**Паспортная часть**

**Ф.И.О.:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Дата рождения:** 1980г.

**Место жительства:** г. Томск

**Место работы:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Дата поступления:** 20.12.2004г.

**Дата выписки:**

**Диагноз направления:** острая вестибулопатия

**Госпитализация:** в плановом порядке

**Клинический диагноз:**

1. **Основное заболевание:** вестибуло-кохлеарный синдром
2. **Осложнение основного заболевания: --------------------------**
3. **Фоновое заболевание:** антифосфолипидный синдром (синдром Hughes). Остеохондроз шейного отдела позвоночника II степени.
4. **Сопутствующие заболевания:** Хронический вазомоторный ринит. Хронический тонзиллит. Хроническая правосторонняя нейросенсорная тугоухость II степени. Вестибулярная дисфункция сосудистого генеза.

***I. АНАМНЕЗ***

**Жалобы при поступлении:**

* + - 1. Приступы головокружения, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, нарушением координации, резкой слабостью, гипергидрозом, сердцебиением.

1. Постоянные головокружения, усиливаюшиеся при переходе из клиностатического в ортостатическое положение.
2. Постоянный звон в правом ухе
3. Постоянное ощущение тяжести в голове
4. Слабость, снижение работоспособности
5. Снижение слуха, преимущественно на правое ухо
6. Затруднения в фиксации взгляда на предметах

**Анамнез развития заболевания:**

Начало заболевания острое, ночью 28 мая 2004г.\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* проснулся от ощущения головокружения (предметы двигались вокруг), отмечал резкую слабость, гипергидроз, не смог встать с кровати. Присутп головокружения сопровождался чувством страха, сердцебиением, тошнотой, многократной рвотой, гипергидрозом, полиурией, отхождением стула (нормальной консистенции и цвета). К больному была вызвана «Скорая помощь», был поставлен диагноз «острое пищевое отравление ?», проведено промывание желудка и введение лекарств, каких - больной не помнит. Через несколько часов больному стало легче, но незначительное головокружение, шум в ушах и неустойчивость походки сохранялись в течении недели. От госпитализации \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* отказался. Обследование и лечение больной проходил в МСЧ «Строитель». Неврологом рекомендовано лечение: бетасерк, циннаризин. Аудиометрия выявила нейросенсорную правостороннюю тугоухость II степени. Так как пациент постоянно имел возможность контакта с клещами и за некоторое время до приступа выезжал в экспедицию, был проведен анализ на клещевой энцефалит и болезнь Лайма. Присасывание клеща больной отрицает. В первом анализе был подтвержден клещевой энцефалит и клещевой боррелиоз, в повторном - только клещевой энцефалит. С 26.06. по 18.07. больной прошел курс лечения (Диагноз: клещевой энцефалит, острое течение, стертая форма, острая вирусемия), однако значительного улучшения состояния не отмечал. Повторный приступ произошел 18.07.2004г, длился около 1,5 часов, сопровождался рвотой. Приступ больной купировал самостоятельно приемом винпоцетина и бетасерка. 28.07.2004г. возник повторный приступ головокружения с сильной головной болью и рвотой, длительностю около 30 минут. За помощью больной не обращался.

С 13.08. по 24.08. больной находился в ЛОР-отделении 3 гор.больницы (Диагноз: хроническая правосторонняя нейросенсорная тугоухость II степени, вестибулярная дисфункция сосудистого генеза), где получал лечение: бетасерк, кавинтон, циннаризин, ноотропил, витамины. От проведенного лечения больной отмечает положительный эффект: уменьшились головокружения и шум в ушах. После лечения в августе 2004г. больной поехал в Хакасию в командировку, где у него повторился приступ (отмечает связь с резким изменением погоды). 17.08.2004г. в НИИ Кардиологии пациенту была сделана ангиограмма позвоночных артерий. Заключение: кровоток ассиметричен за счет снижения справа (пропускная способность правой a.vertebralis 30 мл\мин, левой a.vertebralis 110 мл\мин), повышенное перефирическое сопротивление кровотоку с обоих сторон. После обследования невропатологом в Межвузовской больнице был назначен электрофорез шейного отдела позвоночника и иглорефлексотерапия, после которых больной отметил значительное улучшение состояния. 21.10.2004г. при анализе выявлено наличие волчаночного антикоагулянта, поставлен диагноз: антифосфолипидный синдром Hughes.

**Анамнез жизни:**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родился в республике Хакасия. Физически и умственно развивался соответственно возрасту. Какими из детских инфекций переболел, не помнит. Со слов больного, простудными заболеваниями болел редко. В 1998г. окончил школу, поступил в ТГУ, переехал в г. Томск. В 2003г. поступил в аспирантуру.

1989г. - перелом большого пальца левой руки.

1993г. - травма правого уха.

1995г. - фурункул преддверия носа справа.

1999г. - двусторонний нефроптоз.

2001г. - пролапс митрального клапана II-III степени.

08.2004г. - клещевой энцефалит, острое течение, стертая форма. острая вирусемия. Хроническая нейросенсорная тугоухость справа.

**Семейный анамнез:**

О болезнях бабушек и дедушек с материнской и отцовской стороны не знает. Мать инвалид III группы по онкологическому заболеванию, какому - больной не уточняет. Отец страдает гипертонической болезнью. Младший брат (16 лет) страдает бронхиальной астмой.

