

2023

Информационный терапевтический портал

Клинический случай № 30
Инфаркт лабиринта как причина
острого кохлеовестибулярного
синдрома. H83.8.

Пациент К., 70 лет

- 22.01.2021 внезапно развились интенсивное головокружение, выраженная неустойчивость при ходьбе и снижение слуха на правое ухо. За медицинской помощью не обращался.
- Через 2 дня ввиду сохранения данных жалоб родственниками вызвана бригада скорой медицинской помощи, пациент доставлен в приемное отделение городской клинической больницы №4 Перми, госпитализирован в неврологическое отделение.



- В 2018 г. перенес эпизод транзиторной монокулярной слепоты справа, при обследовании по поводу которого выявлена **окклюзия правой внутренней сонной артерии** и **80% стеноз внутренней сонной артерии слева**;
- В октябре 2018 г. пациенту выполнена каротидная **эндартерэктомия** слева.
- Назначенные с целью вторичной профилактики препараты (дабигатран, аторвастатин) **не принимал**. Эпизодически использовал антигипертензивные препараты.
- **Сопутствующие заболевания:** артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, фибрилляция предсердий и хроническая сердечная недостаточность.

Физикальный осмотр



- Состояние пациента средней степени тяжести
- Артериальное давление 150/90 мм рт. ст.
- Пульс аритмичный
- ЧСС – 98 ударов в минуту



Неврологический статус:

- спонтанный горизонтальный нистагм с выраженным торсионным компонентом влево (верхний полюс глаза поворачивался в сторону левого уха), существенно усиливался при взгляде в сторону быстрого компонента (закон Александера);
- Импульсный тест поворота головы (теста Хальмаги): выраженная компенсаторная саккада при повороте головы вправо => **выпадение вестибулоокулярного рефлекса справа;**
- **Значительное снижение слуха на правое ухо** (восприятие разговорной речи – 0,5 м, восприятие шепотной речи отсутствует);
- Наклон головы **вправо;**
- Проба Ромберга: умеренная атаксия. Пальценосовая и пяточно-коленная проба выполнены удовлетворительно.



- **Отоскопия:** с двух сторон наружные слуховые проходы широкие, свободные. Барабанные перепонки серые, опознавательные знаки на них контурируются, перфорации не выявлено.



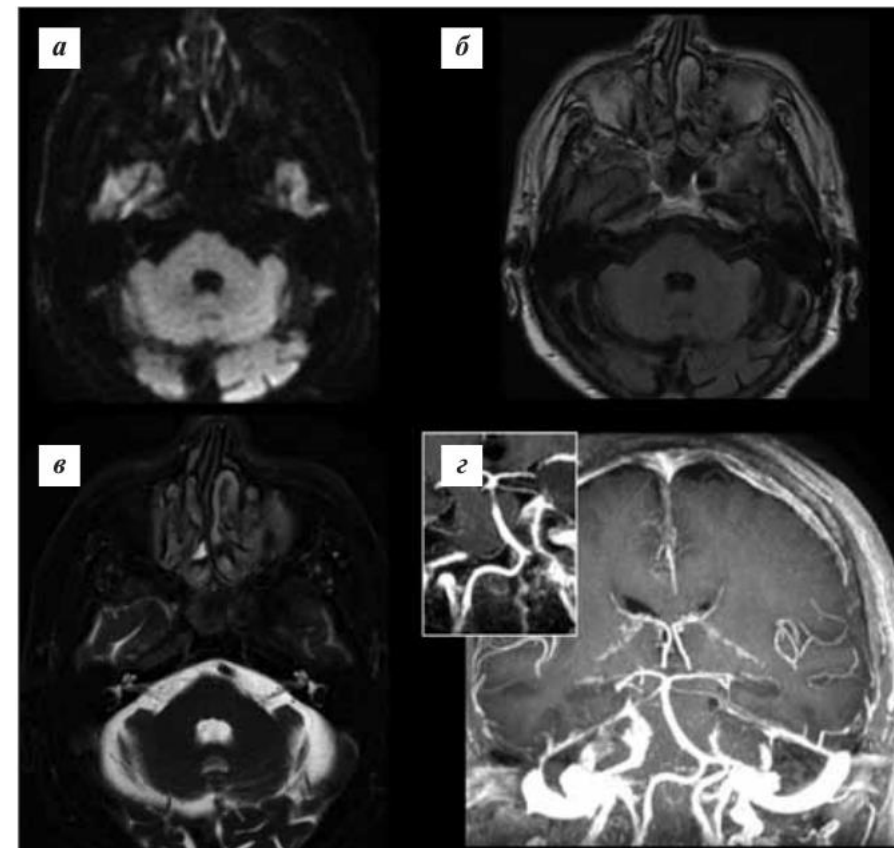
- В соответствии с алгоритмом **STANDING** (однонаправленный спонтанный нистагм, положительный тест Хальмаги, отсутствие выраженной атаксии) установлен **периферический острый вестибулярный синдром**
- В соответствии с протоколом **HINTS+** (положительный тест Хальмаги, однонаправленный нистагм, отсутствие косой девиации и острое одностороннее снижение слуха) **«центральный» острый вестибулярный синдром**
- Степень неврологического дефицита по шкале тяжести инсульта **NIHSS** составила 0 баллов, по шкале **e-NIHSS** – 4 балла.

