

УДК 616.833.18-002.1	UDC 616.833.18-002.1
ОСТРЫЙ ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ НЕЙРОНИТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	ACUTE VESTIBULAR NEURONITIS DURING GESTATION. CLINIC CASE
Лебедеенко Елена Сергеевна – к.м.н. <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Lebedenko Elena Sergeevna – MD <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
Тхатль Саида Казбековна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Thatl' Saida Kazbekovna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
Теучеж Сарра Даутовна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Teuchej Sarra Dautovna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
Фоменко Людмила Андреевна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Fomenko Ludmila Andreevna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
В данной статье представлены современные данные об этиологии, патогенезе, клинической картине острого вестибулярного нейронита, а также особенности течения заболевания при беременности, тактика ведения и родоразрешения.	The study presents modern data about ecology, pathogenesis, clinical finding of acute vestibular neuronitis and peculiarities of this disease in gestation. Management and delivery of the patients were discussed.
Ключевые слова: БЕРЕМЕННОСТЬ, ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ НЕЙРОНИТ, ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, РОДОРАЗРЕШЕНИЕ	Key words: GESTATION, VESTIBULAR NEURONITIS, ETIOLOGY, PATHOGENESIS, CLINICAL FINDING, VERTIGO, DELIVERY

В настоящее время экстрагенитальная патология у беременных все чаще встречается в практике акушера-гинеколога. Нередко для правильного ведения таких пациенток требуется привлечение смежных специалистов высокого уровня. Сложности могут представлять как дифференциальная диагностика, так и вопросы пролонгирования беременности и тактики родоразрешения. Поэтому только взаимодействие специалистов высокого уровня может гарантировать беременной благополучный исход и счастливое материнство.

В данной статье рассматривается редкий вид патологии в практике акушера-гинеколога – острый вестибулярный нейронит. Это заболевание известно с начала XIX в. Согласно статистике оно представляет собой третью по частоте причину возникновения головокружений, этиологически связанную с инфекционными, вирусными или аллергическими факторами. Симптоматика требует дифференцировки с такими патологиями, как болезнь Миньера, острый лабиринтит, инсульт, перилимфатическая фистула с головокружениями другой природы. От точности постановки диагноза зависит тактика ведения данной беременности. Поэтому благополучный исход данного клинического случая не только находился в руках акушера-гинеколога, но также был обусловлен грамотной помощью врача-невролога и оториноларинголога.

Пациентка С., 32 лет, находилась на стационарном лечении в отделении АПБ № 1 ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» города Краснодара.

Из *anamnesis vitae*: Наследственность не отягощена. В детстве перенесла ветряную оспу. В течение жизни – хронический пиелонефрит, с 10 лет – последнее обострение в 2005 г., ОРВИ/ОРЗ; из травм ДТП в 2011 г. с вывихом локтевого сустава. Аллергологический анамнез отягощён реакцией на бисептол в виде отека Квинке. Гемотрансфузий не было. Тромбоэмболический анамнез отрицает. Поступила в отделение по направлению из женской консультации с диагнозом: беременность 36–37 недель. Предлежание пла-

центы. Вростание плаценты. Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии. Два рубца на матке после двух кесаревых сечений. Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Анемия 1 ст. Резус отрицательный, кровь без антигенов. Наследственная предрасположенность к тромбофилическим осложнениям: гетерозигота фибриногена, MTRR, гомозигота PAI-1. ремиссии. Гестационный сахарный диабет на диетотерапии. На момент осмотра жалоб не предъявляла.

Акушерско-гинекологический анамнез: Менструальный цикл регулярный с 12 лет, длительностью 5 дней, интервалами 28 дней, установился сразу, умеренный, безболезненный. Половая жизнь с 19 лет, контрацепция – от беременности не предохранялась, муж здоров, брак зарегистрирован. Гинекологические заболевания отрицает. Данная беременность первая, наступила самостоятельно.

Течение данной беременности: в 19 недель диагностирован кандидозный вульвовагинит, лечения не получала. В 24 недели беременности отмечалось однократное повышение артериального давления до 140/90 мм рт. ст. Без отеков и протеинурии. Была госпитализирована в стационар, где получала магниевую терапию. В 28 недель заболевание ОРВИ с повышением температуры до 37,5°C, лечение самостоятельное народными средствами.

Данные объективного обследования пациентки: общее состояние при поступлении удовлетворительное, нормального питания, в сознании, адекватна. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Лимфатические узлы не пальпировались. Периферических отеков не было. В легких: перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов не было. Сердце: границы сердца не расширены, ЧСС – 76 уд. в мин, АД – 100/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен при беременности. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформлен. Отеков нет.