**Аллергический анамнез:** со слов больного аллергических реакций на продукты, лекарства, пыль, растения нет.

***III. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ***

***I. Общий осмотр***

**Дата исследования:** 23.12.2004г.

Вес: 65 кг

Рост: 176 см

Дыхание: 16\мин

Тип телосложения: астенический

Положение: активное

Сознание: полное

*II. Исследование нервной системы.*

Черепные нервы.

1. Обонятельный (первая пара).

Ароматические запахи воспринимает и дифференцирует одинаково хорошо с обеих сторон.

1. Зрительный (вторая пара)
2. центральная острота зрения D 1,0=S 1,0
3. поля зрения на белый и красный цвета

Левый глаз Правый глаз

1. цветоощущение: цвета различает правильно
2. Глазодвигательный, блоковой, отводящий нерв (III, IV, V пары).

Глазные щели равной ширины

1. односторонне исследование объема движений

Правый глаз: при крайнем отведении глаза вправо - неприятные ощущения

Левый глаз: односторонний объем движений полный

1. совместные (конъюгированные) движения глаз:

Фиксация взора на движущемся предмете при неподвижной голове исследуемого (проверяется задний продольный пучок): больной следит за движущимся предметом при неподвижной голове.

Фиксация взора на неподвижном предмете при поворотах головы исследуемого (проверяется связь заднего продольного пучка с вестибулярным аппаратом, т.е. с ядром Дейтерса): фиксирует молоток при движении головы.

1. произвольные движения (проверяется связь коры головного мозга с задним продольным пучком) Произвольные движения глаз возможны. S=D

1. двойное изображение: диплопия слева
2. конвергенция: ослаблена
3. аккомодация: сохранена
4. нистагм

*Горизонтальный:* отсутствует

*Вертикальный:* отсутствует

*Ротаторный:* отсутствует

При резком переходе из положения лежа в вертикальное наблюдается слабо выраженный нистагм вправо.

1. зрачки округлой формы, средней величины, равные
2. реакция зрачков на свет

*Прямая:* живая, равная

*Перекрестная:* живая, равная

*На свет гемиопическая:* гемианопсии нет

*Гемианопическая реакция:* при аккомодации и конвергенции сохранена

1. Тройничный нерв (пятая пара)
2. Лицо: поверхностная чувствительность сохранена. Уколы воспринимает и дифференцирует S=D
3. Язык: уколы воспринимает и дифференцирует Вкус соленого, кислого, сладкого на передних двух третях языка воспринимает и дифференцирует
4. Двигательная ветвь (жевательные мышцы)

Открывание рта не нарушено. Движение нижней челюсти в стороны сохранено в полном объёме. Сила сжатия челюстей достаточная, мышечный валик образуется S=D. Атрофии жевательных мышц нет.

1. Лицевой нерв
2. верхняя ветвь: Складки на лбу образует S=D. Глаза зажмуривает плотно. Симптома ресниц нет.
3. нижняя ветвь: Носогубные складки в покое симметричные. При оскаливании зубов носогубные складки одинаковы S=D.Щеки надувает одинаково. Симптом Хвостека отрицательный. Мигание синхронное. Корнеальные рефлексы живые, равные. Надбровные рефлексы живые, равные. Патологические содружественные лицевые движения отсутствуют.
4. Вестибулокохлеарный нерв (восьмая пара)
5. острота слуха на высокие тона:

Правое ухо: воспринимает с 4 метров

Левое ухо: воспринимает с 6 метров

1. острота слуха на шепотную речь:

Правое ухо: шёпотную речь воспринимает с 3 метров

Левое ухо: шёпотную речь воспринимает с 6 метров

* 1. Проба Вебера: латерализация звука влево.

1. Имеется субъективный шум в обоих ушах, системное головокружение.
2. Языкоглоточный и блуждающий нервы (девятая и десятая пары)

Вкус горького на задней трети языка воспринимает, дифференцирует. Глотание сохранено. Глоточный рефлекс сохранён. Голос звучный. Дыхание: 16 в минуту.Пульс: 70 уд\мин. Небные дужки симметричны, мягкое нёбо фонирует

1. Добавочный нерв (одиннадцатая пара)
2. Трапециевидная мышца: объем активных движений полный с обеих сторон, сила 5 баллов с обеих сторон. Атрофии мышц нет.
3. Грудино-ключично-сосцевидная мышца: объем активных движений полный с обеих сторон, сила 5 баллов с обеих сторон. Атрофии мышц нет.
4. Подъязычный нерв (двенадцатая пара)

Язык при его высовывании расположен по средней линии, обе половины симметричны, атрофии нет. Дрожания нет. Анартрии, дизартрии нет.

Афазия

1. Моторная: речь возможна.
2. Сенсорная: обращенную речь понимает
3. Амнестическая: существительные называет

Апраксия

1. Моторная: целенаправленные движения выполняет последовательно
2. Идеаторная: целенаправленные движения выполняет последовательно
3. Конструктивная: целенаправленные движения выполняет последовательно

Чувствительность

1. Поверхностная
   * Тактильная: прикосновение воспринимает одинаково хорошо с обеих сторон
   * Болевая: укол воспринимает как острое одинаково хорошо с обеих сторон
   * Температурная: горячее и холодное воспринимает хорошо с обеих сторон
   * Способность локализовать ощущение: место прикосновения указывает правильно с обеих сторон
   * Двумерно-пространственное чувство: простые фигуры воспринимает правильно с обеих сторон
2. Глубокая
   * Мышечно-суставное чувство: направление движения пальцев указывает правильно с обеих сторон
   * Вибрационное чувство: звучание камертона воспринимает одинаково долго с обеих сторон

Стереогностическое чувство

* + 1. Предметы на ощупь определяет правильно.
    2. Чувствительность нервов и мышц к давлению сохранена.
    3. Пальпация мышц и нервных стволов безболезненна.

