нормальной окраски и влажности, отделяемого нет. Носоглотка, гортаноглотка, гортань - без особенностей.

При оптической отоскопии (микроскоп "Caps"): обе барабанные перепонки б/серого цвета. Опознавательные контуры определяются. Подвижность б\п не ограничена. Отоневрологическое обследование: признаков поражения ч/мозговых нервов, кроме VIIIп.- не обнаружено. В позе простой и усложненной пробы Ромберга не устойчива. Пальце-указательную пробу выполняет удовлетворительно. В пробе Унтербергерга – отклонение туловища влево на 45 градусов.

Тональная аудиометрия: (аудиометр "Interacustics-AD27"): слева практически тотальная глухота! Справа – умеренно выраженное (10-15дБ) низкочастотное (125-750Гц) повышение порогов слуха с наличием «костно-воздушного разрыва» в пределах 10-15дБ. Заключение: левосторонняя нейросенсорная потеря слуха. Начальная стадия правосторонней умеренно выраженной потери слуха по смешанному типу?.

Тимпанометрия («Interacustic AZ26»): тимпанометрическая кривая типа «А» – с обеих сторон. Пороги стременного рефлекса при ипси- и контралатеральной стимуляции – не изменены.

Исследование задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ТЕОАЕ) - система EP-15 ("Interacustics"- Дания): левое ухо - *abs.* Справа – *возрастная норма.*

Исследование акустических стволо-мозговых вызванных потенциалов (АСВП) – (EP-25 "Interacustics"- Дания): Заключение: Слева – десинхронизация вызванного ответа. Пики АСВП не идентифицируются. Справа - норма. Данные АСВП соответствуют картине левостороннего тотального поражения периферического звена слуховой системы. Справа-норма.

Видеонистагмография по Ulmer: (видеосистема "Synapsis" - Франция): калибровка – норма. Фиксационный нистагм (30 градусов) – не зарегистрирован. Спонтанный нистагм – отсутствует. Позиционный динамический и статический нистагм – не зарегистрирован. Цервикальный тест – в норме. Тест Холлпайка – отрицательный. Ауторотационный тест-норма. Тест следящих горизонтальных плавных следящих движений глаз: движение светодиодной «мишени на 20 град., с частотой 0,3гЦ - "gain" составлял 1,26 и 1,13 справа и слева, соответственно - (*норма*). Оптокинетический нистагм горизонтальный (20град./сек.): стимуляция вправо- (средняя скорость медленной фазы (ССМФ) – 24,4град./сек.; "gain"-1,22). Стимуляция влево - (ССМФ – 20,4град./сек; "gain"-1,02). Заключение: патологии глазо-двигательной системы при оптокинетической стимуляции не выявлено. Саккадическая активность, точность и скорость саккад – не нарушены. Заключение: вестибуло-окулярной стволо-мозжечковой дисфункции не выявлено.

Прессорная проба с ВНГ-регистрацией: при создании положительного давления в левом наружном слуховом проходе (от +400мм.рт.ст до -400мм.рт.ст., -зарегистрирован горизонтальный нистагм с торзионным компонентом (положительный симптом Hennebert).

Исследование вестибулярных вызванных миогенных потенциалов (Vestibular evoked myogenic potentials – VEMP. Система EP-25 "Interacustics"- Дания). При стимуляции акустическими сигналами (звуковые «щелчки» интенсивностью 100дБ над порогом слуха), амплитуда VEMP слева была достоверно снижена по сравнению с контралатеральной стимуляцией. Асимметрия VEMP (S<D), составляла 23,3% (при возможной асимметрии у здоровых людей - не более 0,34%).

Заключение: Патологическая реакция VEMP, свидетельствующая о поражении саккулюса не слухового лабиринта левого внутреннего уха!