	Периферическое головокружение	Центральное головокружение
Тест импульсного движения головы	Абнормальный, корректирующие саккады к центру во время поворота головы	Нормальный, нет корректирующих саккад
Нистагм	Однонаправленный, горизонтальный	Горизонтальный, с изменением направления, вертикальный, торсионный
Проба с прикрыванием глаза	Нет отклонений	Наблюдаются отклонения

Инструментальный осмотр

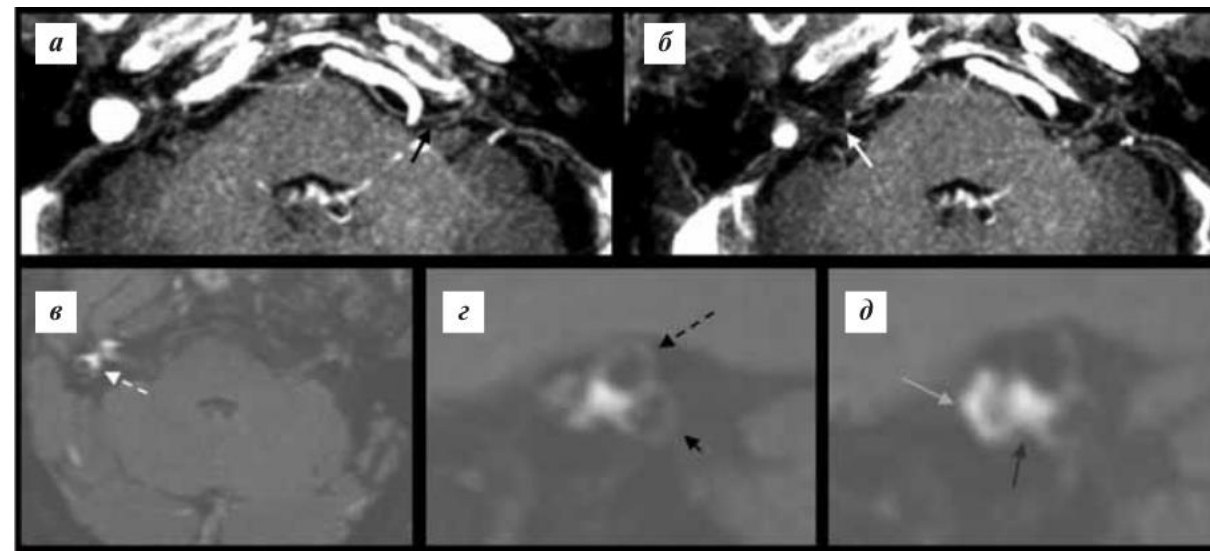


- **ЭХО-КГ:** фракция выброса составила 32%, дилатация левого предсердия, дегенеративные изменения митрального и аортального клапанов, диффузная гипокинезия миокарда.
- **Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий:** окклюзия правой внутренней сонной артерии от устья, слева – состояние после каротидной эндартерэктомии.
- **ЭКГ:** фибрилляция предсердий
- **МРТ головного мозга** на 3-й день стационарного лечения: острый инфаркт мозга не визуализирован. По данным реконструкции постконтрастных T1-взвешенных изображений (T1-ВИ), позвоночные артерии и основная артерия проходимы.



МРТ головного мозга: DWI (а), T2 FLAIR (б), T2-ВИ (в): в аксиальной плоскости на уровне моста мозга – зона выхода кохлеовестибулярного нерва; постконтрастные T1-ВИ (г): сегмент VIV позвоночных артерий и основная артерия визуализируются на всем протяжении, прослеживается правая передняя нижняя мозжечковая артерия