Симптомы натяжения

1. Ласега: отрицательный
2. Нери: отрицательный
3. Дежерина: отрицательный

Менингеальный синдром

1. Ригидности затылочных мышц нет.
2. Симптом Кернига нет.
3. Симптом Брудзинского нет.

Двигательный аппарат

1. Походка
   * При открытых глазах: уверенная, руками пенделирует
   * При закрытых глазах: неуверенная
     1. Стояние:
        + При открытых глазах: в позе Ромберга устойчив
        + При закрытых глазах: в позе Ромберга пошатывание
          1. Верхние конечности:

объем активных движений: полный справа и слева

сила: справа и слева 5 баллов

* тонус мышц: сохранен справа и слева
* атрофия: нет
* координация: справа и слева пальценосовую пробу выполняет уверенно
* диадохокинез: справа и слева нет

Нижние конечности:

объем активных движений: полный справа и слева

сила: справа и слева 5 баллов

* тонус мышц: сохранен справа и слева
* атрофия: нет
* координация: справа и слева пяточно-коленную пробу выполняет уверенно
  1. Спинные мышцы: атрофии нет
  2. Фибриллярных сокращений мышц нет
  3. Судорог (тонических, клонических) нет.
  4. Дрожание (интенционное, паркинсоновское) отсутствует
  5. Контрактур нет
  6. Патологических содружественных движений нет

Позвоночник

При перкуссии остистых отростков и пальпации паравертебральных точек болезненность в шейном и грудном отделах.

Рефлексы

1. кожные рефлексы:
   * Подошвенные: живые, S=D
   * Брюшные: верхний, средний, нижний брюшные рефлексы средней выраженности S=D
2. сухожильные рефлексы:
   * + - двухглавой мышцы: живые, S=D
       - трехглавой мышцы: живые, S=D
       - коленный живые:, S=D
       - Ахиллова сухожилия: живые, S=D
         1. В периостальные рефлексы: с лучевой кости: живые, S=D
         2. клонусов коленной чашечки и стопы нет.

Патологические рефлексы

Экстензорные:

* Бабинского: отрицательный справа и слева
* Оппенгейма: отрицательный справа и слева
* Гордона: отрицательный справа и слева
* Шефера: отрицательный справа и слева

1. Флексорные:

* Жуковского: отрицательный справа и слева
* Россолимо: отрицательный справа и слева
* Мендель-Бехтерева: отрицательный справа и слева

1. Рефлексы орального автоматизма:

* Хоботковый рефлекс: отрицательный справа и слева
* Ладонно-подбородочный: отрицательный справа и слева
* Хватательный рефлекс: отрицательный справа и слева

Функция мочевого пузыря и прямой кишки

1. Задержка мочи: спастической, паралитической, парадоксальной задержки мочи нет.
2. Недержание мочи: нет
3. Императивные позывы на мочеиспускание: нет
4. Автоматизм мочевого пузыря: нет

Трофические и вегетативно-вазомоторные расстройства

1. Пролежни: нет
2. Дермографизм: розовый, стойкий
3. Потоотделение: умеренное, гипергидроз ладоней
4. Акроцианоз: нет
5. Пульс: 70
   * Ортостатический 70/82
   * Клиностатический 78/70
   * Глазосердечный рефлекс 72/64

Психика

Сознание ясное, контакту доступен. Свое состояние воспринимает адекватно, отношение доброжелательное.

Внутренние органы.

**Кожа, слизистые оболочки:** кожа телесного цвета, тургор сохранён, влажность умеренная, волосяной покров соответствует полу, ногти и волосы без особенностей. Подкожный жировой слой развит умеренно, равномерно. Отеков нет.

Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ясные, ритмичные. Жалоб не предъявляет.

Дыхательная система: дыхание везикулярное, одинаковое над симметричными отделами легких. Хрипов нет. Жалоб не предъявляет.

Пищеварительная система: Жалоб не прдъявляет. Печень не выходит из-под края реберной дуги.

Мочеполовая система: Жалоб не предъявляет. Почки не пальпируются, мочеиспускание не нарушено.

