

*Ш.Э. ОМОНОВ, Д.Э. ХУСАНХОДЖАЕВА, А.Х. РАДЖАБОВ,  
А.Ш. ОМОНОВ, А.А. НУРМУХАМЕДОВ, В.В. МАРКИЗЬЯН,  
Н.Э. НАЗИРОВА, С.Х. САИДОВ, Ш.С. ПИРНАФАСОВ*

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТКИ С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА**

*Ташкент. педиатр. мед. ин-т и ЦКБ № 2 при МСО Р Уз.*

В 1861 г. французский врач Р. Менiere описал синдром, характеризующейся тугоухостью, шумом в ушах и приступами головокружения, связанный с патологией внутреннего уха. Последующими исследователями было доказано, что в основе болезни Меньера (БМ) лежит эндолимфатический гидропс лабиринта.

Существует несколько теорий, объясняющих развитие эндолимфатического гидропса (анатомическая, наследственная, генетическая, иммунологическая, травматическая, метаболическая, вирусная, сосудистая, психологическая), однако природа данного заболевания по настоящее время остается до конца невыясненной.

В Европе частота возникновения данной патологии составляет 1 случай на 1000 населения, средний возраст больных колеблется от 20 до 50 лет.

Целью нашего сообщения является описание наблюдения из практики по реабилитации пациентки с болезнью Меньера.

Обследуемая И.Э., 34 года (№ ист. б. 2959), поступила в ЛОР-отделение ЦКБ №2 11.09.2006 г. с жалобами на приступы головокружения, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, нарушением равновесия, снижением слуха и наличием шума в правом ухе. Больной она себя считает в течение 2 лет. В анамнезе: 2 года тому назад получила травму правого уха (удар по уху). Непосредственно после этого возникли головокружение и шум в правом ухе, но она за медицинской помощью не обращалась, соблюдая постельный режим в домашних условиях. Спустя 3 дня, пациентка не смогла встать с

постели, каждое нервно-физическое волнение сопровождалось симптомами БМ. Приступы возникали 2-3 раза в день и длились в среднем до 1 ч, наиболее часто появляясь в первой половине дня.

Больная была проконсультирована отоларингологом и невропатологом, на основании клинико-неврологических, аудиологических и МРТ исследований головного мозга установлен диагноз БМ. В связи с этим пациентка ежеквартально в течение 2 лет получала комплексное консервативное лечение (нейротропные, сосудорасширяющие, дегидратационные, общеукрепляющие и т.п. препараты). Однако результат от лечения был кратковременным и приступы продолжались, шум в правом ухе усиливался, прогрессивно снижался слух.

Учитывая безрезультатность консервативных мероприятий, пациентку госпитализировали в ЛОР-отделение ЦКБ №2. При осмотре и комплексном ее обследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Клинические и биохимические анализы были в пределах нормы. Оториноларингологический статус: нос, глотка, гортань и левое ухо – без патологии. Правое ухо: наружный слуховой проход – широкий, барабанная перепонка – целая, слегка помутневшая. Акуметрия: АД – шепотная речь – 0, разговорная – 3 м, проба Ринне – отрицательная, Вебера – латерализуется в правое ухо, на аудиограмме отмечается смешанная тугоухость справа, преимущественно звукопроводящего типа II-III степени, глицерол тест – положительный. Обследуемая проконсультирована невропатологом и

окулистом, на МРТ головного мозга и КТ височных костей особых изменений не обнаружено.

Основываясь на результатах комплексного обследования, мы установили диагноз: болезнь Меньера, средне-тяжелая форма. Учитывая частоту возникновения приступов и безуспешность консервативной терапии, было решено применить хирургическое вмешательство.

11.09.2006 г. под общим обезболиванием проведена комбинированная операция: дренирование эндолимфатического мешка трансмастоидальным доступом по В.Т. Пальчуну (1983) и осмохирургия по М. Arslany (1970) путем эндомеатальной тимпанотомии.

Послеоперационный период протекал без осложнений: рана заживала первичным

натяжением, в период пребывания больной в стационаре приступов головокружения не отмечалось. При катамнестическом наблюдении в течение последующих 6 месяцев она отмечает уменьшение шума и улучшение слуха на правом ухе (в среднем 10-15 дБ), имело место однократное кратковременное легкое головокружение (8-10 мин), не сопровождающееся тошнотой и рвотой. Спустя 1 мес после операции трудоспособность больной восстановлена полностью.

Интерес данного наблюдения заключается в том, что развитию болезни Меньера способствовала травма уха, что подтверждает травматический ее генез, впервые описанный еще П. Меньером, а применение комбинированной хирургии привело к стойкому положительному исходу и трудовой реабилитации пациентки.

Поступила в редакцию 18.05.2007.

© Ш.Э. Омонов, Д.Э. Хусанходжаева, А.Х. Раджабов, А.Ш. Омонов, А.А. Нурмухамедов, В.В. Маркизян, Н.Э. Назирова, С.Х. Саидов, Ш.С. Пирнафасов, 2007