



Ол. Ом. Кіцера, Ол. Ол. Кіцера

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Лабіринтопатії (вестибулопатії) в практиці лікаря-терапевта

Вступ. У 1861 р. Проспер Мен'єр (Prosper Meniere) вперше довів, що причиною запаморочення, ністагму та вегетативних розладів може бути захворювання вушного лабіринту. Сьогодні хвороби з такими симптомами належать до лабіринтопатій, тобто негнійних хвороб лабіринту [6].

Існують різні класифікації лабіринтопатій, які застосовують фахівці – вестибулологи та отоневрологи. Лікар-терапевт повинен знати, що лабіринтопатії (вестибулопатії) бувають: а) аперіодичними; б) тривалими, періодичними [1, 3].

До першої групи належить передусім морська хвороба (хвороба пересування, кінетоз), яка виникає внаслідок гойдання судна на хвилях, під час польоту в літаку або під час тривалих поїздок у автомобілі. Кінетоз виявляється нудотою, блюванням, болям голови, загальним нездужанням тощо. Щоб припинити ці явища або запобігти їм у схильних до хвороби пересування осіб, застосовують антигістамінний препарат першого покоління дименгідринат [1, 6].

До другої групи відносять передусім хворобу Мен'єра.

Дещо з історії. Проспер Мен'єр народився у 1799 р. в Ангерс (Франція), медичну освіту здобув у Парижі, згодом працював асистентом у різних паризьких клініках. Від 1832 р. викладав на медичному факультеті, читав лекції з гігієни та акушерства, водночас був придворним акушером французького королівського двору. Від початку медичної кар'єри цікавився отологією, переклав на французьку мову німецький підручник Крамера «Хвороби вуха». Від 1938 р. – головний лікар Королівського закладу для глухонімих, яким керував аж до смерті 7 лютого 1862 р.

Йому довелося спостерігати напад вестибулярної декомпенсації з летальним кінцем у молодій жінки, що подорожувала диліжансом. Під час розтину у померлої виявили крововиливи в півколові канали [6].

У доповіді Королівській медичній академії 9 січня 1861 р., опублікованій в *Gazette Medicale de Paris*, він висунув чотири тези:

1. У здоровому дотепер органі слуху можуть раптово виникати функціональні розлади, які полягають у наростаючих або інтермітуючих шумах різного характеру, а згодом приєднується більш або менш виражена втрата слуху.

2. Ці зміни, що локалізуються у внутрішньому вусі, можуть спричинити виникнення явищ, які розцінюють, як мозкові: запаморочення, невпевнена хода, обертові рухи і падіння; вони супроводжуються нудотою, блюванням та непритомністю.

3. За цими явищами, які мають інтермітуючий перебіг, настає приглухуватість, що прогресує, а часто й цілковита втрата слуху.

4. Усе свідчить про те, що матеріальні (об'єктивні) пошкодження, які є основою для виникнення цих явищ, розташовані у півколових каналах.

У часах, що передували відкриттю П. Мен'єра, описані симптоми пояснювали змінами в головному мозку й визначали як «апоплексичний набряк мозку» [3, 5].

Уперше пояснив хворобу Мен'єра підвищенням внутрішньолабіринтного тиску німецько-американський отолог Г. Кнапп (H. Knapp, 1871), а фізіолог В. Генсен (V. Hensen, 1880) уперше порівняв цю недугу із главкомою (*glaucoma oticum*) [3, 10].

Хвороба Мен'єра (*morbis Meniere, hydrops labyrinthi*). Донині триває суперечка про те, як слід називати цю хворобу: хворобою Мен'єра чи синдромом Мен'єра. Автори сучасних англійських підручників вважають, що термін «хвороба Мен'єра» доцільно вживати у випадках, коли етіологія недуги не з'ясована. Якщо ж відомо, що хвороба є наслідком, наприклад, вертебробазиллярної недостатності, говорять про синдром Мен'єра.

Серед причин виникнення хвороби Мен'єра називають: алергію; порушення водно-сольового обміну, наприклад, унаслідок тривалого застосування

глюкокортикоїдних препаратів; інфекцію; імунні, в т. ч. аутоімунні впливи; зміни артеріального тиску (частіше – гіпотонія); дисбаланс вегетативної нервової системи; дегенерацію елементів внутрішнього вуха; травми черепа; травму під час санаційних операцій, втручань, що покращують слух; стреси, конфліктні ситуації; розлади васкуляризації; генетичну схильність; особливості будови м'яких тканин внутрішнього вуха, дефіцит гіалуронідази; нагромадження в ендолімфі мукополісахаридів, зміни йонного складу рідин внутрішнього вуха (переважання йонів калію над йонами натрію); порушення вегетативної іннервації [1, 4, 5].