***IV. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ***

1. **Общий анализ крови (от 22.12.2004г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/л  Эритроциты, 1012/л  Цветной показатель  Лейкоциты, 109/л  СОЭ, мм/час  Нейтрофилы с/я, %  Нейтрофилы п/я, %  Эозинофилы, %  Лимфоциты, %  Моноциты, %  Тромбоциты 109/л | 148  4,87  0,9  5,7  3  47  3  2  40  10  204 | 130 – 167  4,28 – 5,30  0,85 – 1,05  4,78 – 7,68  1 - 10  47 – 72  0-6  0-5  19 – 37  3 – 11  150-450 |

1. **Общий анализ мочи (от 22.12.2004г.)**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Глюкоза  Микроскопия осадка  Слизь | соломенно-желтый  прозрачная  1012  отрицательный  отрицательный  единичные клетки эпителия в полях зрения лейкоциты 1-2  ++ |

1. **Биохимический анализ крови (от 23.12.2004г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Норма |
| Глюкоза, ммоль\л  Мочевина, ммоль\л  Креатинин,ммоль\л  Общий билирубин, мкмоль\л  Прямой билирубин, мкмоль\л  Общий белок г\л  Холестерин, моль\л  АСАТ мккат\л  АЛАТ мккат\л  СРБ  Серомукоиды, ед | 4,3  4,2  0,09  16,7  отрицателен  66,0  4,0  23,0  19,0  отрицателен  0,200 | 3,5-7,5  2,5-8,3  0,044-0,12  8,55 – 20,05  отрицателен  65-85  3,5-5,2  До 35,0  До 35,0  отрицателен  0,13-0,20 |

1. **Анализ крови на RW (от 23.12.2004г.)**

Заключение: отрицательный

1. **Показатели свертываемости крови (от 23.12.2004г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Протромбиновый, %  АЧТВ, сек  Фибриноген общий, г/л  Фибриноген В, г/л | 72,2  40  2,25  слабо положительный | 80 – 105  25 – 35  2,5 – 3,5  отр. |

1. **Антикоагулянт волчаночного типа (от 23.12.2004г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученный результат | Норма |
| ПТВ | 1,26 | 0,9-1,17 |
| АВР | 1,26 | 0,9-1,17 |
| Лебетоновое время | 1,24 | 0,9-1,17 |

Заключение: волчаночный антикоагулянт в плазме в среднем количестве.

1. **ЭКГ (от 20.12.2004г.)**

Заключение: отклонение ЭОС влево, синусовая брадикардия (55 уд\мин). В остальном ЭКГ б\о.

1. **УЗИ органов брюшной полости (от 22.12.2004г.)**

Заключение: пиелоэктазия слева.

1. **Консультация ЛОР-врача (от 23.12.2004г.)**

Заключение: хронический вазомоторный ринит. Хронический тонзаиллит, стадия ремиссии. Хроническая правосторонняя нейросенсорная тугоухость II степени. Вестибулярная дисфункция сосудистого генеза. Рекомендовано проведение аудиографии.

1. **Консультация окулиста (от 23.12.2004г.)**

Заключение: ангиопатия сетчатки по гипертензионному типу.

***V. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА***

1. **Топический диагноз:**

Отсутствие изменений со стороны корковых функций (речь, гнозис, праксис и др.) и признаков центральных двигательных расстройств позволяет исключить нарушения со стороны коры.

Отсутствие нарушений поверхностной и глубокой чувствительности говорит об интактности чувствительных анализаторов.

***Жалобы больного:***

* + - 1. Приступы головокружения, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, нарушением координации, резкой слабостью, гипергидрозом, сердцебиением.

1. Постоянные головокружения, усиливаюшиеся при переходе из клиностатического в ортостатическое положение.
2. Постоянный звон в правом ухе
3. Постоянное ощущение тяжести в голове
4. Слабость, снижение работоспособности
5. Снижение слуха, преимущественно на правое ухо
6. Затруднение в фиксации взгляда на предметах

***Данные объективного исследования:***

* + неприятные ощущения при крайнем отведении правого глаза вправо,
  + слабовыраженный нистагм вправо при резком переходе из клиностатического в ортостатическое положение
  + справа шепотная речь воспринимается с расстояния 3 метров,
  + справа разговорная речь воспринимается с расстояния 4 метров,
  + при опыте Вебера латерализация звука в сторону здорового уха (признак нейросенсорной тугоухости)
  + пошатывание в позе Ромберга с закрытыми глазами

Одновременное снижение слуха и вестибулярные нарушения указывают на поражение внутреннего уха. Полученные данные объективного обследования и жалобы больного говорят о периферическом поражении VIII пары ЧМН справа. Отсутствуют характерные для центрального поражения ядер VIII пары ствола мозга симптомы: дизартрия, нарушения чувствительности лица или конечностей, атаксия, гемипарез, синдром Горнера или гемианопсия. Вестибулярные атаки в виде повторяющихся приступов скорее всего связаны с сосудистым генезом нарушений (ангиоспазм или тромбоз a.labyrinthica).

1. **Клинический диагноз:**

Ставится на основании:

1. Жалоб больного на:
   * Приступы головокружения, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, нарушением координации, резкой слабостью, гипергидрозом, сердцебиением.
   * Постоянные головокружения, усиливаюшиеся при переходе из клиностатического в ортостатическое положение.
   * Постоянный звон в правом ухе
   * Постоянное ощущение тяжести в голове
   * Слабость, снижение работоспособности
   * Снижение слуха, преимущественно на правое ухо
   * Затруднение в фиксации взгляда на предметах
2. Данных анамнеза:

28 мая 2004 года больной перенес вестибулярную атаку (приступ головокружения сопровождавшийся тошнотой, рвотой, слабостью, гипергидрозом). После первого приступа у больного сохраняется постоянное головокружение, чувство тяжести в голове, снижение слуха на правое ухо. Повторные приступы случались 3 раза. В июне 2004г. был поставлен диагноз: острый клещевой энцефалит, острое течение, стертая форма. В августе 2004г. был поставлен диагноз: хроническая правосторонняя нейросенсорная тугоухость II степени. В августе 2004г. ангиография почечных артерий показала снижение кровотока по правой a.vertebralis в 3 раза по сравнению с левой. Проведенное лечение, направленное на улучшение кровотока в aа.vertebralis (электрофорез и иглорефлексотерапия шейного отдела) значительно улучшили состояние больного. В октябре 2004г. на основании данных анализа крови («+» волчаночный антикоагулянт) поставлен диагноз: антифосфолипидный синдром.