Исследование вибрационно-вызванного нистагма: при стимуляции области сосцевидных отростков вибрационным стимулятором (100Гц, 20 секунд) слева зарегистрирован вибрационно-вызванный нистагм (3,5град.С-горизонтальный с торзионным компонентом), свидетельствующий в пользу периферического вестибулярного поражения левого лабиринта.

Дополнительные исследования:

МР томография головного мозга от 02.09.2006г. (ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко тОАО «РЖД»). **Заключение:** МР-данных за наличие очагового поражения головного мозга не получено. Нерезко выраженные признаки аномалии Арнольда_Киари (1).

Заключение: с учетом данных анамнеза, истории развития заболевания, результатов аудиометрических и нейрофизиологических исследований, данных МРТ, исключающих наличие очаговых поражений головного мозга и результатов исследования вестибулярных вызванных миогенных потенциалов, свидетельствующих о поражении саккулюса лабиринта левого внутреннего уха, можно заключить, что у больной имеет место болезнь Меньера, осложнившаяся поражением саккулюса левого лабиринта.

Диагноз: Болезнь Меньера (III-IV стадия). Поражение саккулюса левого лабиринта (дилатация отолитового мешка, в связи с эндолимфатическим гидрпсом). Отолитовые кризы Titarkin.

Рекомендации:

- диета с низким содержанием соли (исключить кофе, крепкий чай, уменьшить количество потребляемой жидкости).
- Medrol (метилпреднизолон) – 4мг. №30). По схеме: 7 дней по 1табл.Х 2 раза в день; 3 дня – по 1 табл.Х1 раз в день.
- Мочегонный чай – по 1 ч/л на чашку кипяченой воды (вместо заварки) х 3 раза/д.
- Nervoheel (по 1 таблетке Х3 раза в день течение 2 месяцев).
- Promethazini (Pipolpheni) - 5мг.- по 1 таблетке (драже) Х3 раза в день, в течение 10 дней.
- Нейромультивит – 1 т. Х 1 р/д, в течение 1 месяца (принимать во время или после приема пищи, не разжевывая таблетки).
- Immunal – 50ml(по 20 капельХ3 раза в день, в течение 1 месяца).

- MagneB6 №50. По 2т.3 р/д, в течение 1 недели; далее – по 1т.Х3 р/д, в течение 6 недель.
- Nootropil – 600мг/д., №60. По 1 табл.х 3 раз/д, в течение 1 месяца.
- Vertigoheel – по 20 капель (или по 1 табл.) Х 3 раза в день, в течение 2-х месяцев.
- Перед поездкой на транспорте в период обострения заболевания, принимать “Dimenhydrinate” («Драмина») – по 1-2 табл 2-3 раза в день.

При приступе головокружения:

1. в/м инъекция: 1,0мл.0,1% Sol.Atropini + 2мл/ (50мг) Sol. Pipolpheni+2,0мл.+Diazepam(Seduxeni).
2. При тошноте и рвоте принять 1 табл. (10мг) Metoclopramidi (при сильной рвоте ввести в/м 1,0 или 2,0мл (5мг-10мг) – (Metoclopramidi).
3. В/в (в капельнице) Маннитол (Манит): 10%- в дозе 0,5-1,5г./кг веса; предварительно растворить в дистиллированной воде для инъекций (ex tempore) или в 5% раствором глюкозы + Эуфиллин 2,4%- 10,0мл.+Диазепам (Seduxen)-1,0мл. Курс: 5 процедур (по 2 капельницы в неделю).
4. Больной рекомендован курс химической лабиринтэктомии левого лабиринта (интратимпанальное введение гентамицина + дексаметазона по схеме).
5. Перед химической лабиринтэктомией рекомендовано повторное исследование МРТ головного мозга с контрастным усилением (желательно с гадолинием!) для абсолютного исключения патологии мосто-мозжечкового угла!

Повторная консультация отоневролога – через 3 месяца.

«13» декабря 2010г.

Консультант: И.Мацнев



д-р мед.наук.
профессор