І. Б. Солдатов вважав, що одним із чинників порушення гомеостазу внутрішнього вуха у разі хвороби Мен'єра є зміни активності виявлених у лабіринті апудоцитів (APUD cells-amine precursor uptake decarboxylation-cells) – клітин, які беруть участь в обміні біологічно активних амінів і пептидних гормонів [2].

Патогенез хвороби Мен'єра визначається передусім ендолімфатичним гідропсом. Мішечок і маточка роздуваються настільки, що їхні розтягнуті стінки впираються до просвіту півколових каналів, притискаються зсередини до стремінця.

Класичними ознаками хвороби Мен'єра є періодичні напади (атаки) вестибулярної декомпенсації: запаморочення, нудота, блювання, наростаюча приглухуватість, здебільшого – однобічна, шум у вухах.

Напад зазвичай розпочинається запамороченням, порушенням рівноваги, далі приєднуються шум у вухах, який не зникає після перетискання сонної артерії, зниження слуху, вегетативні розлади. Такий стан здебільшого триває 1–3 год., рідше – до 10 год. Згодом настає період ремісії, що може мати різну тривалість від декількох днів до року. У більшості хворих визначаються спонтанний ністагм, порушення статичної та кінетичної рівноваги. Поза атакою явища вестибулярної декомпенсації зникають, але слух слабший і погіршується від нападу до нападу.

Авдіометрично визначається здебільшого горизонтальна, рідше – висхідна або дещо низхідна крива без кістково-повітряного «розриву». Останній, зрештою, може з'явитися в період між нападами. Характерними симптомами є додатний феномен прискороного наростання гучності, а також диплокузис: той самий тон сприймається хворим вухом як нижчий (деколи – як вищий) і різкіший.

Характерним симптомом є флюктуація слуху: він загалом погіршується, але спостерігаються окремі періоди його покращення (аж до цілковитого відновлення на початку хвороби).

Калоричною пробою виявляється гіпорексія.

Під час нападу хворий характеризується запамороченням як відчуття обертання навколишніх предметів. Визначається спонтанний горизонтально-ротаторний ністагм. Похибки під час проведення

координаційних проб і падіння в позі Ромберга, як і за наявності лабіринтити, спрямовані в бік повільного компонента ністагму. Під час поворотів голови убік напрям ністагму, похибок і падіння змінюється.

Із огляду на поліетіологічність хвороби Мен'єра, лікування скеровується на різні можливі причини та на різні ланки патогенезу.

Під час нападу хворому потрібно забезпечити спокій у ліжку, затемнити кімнату та, якщо є можливість, ізолювати її від звукових подразників.

З метою перерозподілу кровонаповнення хворому до ніг прикладають грілку, а на задню поверхню шиї – гірчичники.

Внутрішньовенно вводять 20,0 мл 40,0% розчину глюкози, внутрішньом'язово – 5,0–10,0 мл 25,0% розчину магнію сульфату з додаванням новокаїну [1, 6].

Якщо є вперте блювання, то дає добрі результати внутрішньом'язове введення 2,0 мл 2,5% розчину піпольфену, а також застосування дифенідолу гідрохлориду внутрішньом'язово по 20–40 мг або у свічках по 25,0–50,0 мг (надалі – в таблетках по 25,0 мг), дименгідринату по 50,0 мг внутрішньом'язово, «вертиросану» в драже по 10,0–50,0 мг, у свічках по 50,0 і 100,0 мг, а також у ампулах по 50,0 і 150,0 мг у варіанті форте внутрішньом'язово) цинаризину (стугерону) по 25,0 мг у таблетках тричі на день. Німецькі оториноларингологи застосовують таблетки «Арлеверт», що містять 20,0 мг цинаризину та 40,0 мг дименгідринату [1].

Останнім часом для лікування хвороби Мен'єра досить успішно застосовується похідний гістаміну – бетастин бігдрохлорид, або «бетасерк», або «вестинорм» по 8,0 або 16,0 мг (24,0–48,0 мг на добу). Цей препарат нині називають «ліками №1 для лікування запаморочень різного генезу». Якщо немає «під рукою» згаданих вище засобів, то в разі гострої лабіринтної атаки вводять 1,0 мл 0,1% розчину атропіну сульфату або 2,0 мл 0,2% розчину платифіліну [1, 2, 5].

Досить добрий ефект дає крапельне внутрішньовенне введення 4,0–7,0% розчину натрію гідрокарбонату по 150,0–300,0 мл щоденно, усього 10–12 вливань.

Із заспокійливих препаратів доцільно призначати діазепам (реланіум, седуксен) – 10,0 мг у 2,0 мл розчину внутрішньом'язово чи в таблетках по 5,0 мг двічі-тричі на день.