1. Данных объективного исследования:

* неприятные ощущения при крайнем отведении правого глаза вправо,
* слабовыраженный нистагм вправо при резком переходе из клиностатического в ортостатическое положение
* справа шепотная речь воспринимается с расстояния 3 метров,
* справа разговорная речь воспринимается с расстояния 4 метров,
* при опыте Вебера латерализация звука в сторону здорового уха (признак нейросенсорной тугоухости)
* пошатывание в позе Ромберга с закрытыми глазами

1. Данных лабораторных и функциональных исследований, консультации специалистов:

* в анализе крови от 23.12.2004г. волчаночный антикоагулянт в плазме крови в умеренном количестве
* консультация ЛОР-врача от 23.12.2004г. Заключение: хронический вазомоторный ринит. Хронический тонзаиллит, стадия ремиссии. Хроническая правосторонняя нейросенсорная тугоухость II степени. Вестибулярная дисфункция сосудистого генеза.

***V* *I. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ***

У данного больного необходимо дифференцировать причины вестибулокохлеарного синдрома для выбора рациональных методов лечения.

1. **Болезнь Меньера**

***Общие черты:*** соответствующий заболеванию возраст первой манифестации (20-40 лет), внезапное начало первого приступа на фоне полного здоровья, длиетльность приступа от 30 минут до 2 часов, повторные приступы головокружения с выраженной вегетативной симптоматикой (тошнота, рвота, гипергидроз), потерей равновесия. После приступов прогрессирует снижение слуха на стороне пораженного лабиринта (нейросенсорная тугоухость, что подтверждается латерализацией звука в сторону здорового уха при опыте Вебера). Больной отмечал улучшение состояния после применения глицерола - специфический «глицероловый тест» при болезни Меньера.

***Отличия:*** болезнью Меньера чаще страдают женщины. Во внеприступный период при болезни Меньера отсутствует симптоматика (кроме прогрессирующего снижения тугоухости), тогда как у больного присутствуют постоянные головокружения, тяжесть в голове, шум в ушах. Он неустойчив в позе Ромберга с закрытыми глазами во внеприступный период, что также указывает на прогрессирующее постоянное поражение лабиринта. У больного также имеется глазаная симптоматика (диплопия, слабовыраженный нистагм справа, неприятные ощущения при максимальном отведении глаз вправо), что для болезни Меньера не характерно. На аудиограмме отсутствует специфическая для болезни Меньера картина - «раскрытая пасть дракона». Отсутствует характерный феномен усиления нарастания громкости (ФУНГ).

Для уточнения диагноза рекомендуется проведение повторных аудиограмм и наблюдение у ЛОР-врача.

1. **Клещевой энцефалит**

***Общие черты:*** пациент по роду деятельности постоянно нахродится в эндемичных по клещевому энцефалиту районах, и незадолго до начала заболевания имел возможность контакта с клещами. Характерно острое начало заболевания в весенний период и наличие инкубационного периода в течении около 2 недель после возвращения из эндемичного района. Вестибулярные атаки и сохраняющаяся вестибулярная симптоматика в межприступном периоде могут быть вызваны поражением ядер VIII пары ЧМН вирусом клещевого энцефалита. Также у больного в двух ИФА в мае 2004г. была обнаружена острая вирусемия клещевого энцефалита, и выставлен диагноз: клещевой энцефалит, острое течение, стертая форма, острая вирусемия. По поводу заболевания больной проходил лечение в МСЧ «Строитель».

***Отличия:*** больной отрицает присасывание клеща перед началом заболевания. Для клещевого энцефалита нетипичной является первое проявление в виде вестибулярной атаки без повышения температуры, мышечно-суставных болей, я влений менингизма. Для энцефалита нетипично поражение VIII пары ЧМН (чаще поражаются IX, XI, XII пары ЧМН). Для остаточных явлений энцефалита нехарактерны повторяющиеся вестибулярные атаки и прогрессирующее снижение слуха на одной стороне. Нетипично облегчение состояния после приема глицерола и лечения, направленного на улучшение кровообращения в aа.vertebralis.

1. **Опухоли задней черепной ямки и мосто-мозжечкового угла**

***Общие черты:*** наличе у больного постоянного головокружения, шума в ушах, ощущения тяжести в голове, нарушение равновесия. При обследовании - неустойчивость в позе Ромберга с закрытыми глазами и появление глазной симптоматики. Наличие нейросенсорной тугоухости по заключению ЛОР-врача и латерализация звука в сторону здорового уха в опыте Вебера.

***Отличия:*** для опухолей мосто-мозжечкового угла (в т.ч. шванномы VIII пары ЧМН) нехарактерно внезапное начало заболевания и наличие вестибулярных атак. Симптомы проявляются постепенно: сначала появляются шум в ухе, легкое голвокружение и незначительное нарушение равновесия. По мере врастания опухоли в мосто-мозжечковый угол возникают сильные головные боли, выраженные нарушения равновесия и координации, симптомы повышения ВЧД (шум в ушах) и вовлечение расположенных рядом ЧМН (онемение и парестезии лица, слабость мимической мускулатуры).