В общем анализе крови: лейкоциты – $17,1 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилы – $13,4 \cdot 10^9/\text{л}$. В биохимическом анализе крови: венозная глюкоза – $5,53 \text{ ммоль}/\text{л}$, щелочная фосфатаза – $207,3 \text{ Ед}/\text{л}$, остальные показатели – в пределах нормы. В общем анализе мочи: кетоны – $15 \text{ ммоль}/\text{л}$. В коагулограмме: РФМК – $28,0 \text{ мг}\%$, остальные показатели – в пределах нормы. По данным УЗИ: прогрессирующая беременность – 40 недель. Крупный плод. По данным доплерометрии МППК нарушений гемодинамики не выявлено. При осмотре гастроэнтеролога рекомендованы УЗИ ЖКТ и консультация хирурга. По данным УЗИ брюшной полости очаговой патологии не выявлено. По заключению хирурга острая хирургическая патология исключена. Реаниматолог исключил связь головокружения с приемом пищи. Консультация невролога: Острый вестибулярный нейронит от 15.11.2016. Данных относительно острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) не выявлено. Рекомендована cito консультация ЛОР-врача, МРТ головного мозга в плановом порядке. При консультации ЛОР выставлен диагноз вестибулярный нейронит. Роды рекомендовано вести в зависимости от акушерской ситуации. По данным МРТ признаки ОНМК отсутствуют. При осмотре гематологом выставлен диагноз: тромбофилический синдром. По данным ЭКГ и ЭХО-КГ патологии не выявлено. На основании полученных данных был проведен консилиум в составе ответственного дежурного врача, дежурного и лечащего врача. Выставлен клинический диагноз: Беременность 40 недель. Крупный плод. Острый вестибулярный нейронит. Тромбофилический синдром. Решено начать лечение вестибулярного нейронита. Контроль состояния пациентки и внутриутробное состояние плода.

Беременной проводилась терапия: противорвотная терапия, гистаминная, антикоагулянтная, антиагрегантная, ежедневный КТГ-контроль, контроль уровня глюкозы. На фоне проводимой терапии головокружение и тошнота уменьшились, рвота прекратилась. На следующие сутки начался прелиминарный период. Проведен был токолиз гинипралом, до него была дана таблетка верапамила – 40 мг , согласие беременной получено. С 16.11.16 по-

явились жалобы на болезненные схватки, продолжающуюся тошноту и головокружение. Произведено внутреннее акушерское исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева – 3 см, плодный пузырь цел, плоский. Он вскрыт браншей пулевых щипцов, околоплодных вод не получено. Предлежащая часть – головка, она прижата ко входу в малый таз, мыс не достижим, экзостозов нет. Решено роды вести консервативно, после записи КТГ и оценки внутриутробного состояния плода решить вопрос о методе обезболивания.

Роды проведены консервативно, обезболивание ДЭА, эпизиотомия. Рождён плод мужского пола массой 4180 г, ростом 56 см на 7–8 баллов по шкале Апгар. На данный момент ребенок развивается соответственно возрасту. В послеродовом периоде терапия гистаминами, противорвотными средствами, согласно рекомендациям ЛОР-врача и гематолога, продолжалась. Тошноты и рвоты не было, головокружение не беспокоило. В динамике назначена консультация ЛОР-врача и невролога.

Пациентка выписана на третьи сутки домой с новорожденным под наблюдение врача женской консультации, ЛОР-врача и невролога с рекомендациями.

Выводы

Данный клинический случай интересен тем, что, несмотря на наличие тяжелой экстрагенитальной патологии, редко встречающейся в практике акушера-гинеколога, при грамотно составленных диагностических мероприятиях, правильно проведённому лечению, пациентка получила возможность самостоятельно родить здорового ребёнка, купировать клинику сопутствующей патологии, испытать радость материнства.

Список литературы

1. *Мельников О. А.* Доброкачественное позиционное головокружение / О. А. Мельников, М. В. Замерград // *Лечащий врач*. – 2000. – № 1. С. 15–19.
2. *Пальчун В. Т.* Диагноз и лечение доброкачественного пароксизмального головокружения / В. Т. Пальчун, Н. Л. Кунельская, Е. В. Ротермел // *Вестник оториноларинголога*. – 2007. – № 1. С. 4–7.
3. *Парфенов В. А.* Дифференциальный диагноз, прогноз и лечение острого вестибулярного головокружения / В. А. Парфенов, О. В. Абдулина, М. В. Замерград // *Неврологический журнал*. – 2007. – № 6. – С. 21–5.
4. *Штульман Д. Р.* Головокружение и нарушение равновесия. Болезни нервной системы / Д. Р. Штульмана ; под ред. Н. Н. Яхно. – М.: Медицина, 2005.
5. *Скоромец Т. А.* Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей. – 8-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Политехника, 2012. – 623 с.
6. *Heinrichs N., Edler C. et. al.* Predicting continued dizziness after an acute peripheral vestibular disorder // *Psychosom. Med.* 2007. 700–7–07.