

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.833.185:616.284-002.258

**РЕДКОЕ СОЧЕТАНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОГО НЕЙРОНИТА
И ХОЛЕСТЕАТОМЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)****Изаева Т.А., Кубаталиева Н.А., Батырова А.М.***Киргизско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, e-mail: dr-nura@mail.ru*

Головокружение является наиболее частой жалобой на амбулаторном приеме врача: около 30% населения страдают от данной патологии. В соответствии с основным клиническим алгоритмом диагностики основную роль в обследовании пациента с головокружением играет анализ жалоб и анамнез заболевания. Многие заболевания органа слуха и равновесия периферического генеза не угрожают жизни пациента, но ухудшают ее качество. Особое внимание нужно уделить диагностике, так как может привести к инвалидизации при отсутствии лечения. Вестибулярный нейронит – часто ошибочно недиагностируемая патология. Вестибулярный нейронит часто может протекать, как мигрень, болезнь Меньера, острые нарушения мозгового кровообращения. По исследованиям многих отоневрологов, вестибулярный нейронит очень редко встречается и часто вызывает затруднения в диагностике у врачей разных специальностей. Чтобы точно поставить диагноз «вестибулярный нейронит», необходимо четко знать особенности течения клинической картины, дифференциальной диагностики с другими схожими заболеваниями. Учитывая низкую осведомленность о данной патологии врачей разных специальностей, диагностические ошибки и ошибки в лечении, к сожалению, встречаются часто. Холестеатома среднего уха – это доброкачественное образование, которое сформировано остатками кератина, ороговевающим эпителием и различной толщины периматриком. Деструктивная сущность холестеатомы обусловлена пассивным ростом и ферментативной активностью периматрикса, приводящими к резорбции окружающих костных структур и, как следствие, к развитию тяжелых осложнений. Процесс может продолжаться годами, образуя опухолевидное образование больших размеров.

Ключевые слова: головокружение, вестибулярный нейронит, холестеатома, среднее ухо, лабиринт**A RARE COMBINATION OF VESTIBULAR NEURONITIS
AND CHOLESTEATOMA (CASE STUDY)****Izaeva T.A., Kubatalieva N.A., Batyrova A.M.***Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Eltsin, Bishkek, e-mail: dr-nura@mail.ru*

Dizziness is one of the most frequent complaints of outpatient visits: up to 30% of the population is familiar with this phenomenon. In accordance with the classical clinical diagnostic algorithm, the analysis of complaints and the medical history play a paramount role in examining a patient with dizziness. Most diseases of the organ of hearing and the balance of peripheral genesis do not threaten the life of the patient, however, worsen its quality. Particular attention should be paid to diagnosis, as it can lead to disability in the absence of treatment. Vestibular neuronitis – often mistakenly undiagnosed pathology. Vestibular neuronitis-often can occur as a migraine, Meniere's disease, acute cerebrovascular accident. According to the studies of many otoneurologists, Vestibular neuronitis is very rare, and often causes difficulties in the diagnosis of doctors of various specialties. In order to accurately diagnose vestibular neuronitis, it is necessary to clearly know the features of the clinical picture, differential diagnosis with other similar diseases. Given the low awareness of this pathology of doctors of various specialties, diagnostic errors and treatment errors unfortunately are common. Middle ear cholesteatoma – a formation formed by keratinizing epithelium, keratin residues and various perimatrix thicknesses. The destructive nature of the cholesteatoma is due to the passive growth and enzymatic activity of perimatrix, leading to the resorption of surrounding bone structures and, as a result, to the development of severe complications. The process can continue for years, forming a tumor-like formation of large sizes.

Keywords: dizziness, vestibular neuronitis, cholesteatoma, middle ear, labyrinth

Пациенты, которые страдают головокружением, представляют сложность для врача в плане диагностики вследствие разнообразия жалоб и многообразия причин головокружения. Головокружение является распространенной жалобой и является актуальной проблемой в оториноларингологии, неврологии на протяжении десятилетий. Частота встречаемости головокружений, по данным различных исследований, составляет в среднем 20% случаев. Головокружение не является самостоятельным заболеванием, но присутствует в качестве симптома в синдромах различной этиологии и патогенеза, достаточно часто встречается в жалобах пациентов на приеме у врача общей практики [1]. В основном