Для уточнения диагноза пациенту рекомендуется провести КТ головы с малой толщиной среза или МРТ с гадолинием.

1. **Лабиринтит**

***Общие черты:*** для лабиринтитов характрено постоянное наличие симптомов раздражения лабиринта: шум в ушах, голвокружение, нарушение равновесия. При обследовании - неустойчивость в позе Ромберга с закрытыми глазами также может быть симптомом лабиринтита. Хараткерно постепенное нарастание симптомов, наличие приступов вестибулярных атак, появление нистагма, прогрессирующее снижение слуха.

***Отличия:*** для возникновения лабиринтита необходим очаг острого или хронического воспаления в среднем ухе, однако пациент отрицает наличие заболеваний уха в анамнезе. При консультации ЛОР-врача также не выявлено признаков отита. Возможно менингогенное происхождение лабиринтита, но со слов больного он никогда не болел менингитом. У больного нет данных за острый лабиринтит, который мог проявится внезапнями вестибулярными атаками. Для подострых и хронических лабиринтитов характерно постепенное проявление симптомов раздражения лабиринта и их медленное нарастание.

1. **Вертебробазилярная недостаточность**

***Общие черты:*** для переходящей ишемии ствола при вертебробазилярной недостаточности характерны приступы вестибулярных атак (головокружение, тошнота, рвота), возникающих при спазмах вертебральных артерий. Чаще они связаны с подъемом артериального давления, изменениями погоды, резким изменением положения тела, резкими поворотами головы и т.д.***ом периодещами. нистагм, же указывает на прогрессирующее поражение лаби*** В межприступном периоде отсутствует очаговая мозговая симптоматика. Вестибулярные нарушения могут сохраняться между приступами, если при приступе ишемии произошло повреждение лабиринта. При обследовании характерна неустойчивость в позе Ромберга с закрытыми глазами, неуверенная походка при закрытых глазах. Также при инструментальном исследовании у больного найдено снижение кровотока по правой a.vertebralis в 3 раза по сравнению с левой и признаки остеохондрохза шейного отдела, что подтверждает вертебробазилярную недостаточность как причину вестибулокохлеарного синдрома.

***Отличия:*** повторные приступы вестибулярных атак у больного (с его слов) не спопровождаются появлением во время приступа очаговых симптомов (дизартрия, нарушения чувствительности лица или конечностей, атаксия, гемипарез, синдром Горнера или гемианопсия). Для уточнения диагноза необходимо обследование больного во время приступа с целью выявления у него возможной очаговой симптоматики.

1. **Антифосфолипидный синдром**

Так как у больного в 2 анализах подтверждено наличие волчаночного антикоагулянта, ему выставляется диагноз антифосфолипидного синдрома Hughes. Синдром проявляется идиопатической тромбоцитопенией и спонтанными тромбозами. Одним из проявлений АФЛ-синдрома является переходящая ишемия мозга с микроинсультами. Клинические проявления зависят от того, какой сосуд и на каком уровне подвержен тромбозу. Также у больного имеется пролапс митрального клапана II-III степени, что также может быть следствием АФЛ-синдрома. Поэтому АФЛ-синдром у пациента можно рассматривать как фоновое заболевание, причину всетибулокохлеарного синдрома.

***VII. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ***

1. **Основное заболевание:** вестибуло-кохлеарный синдром
2. **Осложнение основного заболевания: --------------------------**
3. **Фоновое заболевание:** антифосфолипидный синдром (синдром Hughes). Остеохондроз шейного отдела позвоночника II степени.
4. **Сопутствующие заболевания:** Хронический вазомоторный ринит. Хронический тонзиллит. Хроническая правосторонняя нейросенсорная тугоухость II степени. Вестибулярная дисфункция сосудистого генеза.

***VIII. ЛЕЧЕНИЕ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ***

Лечение всетибулокохлеарного синдрома складывается из 2 групп: купирование приступов вестибулярных атак и этиотропное лечение в межприступный период.

1. ***Купирование вестибулярных атак***

Во время приступа всетибулярной атаки пациент должен соблюдать строгий постельный режим (во избежании травм, связанных с нарушением координации и ранвовесия), обеспечивается полный покой исключение возможных раздражителей. При появлении очаговой симптоматики, неукротимой рвоте с дегидратацией, выраженных нарушениях равновесия необходима госпитализация в профильный неврологический стационар. Для купирования приступа применяют следующие группы препаратов:

1. **Лекарственные средства, улучшающие мозговое кровообращение**

Лекарственных препаратов, избирательно действующих только на мозговое кровообращение, нет. Целый ряд лекарственных средств обладает спазмолитической активностью, что способно улучшить кровоснабжение мозга, повысить снабжение его кислородом и улучшить метаболические процессы. Среди современных препаратов наиболее часто применяются:

