

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ МЕНЬЄРА

Кербаж Надін Ріда

Студентка 4 курсу І медичного

Харківський Національний Медичний Університет

Дзиза Алла Василівна

Асистент

Харківський Національний Медичний Університет

Хвороба Меньєра (ХМ) – це захворювання внутрішнього вуха, що супроводжується запамороченням (вертиго), шумом у вухах (тинітус), відчуттям повноти у вусі та втратою слуху. ХМ може виникнути у будь-якому віці, але найчастіше виникає у віці 40-60 років. Вона вражає приблизно від 50 до 200 осіб на 100 000 населення. Хоча це доволі рідкісне захворювання, воно сильно впливає на якість життя пацієнтів через непередбачувані, епізодичні напади та поступовий розвиток приглухуватості.

Етіологія не визначена. Симптоми ХМ спричинюються накопиченням рідини (ендолімфи) у лабіринті внутрішнього вуха та підвищенням тиску ендолімфатичної системи (ендолімфатичний гідропс), що призводить до порушення передачі імпульсів між внутрішнім вухом та мозком.

Діагностика

Оскільки хвороба Меньєра має епізодичний характер, діагноз встановлюється клінічно. Диференційну діагностику проводять з вестибулярною мігренню, вірусним лабіринтитом та нейронітом, пухлиною мосто-мозочкового кута, крововиливом у стовбур мозку. За рекомендаціями Американської академії отоларингології /хірургії голови та шиї 2020 р. діагностика проводиться наступним чином:

Діагностичні критерії

Діагностичні критерії класифікуються на певні та ймовірні. До певних відносяться:

- наявність 2-х або більше нападів запаморочення, кожен з яких триває 20 хв-12 год;

- задокументована нейросенсорна приглухуватість низьких/середніх частот з боку ураженого вуха до, під час та після одного з епізодів запаморочення;

- коливання слухових симптомів (зниження слуху, шум у вухах або відчуття повноти у вухах).

Ймовірна ХМ:

- щонайменше 2 епізоди запаморочення тривалістю від 20 хв до 24 год;

- коливання слухових симптомів (зниження слуху, шум у вухах або відчуття повноти у вухах).

Оцінка наявності вестибулярної мігрені

Так як вестибулярна мігрень також супроводжується запамороченнями, що може імітувати ХМ, необхідно провести оцінку її наявності.

Аудіометрія

Визначення як порогових значень чистого тону, так і порогів розбірливості мови – сприяє кращій діагностиці та правильному і своєчасному лікуванню, слуховій реабілітації, слухопротезуванню та може значно впливати на подальше лікування пацієнтів. Зазвичай аудіограма вказує на однобічну сенсоневральну приглухуватість.

Інструментальні методи діагностики

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) внутрішнього слухового каналу та задньої черепної ямки пацієнтам з підозрою на ХМ та аудіометрично підтвердженою асиметричною нейросенсорною приглухуватістю.

Вестибулярне/електрофізіологічне дослідження

Рутинне призначення не рекомендоване.

Лікування

Лікування гострого нападу спрямоване на полегшення симптомів.

Перш за все призначається пероральна фармакотерапія, дієта та когнітивна терапія. При неефективності даних методів можливе призначення лікування шляхом ін'єкції у вухо (внутрішньотимпанальне) та хірургічне лікування.

Медикаментозне лікування

Препаратами першої лінії є бетагістин та діуретики. Також призначають противірусні препарати та системні стероїди.

Бетагістин є антагоністом гістамінових H_3 –рецепторів. Вважається, що він підвищує кровопостачання внутрішнього вуха, що може впливати на тиск в ендолімфатичній системі внутрішнього вуха. Він також може мати прямий вплив на вестибулярний нерв, зменшуючи частоту нападів запаморочення. Також використовуються інші антигістамінні препарати, такі як цинаризин або дименгідрилат.

Діуретики використовуються з метою зменшення об'єму ендолімфи та тиску в ендолімфатичній системі шляхом підлаштування електролітного балансу та сприяння втрати води через нирки.

Оскільки припускається, що ХМ може бути викликана вірусними інфекціями, виник інтерес до використання противірусних препаратів, таких як ацикловір.

Ще однією з причин ХМ може бути алергічна або аутоімунна реакції, що передбачає запалення аудіовестибулярних структур внутрішнього вуха. Це призвело до використання системних стероїдів, що пов'язано з їх протизапальним та імуномодуляторним ефектом.