пациенты с внезапно возникшим приступом головокружения в экстренном порядке консультируются врачом общей практики, неврологом, кардиологом, но никак не оториноларингологом. Можно заверить, что до этого времени всем пациентам с жалобами на головокружение правильный диагноз ставится очень редко, только в 10–50% случаев, и, конечно, больные не получают нужного обследования и лечения, что может привести к большим затратам на лечение. Частота неправильных диагнозов при данной патологии достигает до 20–40%. Это указывает на слабую осведомленность врачей различных специальностей о заболеваниях, которые проявляются головокружением, и требует в дальнейшем

исследования и дифференциальной диагностики. Можно сказать, что после постановки неправильного диагноза в дальнейшем пациент еще много раз обращается за медицинской помощью к различным специалистам, не получая при этом правильного лечения. Если у пациента головокружение возникло остро, притом головокружение вращательного характера, который может сопровождаться вегетативной симптоматикой без других патологических симптомов со стороны центральной нервной системы, то стоит заподозрить у больного вестибулярный нейронит (ВН). ВН можно отнести к доброкачественным заболеваниям периферического отдела вестибулярной системы, которое возникает в результате остро возникшей односторонней лабиринтной гипофункции без поражения лабиринтного слухового рецептора [2]. Литературных данных немного, в основном носят большей частью описательный характер. Часто у пациентов, жалующихся на головокружение, в большинстве случаев диагностируют синдром позвоночной артерии при остеохондрозе шейного отдела позвоночника или болезнь Меньера. Одним из важных направлений отоневрологии является выявление конкретных этиологических факторов и клинической симптоматики.

В диагностике головокружений в соответствии с обычным клиническим алгоритмом диагностики основную роль в обследовании играет анализ жалоб и анамнеза заболевания. В последующем осмотр невролога, который включает в себя набор клинических проб и тестов, основной целью данных обследований является определение уровня поражения вестибулярной системы.

Достижения в отоневрологии растут с каждым днем, важно помнить, что отоневрологический осмотр должен проводиться при первичном осмотре в амбулаторных условиях и не требует сложного диагностического оборудования. По нашему мнению, отоневрологический осмотр при первичном приеме у врача общей практики должен включать: оценку наклона головы и положения при взгляде прямо, оценить наличие и характер нистагма, глазодвигательные реакции, проведение провокационных, статокординаторных и статокинетических проб, а также исследование слуховой функции.

Диагноз ВН – часто не ставится в связи с незнанием, может проявляться внезапным системным головокружением, очень редко могут быть тошнота, рвота, неустойчивость при ходьбе, и сопровождается периферическим нистагмом, который направляется в сторону здорового лабиринта, и осциллопсией. Осциллопсию при одностороннем

повреждении вестибулоокулярного рефлекса можно объяснять тем, что при быстрых движениях головы в пораженную сторону пациент не может с обычной скоростью совершать рефлекторные компенсаторные движения глаз в противоположную сторону [3]. При стойком поражении лабиринта без восстановления афферентации и нарушение динамической остроты зрения сохраняются длительное время и без специальной вестибулярной реабилитации приводят к хронической декомпенсированной вестибулопатии. ВН – часто может протекать, как мигрень, болезнь Меньера, острые нарушения мозгового кровообращения. По исследованиям многих отоневрологов, ВН очень редко встречается и часто вызывает затруднения в диагностике у врачей разных специальностей. Чтобы точно поставить диагноз ВН, необходимо четко знать особенности течения клинической картины, дифференциальной диагностики с другими схожими заболеваниями. Учитывая низкую осведомленность о данной патологии врачей разных специальностей, диагностические ошибки и ошибки в лечении, к сожалению, встречаются часто. ВН занимает одно из первых мест среди часто встречающихся вестибулопатий периферического генеза и характеризуется острым длительным приступом головокружения. На первом месте доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ), на втором месте болезнь Меньера (БМ). Встречаемость среди женщин и мужчин одинакова, наблюдается преимущественно в возрасте от 30 до 60 лет, но может также встречаться в любом возрасте [4]. Вестибулярный нейронит начинается остро, чаще всего после пробуждения утром у пациента возникает сильное головокружение и продолжается от нескольких дней до нескольких недель. Интенсивность головокружения разная и может сопровождаться осциллопсией, тошнотой, рвотой и отклонением в одну сторону. Во время приступов головокружений больные сильно напуганы.