* + **Винпоцетин (Кавинтон)** - оказывает подавляющее действие на активность фосфодиэстеразы, способствует накоплению в тканях циклической АМФ, действием которой и обусловлен его сосудорасширяющий эффект. Важно, что сосудорасширяющее действие выражено в первую очередь в отношении церебральных артерий, при этом снижение уровня системного артериального давления является незначительным. Важным свойством винпоцетина является способность улучшать реологические свойства крови, улучшать тканевую микроциркуляцию. Получены сведения о том, что препарат повышает устойчивость мозговой ткани к гипоксии.
  + **Ницерголин** - оказывает незначительное влияние на состояние уровня системного артериального давления и коронарный кровоток, приводя к значительному улучшению церебральной гемодинамики и повышению потребления кислорода мозговым веществом.
  + **Циннаризин** - основной эффект реализуется за счет обратимого блокирования кальциевых каналов и вазодилатации церебральных артерий. Важным свойством циннаризина является способность угнетать функцию вестибулярного аппарата, что может быть использовано для уменьшения выраженности головокружения. Гипотензивный эффект выражен умеренно. Характеризуется хорошей переносимостью, из побочных эффектов следует отметить сонливость, ощущение разбитости, сухость во рту.
  + **Нимодипин** - антагонист ионов кальция, преимущественно влияет на кровоснабжение мозга, снижает резистентность мозговых артериол, улучшает мозговое кровообращение, уменьшает гипоксию мозговой ткани.

1. **Н1-блокаторы**

Среди современных препаратов применяется преимущественно **Бетасерк** (**Бетагистин)** для купирования приступов головокружения. Препарат является синтетическим аналогом гистамина, оказывает воздействие главным образом на гистаминовые Н1–рецепторы. Считается, что бетагистин нормализует давление эндолимфы в лабиринте и улитке, способствуя уменьшению выраженности вестибулярных нарушений и улучшению слуха. Важной является способность улучшать кровообращение лабиринта за счет расширения прекапилляров. Препарат хорошо переносится, противопоказаниями к его применения являются обострение язвенной болезни желудка и 12–перстной кишки, а также бронхиальная астма. Из побочных эффектов отмечаются преходящие расстройства функции желудочно–кишечного тракта, легкий седативный эффект. Сходными фармакологическими свойствами блокатора гистаминовых Н1–рецепторов, одновременно оказывающего умеренное м–холиноблокирующее действие, обладает **Дименгидранат**.

1. **Антиагреганты**

В связи с тем, что фоновым заболеванием является АФЛ-синдром со спонтанными тромбозами, при купировании приступа больному необходимо использование антиагрегантов, предотвращающих повторное тромбообразование. Наиболее распространенным препаратом является **Аспирин**. При невозможности применения аспирина (язвенная патология ЖКТ) применяют **Дипиридамол**.

1. **Дегидратационная терапия**

Дегидратационная терапия необходима как при возможном отеке мозга при развитии ишемии, так и для уменьшения отека лабиринта. Применяют внутривенно **Фуросемид, Маннит, Диакарб.** Для избирательного снятия отека с лабиринта применяют **Глицерол.**

1. **Противорвотная терапия**

При развитии во время вестибулярных атак вегетативной симптоматики с неукротимой рвотой и гипергидрозом возможно развитие дегидратации, требующей немедленной коррекции дегидратации. Применяют противорвотные средства: **Церукал, Диметпрамид**, нейролептики и т.д.

* 1. **Транквилизаторы**

Так как вестибулярные атаки (особенно проявляющиеся впервые) у больных обычно сопровождаются выраженной тревого и чувством страха, рекомендуется применение транквилизаторов (**Нозепам, Феназепам. Альпразолам** и т.д.). Они также способствуют уменьшению вегетативных расстройств.

1. ***Лечение АФЛ-синдрома***

Единых схем для лечения АФЛ-синдрома при тех или иных клинических проявлениях не существует. Профилактика повторных тромбозов при АФС представляет сложную проблему. Это связано с неоднородностью патогенетических механизмов, лежащих в основе АФС, полиморфизмом клинических проявлений, отсутствием достоверных клинических и лабораторных показателей, позволяющих прогнозировать рецидивирование тромботических нарушений. Больным АФС назначают антикоагулянты непрямого действия (**варфарин**) и антиагреганты (низкие дозы **аспирина**). Особенности лечения связаны с очень высокой частотой рецидивирования тромбозов. У больных, леченных высокими дозами непрямых антикоагулянтов с поддержанием гипокоагуляции на уровне международного нормализованного отношения (МНО) более 3, отмечалось достоверное снижение частоты рецидивов тромботических осложнений.

Лечение глюкокортикоидами и цитостатиками, как правило, неэффективно, за исключением случаев катастрофического АФС. Более того, некоторые результаты указывают на то, что длительная кортикостероидная терапия может увеличивать риск рецидивирования тромбозов.

1. ***Лечение остеохондроза шейного отдела позвоночника***

Лечение остеохондроза как правило является симптоматическим и направлено на улучшение кровотока по a.vertebralis.

* 1. Коррекция образа жизни: пациенту рекомендуется по выписке из стационара соблюдение режима труда и отдыха. При необходимости - перевод на более легкие условия труда, исключающие повышенную нагрузку на шейный отдел позвоночника. Рекомендуют пациенту не производить резких движений головой. В период обострений или при длительной работе с напряжением шейных мышц рекомендуется ношение воротника Шанца. Спать рекомендуется на жесткой постели с низкой подушкой для выравнивания линии позвоночника. Также полезны занятия плаванием для укрепления мышечного корсета позвоночника.