Дієта

Пацієнтам рекомендується знизити вживання солі (менше 2000 мг на день), кофеїну та алкоголю, так як вони можуть погіршувати симптоми. Вважається, що вони змінюють рідинний баланс, впливаючи на об'єм ендолімфи.

Рекомендується вживання спеціально оброблених злаків, бо вони сприяють виділенню антисекреторного фактору в організмі, який знижує надмірну секрецію рідини.

Когнітивна терапія

Психологічні фактори мають місце у розвитку ХМ. У багатьох пацієнтів тригером нападу є стрес. Боротьба зі стресом, поліпшення сну, допомога

спеціалістів знизять рівень тривожності або порушення настрою, що поліпшить якість життя пацієнтів та знизить частоту нападів. Крім того, терапія може допомогти пацієнтам впоратися з несподіваною природою нападів та підготуватися до їх майбутніх повторень.

Інtratимпанальні ін'єкції кортикостероїдів

Якщо вищеперераховані методи лікування не призводять до полегшення симптомів, може призначатися інtratимпанальна ін'єкція кортикостероїдів. Альтернативним методом є введення стероїдів краплями через тимпаностомну трубку. Вважається, що у внутрішньому вусі стероїди впливають на водний гомеостаз, іонні канали та кровопостачання внутрішнього вуха.

Перевагою цього методу є досягнення органу-мішені у великих дозах та запобігання ускладнень, пов'язаних із системним прийомом.

Хірургічне лікування

У разі відсутності результатів медикаментозного лікування протягом 3-6 місяців, призначають хірургічне лікування.

Його поділяють на 2 категорії: недеструктивне та деструктивне.

Недеструктивне лікування спрямоване на збереження слуху та, іноді, вестибулярної функції вуха. Воно ґрунтується на усуненні ендолімфатичного гідропсу та включає: встановлення тимпаностомної трубки, декомпресія ендолімфатичного мішка, встановлення ендолімфатичного шунта, блокада або облітерація ендолімфатичної протоки, закупорка або облітерація півколових каналів.

Деструктивне лікування спрямоване на ерадикацію функції рівноваги в ураженому вусі та може пожертвувати залишковим слухом. Воно використовується для повного усунення надходження аномальних імпульсів з ураженого вуха до мозку. Якщо протилежне внутрішнє вухо та вестибулярний апарат нормально функціонують, мозок зрештою компенсує втрату 1-го лабіринту. Цей метод протипоказано виконувати у пацієнтів з ураженням обох вух. Лікування включає лабіринтєктомію або секціонування вестибулярного нерва. Даний метод вважається крайньою мірою.

На жаль, не існує методів для профілактики зниження слуху. У пацієнтів із ХМ та втратою слуху рекомендується варіант слухопротезування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Basura G. J., Adams M. E., Monfared A. et al. (2020) Clinical Practice Guideline: Ménière's Disease Executive Summary. *Saje J.*, Apr. 8
2. Webster KE, Lee A, Galbraith K, Harrington-Benton NA, Judd O, Kaski D, Maarsingh OR, MacKeith S, Ray J, Van Vugt VA, Westerberg B, Burton MJ. Intratympanic corticosteroids for Ménière's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Feb 27;2(2):CD015245. doi: 10.1002/14651858.CD015245.pub2. PMID: 36847608; PMCID: PMC9969957.
3. Webster KE, Galbraith K, Harrington-Benton NA, Judd O, Kaski D, Maarsingh OR, MacKeith S, Ray J, Van Vugt VA, Burton MJ. Systemic pharmacological interventions for Ménière's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Feb 23;2(2):CD015171. doi: 10.1002/14651858.CD015171.pub2. PMID: 36827524; PMCID: PMC9948543.
4. Webster KE, George B, Lee A, Galbraith K, Harrington-Benton NA, Judd O, Kaski D, Maarsingh OR, MacKeith S, Murdin L, Ray J, Van Vugt VA, Burton MJ. Lifestyle and dietary interventions for Ménière's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Feb 27;2(2):CD015244. doi: 10.1002/14651858.CD015244.pub2. PMID: 36848645; PMCID: PMC9969956.
5. Lee A, Webster KE, George B, Harrington-Benton NA, Judd O, Kaski D, Maarsingh OR, MacKeith S, Ray J, Van Vugt VA, Burton MJ. Surgical interventions for Ménière's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Feb 24;2(2):CD015249. doi: 10.1002/14651858.CD015249.pub2. PMID: 36825750; PMCID: PMC9955726.