Для покращення кровообігу, зокрема капілярного, окрім уже згаданого цинаризину (стугерону) застосовують ксантинол нікотинат (компламін) – 300,0 мг внутрішньовенно в крапельниці або в таблетках по 150,0–300,0 мг [7, 8].

Неабияке значення мають дотримання дієти (обмеження вживання рідини, солі, прянощів), а також лікувальна гімнастика. Як допоміжні методи лікування використовують внутрішньоносні новокаїнові блокади, рефлексотерапію.

У 50–60-х роках минулого століття досить широко застосовували блокаду нервового сплетення барабанної порожнини 2,0% пантокаїном або 4,0% ксилокаїном, що інколи призводило до важких тривалих уражень слуху. Практикувалася також блокада зірчастого симпатичного вузла [1, 2, 8].

Упродовж останніх десятиріч у зарубіжних публікаціях рекламується методика лікування хвороби Меньера пульсаційним підвищенням тиску в зовнішньому слуховому ході. Тиск передається на барабанну перетинку, далі – повітря в барабанній порожнині тисне на мембрану круглого вікна. Лікування здійснюється апаратом «Meniett» [6].

У разі безуспішності всіх перелічених заходів вдаються до хірургічного лікування.

Ефективність лікування хвороби Меньера за різними методиками [11] лікування бетагістином дає позитивний результат у 60,0–80,0 % випадків; діуретинами – у 30,0–60,0 %; вазоактивними ліками – у 30,0 %; аміноглікозидами (інтратимпанально) – у 70,0–90,0 %; дренажуванням ендолімфатичної протоки – у 50,0–70,0 %; селективною невректомією присінкового нерва – у 80,0–90,0 % хворих.

Хвороба Меньера нерідко призводить до інвалідності III або навіть II групи. Хворі не можуть працювати водіями транспорту, а також поблизу рухомих механізмів, транспортерів тощо.

Синдром Лермуайє. До періодичних лабіринтопатій належить також синдром Лермуайє (*syndroma Lermaoyez*).

Він загалом перебігає подібно до симптомокомплексу Меньера, але, на відміну від нього, не супроводиться порушенням слуху.

Провідну роль у патогенезі цього синдрому відіграє спазм артерії лабіринту. Паралельно з проявами спазму цієї артерії нерідко діагностують спазм артерій очного дна, мігрень, вазомоторний риніт. Характерною відміною від синдрому (хвороби) Меньера є зникнення шуму у вухах після перетискання судинного пучка шиї.

Синдром Лермуайє часто-густо є наслідком шийного остеохондрозу, тобто проявом вертебро-базиллярної недостатності. Він може виникати також під час клімаксу, підвищення артеріального тиску.

Лікування спрямовується на етіологічні та патогенетичні чинники; воно включає масаж та фізіотерапію шийної частини хребта, судинорозширювальні засоби, бальнеотерапію [1, 4, 12].

Посттравматичні запаморочення. Ураження шиї, спричинені переважно наїздом – ударом ззаду, призводять до тривалих розладів здоров'я, зокрема, порушення рівноваги та запаморочення.

У разі такої травми тулуб водія чи пасажирів зміщується в одному напрямі, а порівняно незалежна від тулуба голова, з'єднана з ним еластичним хребтом, за інерцією залишається в початковій позиції і, як наслідок, раптово згинається в

напрямі, протилежному до руху тіла. Після «згасання» сил прискорення голова долає момент інерції і внаслідок дії рефлекторно напружених м'язів поштовхом зміщується в напрямі зміщення тіла. Цей рух порівнюють з рухом батога (англ. *whiplash injury*, франц. – *coup de lapin*, нім. – *Schleudertrauma*) [1, 6].

Згідно з повідомленням із канадської провінції Квебек (1987), щороку 70 осіб на 100 000 населення отримує відшкодування з причини наслідків травми *whiplash*.

У цій ситуації сила, що діє на шию, дорівнює масі голови, помноженій на швидкість, із якою рухається голова. Відбувається зміщення суглобових відростків шийних хребців та осьова компресія хребетного стовпа і тоді хребет деформується у формі літери S. Важкість отриманої травми залежить від кута, під яким завдано удару, швидкості й маси як автомобіля, що вдарив ззаду, так і вдареного автомобіля, положення голови пасажира, його свідомості (небезпека зменшується, якщо пасажир свідомо підготувався до травми), якості та регулювання підголівників – надто низько встановлені підголівники збільшують ступінь деформації. Під час травми *whiplash* відбуваються зміни взаємного розташування хребців, міжхребцевих дисків та форми шийної частини хребетного стовпа; прохідності судин шиї, та, зокрема, а. *Vertebralis* м'язів та зв'язок шиї [8, 9].