1. Физиотерпевтическое лечение: назначают электрофорез на область шейного отдела позвоночника с лидазой, токи Дарсонвааля.
2. Иглорефлекотерапия
3. В период ремиссии - массаж.
4. ЛФК, направленная на укрепление мышечного корсета спины. После того как инструктор ЛФК обучит пациента. возможно выполнение некоторых упражнений дома самостоятельно.
5. Медикаметозная терапия: курсами 2-3 раза в год назначают витамины. биостимуляторы, препараты. улучшающие мозговое кровообращение, ноотропы. При необходимости назначают НПВС и анальгетики.
   1. ***Коррекция весибуло-кохлеарного синдрома вне приступа обострения***

Для постоянного применения вне приступа обострения больному рекомендуется прием следующих препаратов:

* + - **Н1-блокаторы:** бетасерк
    - **препараты, улучшающие мозговое кровообращение:** кавинтон, винпоцетин, циннаризин
    - **диуретики:** маннит, фуросемид, диакарб
    - **ноотропные препараты:** пирацетам, аминалон

***IX. ЛЕЧЕНИЕ ДАННОГО БОЛЬНОГО***

За период нахождения в стационаре\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* получал следующее лечение:

1. Sol. Mannithi 10%-400ml внутривенно капельно (осмотический диуретик).
2. Tab. Cavintoni 0,005mg по 1 таблетке 3 раза в день
3. Sol. Milgamma 2,0 внутримышечно 1 раз в день, в течении 10 дней. (поливитаминный препарат, улучшающий кровоснабжение, стимулирующий регенерацию нервной ткани).
4. Sol.Nootropili 20% - 5ml вводить внутримышечно по 10 ml (ноотропный препарат)
5. Tab.Alprazolami 0,25mg 2 раза в день (транквилизатор)
6. Tab.Betaserci 8,0mg - по 1 таблетке 3 раза в день (H1-блокатор)
7. Токи Дарсонвааля №10 на область сосцевидного отростка и шейного отдела позвоночника
8. Массаж воротниковой зоны шейного отдела позвоночника

***СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ***

1. А.В. Триумфов «Топическая диагностика заболеваний нервной системы», М: «Мед-пресс информ», 2003г.
2. Е.И. Гусев, В.Е. Гречко, Г.С. Бурд. «Нервные болезни», М: «Медицина», 1988г.
3. В.И. Бородулин «Справочник практического врача» в 2 томах, М: «Рипол классик», 2001г.
4. М.Д. Машковский «Лекарственные средства» в 2 томах, М: «Медицина», 1993г.
5. В.Я. Гапанович, П.А. Тимошенко «Болезни уха, горла и носа». Минск: «Высшая школа», 2002г.
6. Юсупов Ф.А. «Неврологические проявления антифосфолипидного синдрома», «Центрально-Азиатский медицинский журнал», публикация на сайте http://www.medlinks.ru
7. Г.Д. Вейс «Головокружения»
8. П.Р. Камчатнов «Вертебро-базиллярная недостаточность», «Российский Медицинский журнал», № 10, 2004г.
9. Статья «Антифосфолипидный синдром», публикация на сайте http://akapelwa.narod.ru/AFS.html

***X. ДНЕВНИК КУРАЦИИ***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата курации, пульс, давление, частота дыхания, температура | Течение болезни | Назначения |
| 23.12.2004г.  АД= 120\80 мм.рт.ст.  Пульс 80 уд\мин  t утро=36,6  t вечер=36,6  ЧД=16\мин | Знакомство с больным. Сбор жалоб, анамнеза. Больной предъявляет жалобы на шум в правом ухе. тяжесть в голове, гловокружения, снижения слуха справа. Состояние удовлетворительное, положение активное. Аппетит нормальный, физиологические отправления в норме. | Режим палатный. Стол № 15.  Sol. Mannithi 10%-400ml внутривенно капельно  Tab. Cavintoni 0,005mg по 1 таблетке 3 раза в день  Sol. Milgamma 2,0 внутримышечно 1 раз в день, в течении 10 дней.  Sol.Nootropili 20% - 5ml вводить внутримышечно по 10 ml  Tab.Alprazolami 0,25mg 2 раза в день  Токи Дарсонвааля на область сосцевидного отростка и шейного отдела позвоночника |
| 24.12.2004г.  АД= 120\80 мм.рт.ст.  Пульс 80 уд\мин  t утро=36,6  t вечер=36,6  ЧД=16\мин | Жалобы те же. Проведение общего осмотра и неврологического обследования. При осмотре неустойчиваость в позе Ромберга с закрытыми глазами. Слабовыраженный нистагм вправо. Болезненность при крайнем отведении глаз вправо. Снижено восприятие шепотной и разговорной речи справа. Состояние удовлетворительное, положение активное. Аппетит нормальный, физиологические отправления в норме. | Назначения те же. |
| 25.12.2004г.  АД= 120\80 мм.рт.ст.  Пульс 80 уд\мин  t утро=36,6  t вечер=36,6  ЧД=18\мин | Жалобы те же. Состояние удовлетворительное, положение активное. Аппетит нормальный, физиологические отправления в норме. | Назначения те же. |
| 27.12.2004г.  АД= 120\80 мм.рт.ст.  Пульс 80 уд\мин  t утро=36,6  t вечер=36,6  ЧД=14\мин | Жалобы те же. Состояние удовлетворительное, положение активное. Аппетит нормальный, физиологические отправления в норме. | Назначения те же. |