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) является часто встречающейся патологией среднего уха среди всех ЛОР-органов и занимает второе место среди заболеваний верхних дыхательных путей. По данным разных исследований авторов, до 63% случаев ХГСО может сопровождаться холестеатомой. В связи с этим одной из основных проблем отиатрии является своевременная диагностика и правильный подбор метода лечения ХГСО, который может сопровождаться таким осложнением, как холестеатома [5]. Холестеатома имеет белесоватый цвет, образована

ороговевающим эпителием, периматриксом, имеет периматрикс. Периматрикс плотно прилегает к кости и часто врастает в нее. Деструктивная способность ее обусловлена ферментативной активностью периматрикса и пассивным ростом. Процесс роста может продолжаться годами, при этом образуя опухолевидное образование разных размеров [6]. Большие размеры холестеатомы могут заполнять аттик и антрум и может разрушить окружающую кость своим давлением и кариесом. До сегодняшнего дня диагностика холестеатомы представляет некие трудности. Одними из важных методов диагностики холестеатомы в течение длительного времени можно считать отоскопию (отомикроскопия) и рентгенологические методы (рентгенография и компьютерная томография). Компьютерная томография часто позволяет лучше диагностировать наличие холестеатомы в полости среднего уха, чем рентгенография, однако степень достоверности данной диагностики остается невысокой, так как плотность холестеатомы практически соответствует плотности грануляционной ткани.

Этиопатогенетическим фактором вестибулярного нейронита в большинстве случаев служит вирусная инфекция. Учитывая тот момент, что вестибулярный нейронит чаще всего развивается после перенесенных вирусных заболеваний, наш случай можно считать редким, так как у пациентки вирусных инфекций не было [7]. По некоторым данным, имеет значение и ишемический компонент вследствие нарушений кровообращения в нерве при его отеке. Вовлечение вертикальных полукружных каналов и отолитового аппарата обуславливает появление небольшого ротаторного компонента нистагма и возникновение иллюзии смещения туловища, приводящей к отклонению в сторону поражения.

Механизм образования холестеатомы связан с врастанием эпидермиса кожи наружного слухового прохода в полости среднего уха на его костные стенки. Эпидермальный слой постоянно нарастает и отторгается, наслаиваясь друг на друга, скапливается в барабанной полости, образуя опухолевидное образование [8].

Цель исследования: на данном клиническом случае рассмотреть особенности течения заболеваний периферической вестибулярной системы и патологии среднего уха.

Материалы и методы исследования

Больной Г., 30 лет, с приобретенной холестеатомой и вестибулярным нейронитом, проводились: операция по поводу удаления холестеатомы, компьютерная то-

мография височных костей, МРТ головного мозга (с целью исключения иного генеза головокружения).

Результаты исследования и их обсуждение

В данной статье представлен редкий случай у больной с хроническим эпитимпанитом и приобретенной холестеатомой среднего уха, сопровождающейся вестибулярным нейронитом. Проведен ретроспективный анализ истории болезни больной (№ 2631). До операции больная прошла ряд стандартных общеклинических, оториноларингологических и радиологических исследований, в том числе компьютерную томографию височных костей. Операция выполнялась под контролем операционного микроскопа с помощью нейролептоанальгезии, операционный доступ – через заушный разрез. Послеоперационный период включал отомикроскопию, аудиологическое тестирование, МСКТ височных костей.

В послеоперационном периоде у больной появились острые приступы стойкого системного головокружения, которые длились от нескольких суток до нескольких недель. У больной иногда отмечались легкие приступы кратковременного головокружения, они проходили самостоятельно без каких-либо последствий. У пациентки нередко наблюдались неустойчивость, шаткость походки, отклонение при ходьбе в сторону правого лабиринта.

Из анамнеза: со слов больной, болеет в течение длительного времени (3 года), в 2015 г. был эпизод сильных ушных болей с последующим гнойным выделением из правого уха. Обратилась к ЛОР-врачу по месту жительства, назначено лечение, которое дало временное улучшение состояния. В последующем вышеперечисленные жалобы повторялись неоднократно. В связи с чем обратилась к отоларингу.

При осмотре у больной спонтанный горизонтальный нистагм с ротаторным компонентом влево. Учитывая, что у больной было снижение слуха справа, было заподозрено поражение справа. Отмечалось нарушение вестибулоокулярного рефлекса при повороте головы вправо, также нарушается фиксация взора при повороте головы в правую сторону, и глазные яблоки перемещаются вместе с головой. При наблюдении за походкой пациента и в позе Ромберга отмечалось отклонение в правую сторону, при выполнении данных проб с закрытыми глазами отклонение становится более очевидным.

Неблагоприятный морфологический результат в виде рецидива холестеатомы наблюдался через 2 года после операции.

Диагноз выставлен на основании сбора жалоб и анамнеза. Была проведена оценка вестибулоспинального рефлекса и наличия мозжечковой атаксии: проба Ромберга, маршевая проба и т.д. При проведении вышеперечисленных тестов (табл. 1, 2) будет выявляться тенденция к отклонению туловища или конечностей (промахивание пальцем) в сторону левого лабиринта.