Симптоми: біль у ділянці голови, шиї, спини; мігрень; фіброміалгія; біль у ділянці скронево-щелепового суглоба; синдром верхнього грудного отвору (*thoracic outlet syndrome TOS*), який виявляється втомлюваністю плеча, затерпанням і «повзанням мурашок» на ліктьовій поверхні руки (переважно IV і V пальці), порушенням рухомості пальців, набряком плеча і долоні, відчуттям холоду чи надмірного тепла в ділянці долоні, напруженням м'язів шиї, болем задньої поверхні голови, тремором кінцівок, порушенням сну, порушенням нюху та смаку, фобіями, депресивним станом, запамороченням.

Лікар загальної практики повинен пам'ятати про можливий зв'язок скарг на запаморочення з транспортною травмою і вміло спрямовувати з'ясування анамнезу. Якщо в минулому пацієнт мав транспортну травму, потрібно скерувати його до фахівців – вертебролога, отоневролога, нейрохірурга, травматолога для призначення спеціальних досліджень – променевих (комп'ютерна томографія, МРТ), лабораторних, авдіометрії, ністагмографії тощо.

Список літератури

1. Кіцера О. Клінічна оториноларингологія : підручник / О. Кіцера. – Львів : Вид-во ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2007. – С. 170–174.
2. Солдатов И. Б. Методы лечения болезни Меньера / И. Б. Солдатов, Н. С. Храппо // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1977. – № 6. – С. 8–14.
3. Янчевський Г. Запаморочення : пер. з польської / Г. Янчевський. – Львів, 2000. – 64 с.
4. Handbuch Schwindel / Red. T. Waldmuller // Hennig Arzm. – Flursheim am Main, 2010. – S. 72.
5. Hamann K. F. Schwindel / K. F. Hamann // Zuckschwerdt Verlag. – Munchen ; Wien ; New York, 2005. – S. 135.
6. Janczewski G. Wywiad w diagnostyce zaburzen ukkladu rownowagi / G. Janczewski // Biblioteczka Prospera Meniere'a. – 1997. – N 1. – 41 s.
7. Otoneurologia / red. G. Janczewskiego i B. Latkowskiego. – Warszawa: Bel. Corp., 1998. – Т. 1, 2. – 536 s.
8. Pierchala K. Anatomia i fizjologia odruchu przedsionkowo-ocznego / K. Pierchala, G. Janczewski // Biblioteczka Prospera Meniere'a. – 2002. – Т. 6, N 1. – 72 s.
9. Pierchala K. Uszkodzenie odruchu przedsionkowo-ocznego. Aspekt kliniczny / K. Pierchala, G. Janczewski // Biblioteczka Prospera Meniere'a. – 2002. – Т. 6, N 2. – 40 s.
10. Scherer H. Der Gleichgewichtssinn / H. Scherer // Springer. – Wien ; New York, 2008. – S. 252.
11. Tarcikowska G., Kubiczek-Jagielska M. Schemat postepowania terapeutycznego w zawrotach glowy / G. Tarcikowska, M. Kubiczek-Jagielska // Instytut Fizjologii i Patologii Sluchu. – 2002. – 5 s.
12. Vestibularfunktion / Red. M. Westhofen // Springer. – Wien ; New York, 2006. – S. 255.

Стаття надійшла до редакції журналу 11.04.2013 р.

Лабіринтопатії (вестибулопатії) в практиці лікаря-терапевта

Ол. Ом. Кіцера, Ол. Ол. Кіцера

Подаються основи класифікації, первинної діагностики, невідкладного і планового лікування лабіринтопатій. Стило викладено історію вивчення, клінічні ознаки, сучасні методи діагностики, лікування хвороби Мен'єра та інших лабіринтопатій. Зокрема, виокремлено посттравматичні лабіринтопатії, які сьогодні почастишали, проте не завжди діагностуються.

Ключові слова: запаморочення, лабіринтопатія, хвороба Мен'єра, синдром Лермуайє, посттравматичні лабіринтопатії.

Labyrinthopathies (Vestibulopathies) in Practice of a Therapist

Ol. Om. Kitsera, Ol. Ol. Kitsera

Vertigo is one of the most common complaints of patients coming to the general physicians. On the basis of the personal experience and modern literature sources the basics of classification, primary diagnosis, emergency treatment of Meniere's disease and other labyrinthitis are proposed. Are summarized the history of the study, clinical features, modern diagnostic methods, emergency and routine treatment of Meniere's disease and other labyrinthites, particularly post-traumatic labyrinthitis which today have become more frequent, but are not always diagnosed. The article is addressed primarily to the general medicine - family physicians and general practice residency.

Keywords: vertigo, labyrinthitis, Meniere's disease, Lermoyez syndrome, post-traumatic labyrinthitis.