Помимо данных тестов, необходимо провести тесты на глазодвигательные реакции.

Таблица 1

Тесты на глазодвигательные реакции

Оценка наклона головы и положения глаз при взгляде прямо	
Спонтанный нистагм	Нет
Саккады	Нет
Плавное слежение	Отставание справа
ВОР (вестибулоокулярный рефлекс)	Нистагм – вправо
Тест встряхивания головы	Да
Позиционные тесты	Отрицательные

Таблица 2

СтатокINETические и статокординаторные тесты

Проба Ромберга	Отклонения вправо
Указательные пробы	Нарушений нет
Маршевая проба	Отклонение вправо
Исследование слуха	Снижение слуха справа
Тест Вебера	Укорочен справа
Тест Ринне	Отрицательный

Осмотр невропатолога от 31.07.2018 г.: лабиринтопатия с вестибуло-атаксическим синдромом.

МРТ головного мозга от 01.08.2018 г.: состояние после операции. МРТ-картина единичных очагов глиоза белого вещества обоих полушарий мозга, вероятнее, сосудистого генеза. Расширенные периваскулярные пространства. Холестеатома? правой височной кости.

РЭГ от 31.07.2018 г.: сонографически значимого смещения М-эха не выявлено. Сонографических данных, указывающих на смещение срединных структур головного мозга, не выявлено. Признаки внутричерепной гипертензии.

КТ-исследование височных костей от 03.07.2017 г. РКТ-данные за хронический правосторонний мастоидит, с явлениями остеолитической остеодеструкции внутренней части пирамиды височной кости.

КТ-исследование височных костей от 08.06.2018 г. КТ-данные за состояние после трепанации сосцевидного отростка

правой височной кости, признаки продолженного роста холестеатомы.

Аудиограмма от 03.07.2017 г. Адгезивно-рубцовый средний отит с обеих сторон. Смешанная тугоухость 1 степени слева, 4 степени справа.

Учитывая полученные результаты обследований, можно сказать, что сочетание вестибулярного нейронита и холестеатомы является очень редким сочетанием. На контрольном осмотре в послеоперационном периоде и на МСКТ височных костей от 15.06.2019 г. данных за наличие холестеатомы нет.

Приступы острого головокружения исчезли после физической реабилитации, после комплекса специальных физических упражнений, направленных на формирование полноценных стратегий компенсации вестибулярных нарушений.

Выводы

Таким образом, данный клинический случай можно считать редким среди ЛОР-патологий, который также в большинстве случаев можно принимать за любое другое заболевание вестибулярной системы и среднего уха. На сегодняшний день существует серьезная проблема, связанная с поздней диагностикой головокружений, причинами которой могут быть неправильная постановка диагноза и недоступность оборудования). Необходимо внедрение в повседневную практику отоневрологического, аудиологического исследований, а также методов нейровизуализации, в первую очередь МРТ с контрастным усилением сигнала у всех пациентов с односторонним снижением слуха. Необходимо проведение тематических лекций, семинаров, мастер-классов, посвященных проблеме головокружений, предназначенных для практических врачей широкого профиля: оториноларингологов, неврологов, терапевтов.

Список литературы

1. Бабияк В.И., Накатис Я.А., Пашинин А.Н. Основы отоневрологии. Руководство для врачей. 2015. С. 720.
2. Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Чистов С.Д. Отоневрологическое обследование пациента с головокружением // Вестник оториноларингологии. 2015. № 5. С. 60–65.
3. Бронштейн А., Лемперт Т. Головокружение. Перевод с англ. Гузь Е.В. / Под ред. В.А. Парфенова 2010. С. 216.
4. Бертон М.Д. Головокружение: особенности диагностики и лечения // Лечащий врач. 1999. № 4. С. 58–60.
5. Насыров В.А., Изаева Т.А., Исламов И.М. Диагностика кохлеарных и вестибулярных расстройств. Бишкек, 2014. С. 87.
6. Насыров В.А., Изаева Т.А. Дифференциальная диагностика головокружения в оториноларингологии. М.: Учебное пособие, 2019. С. 16.
7. Косяков С.Я. Головокружение (путеводитель амбулаторного врача): учебное пособие. М., 2015. С. 42.
8. Лиленко С.В., Зайцева О.В., Кириченко И.М., Морозова С.В. Головокружение (периферическое). Клинические рекомендации. Москва – Санкт-Петербург, 2014. С. 21.