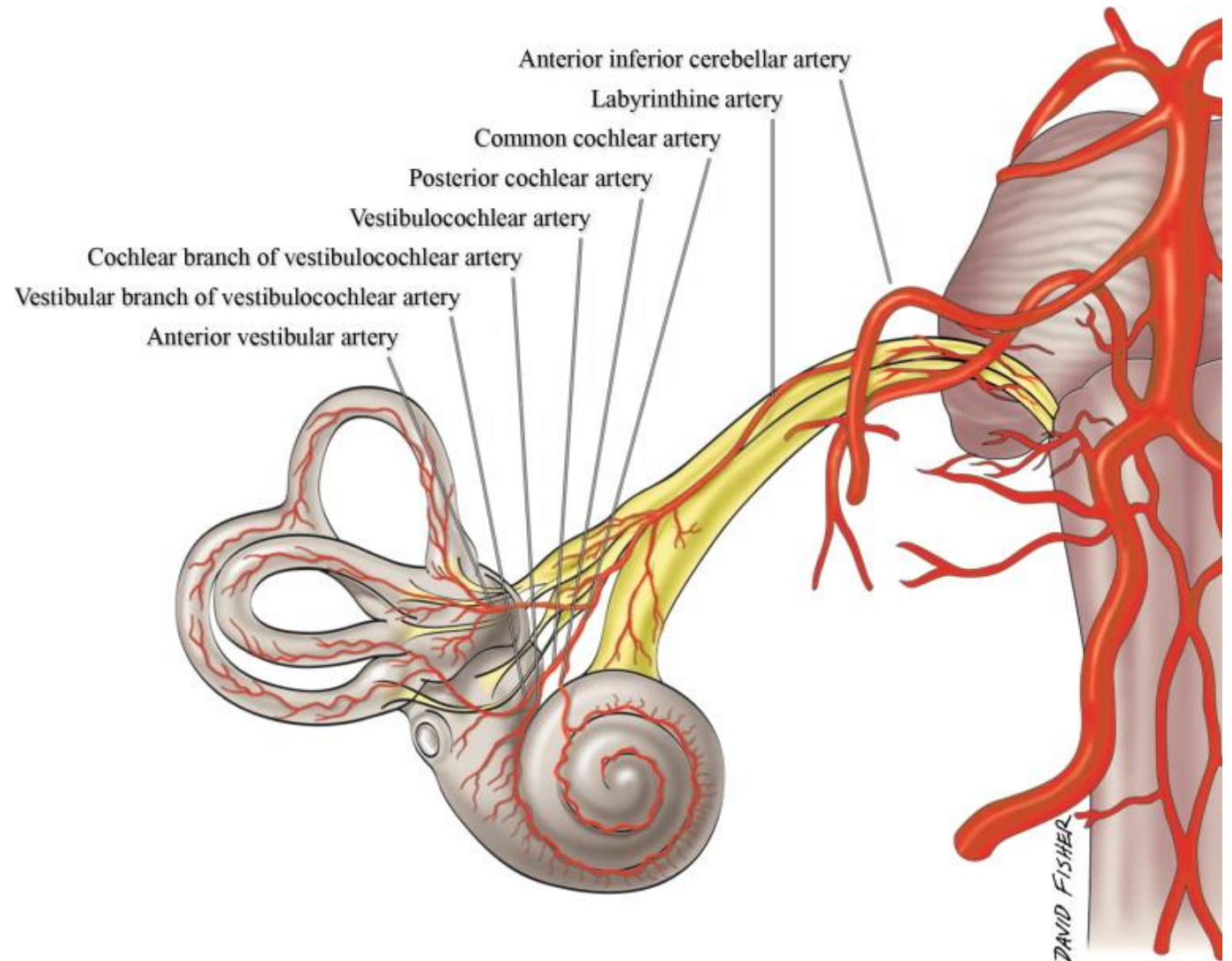
- **МРТ головного мозга и структур внутреннего уха для уточнения диагноза и подтверждения центрального генеза вестибулярного синдрома на 5-й день заболевания пациенту с использованием импульсной последовательности 3D-FLAIR и T1-ВИ через 10 мин и через 4 ч после однократного внутривенного введения контрастного вещества (Гадовист 0,1 мл/кг).**
- Для визуализации артерии лабиринта использована тонкосрезовая импульсная последовательность T1-ВИ (в артериальную фазу) с отсутствием зазора между срезами, дополненная 3D-реконструкцией. Визуализированы изменения, соответствующие **инфаркту правого лабиринта**



Постконтрастные T1-ВИ через 10 мин после внутривенного введения контрастного препарата: а – левая лабиринтная артерия визуализируется как ветвь левой передней нижней мозжечковой артерии без изменения МР-сигнала от просвета (черная стрелка); б – отсутствует контрастирование правой лабиринтной артерии в начальных отделах, что свидетельствует о нарушении кровотока (белая стрелка).

В режиме 3D-FLAIR через 4 ч после внутривенного контрастирования определяется накопление контрастного вещества структурами внутреннего уха справа: в – горизонтальный полукружный канал (белая пунктирная стрелка); г – передний полукружный канал (черная пунктирная стрелка), задний полукружный канал (черная головка стрелки); д – улитка (светло-серая стрелка), преддверие (темно-серая стрелка)

«Инфаркт лабиринта с острым кохлеовестибулярным синдромом. Ишемический кардиоэмболический инсульт в бассейне правой лабиринтной артерии от 22.01.2022»



- С учетом цереброваскулярного анамнеза пациент получал препараты для вторичной профилактики острого нарушения мозгового кровообращения (дабигатран, аторвастатин, антигипертензивная терапия), также *ex juvantibus* (в силу невозможности исключить лабиринтит) – дексаметазон внутривенно в дозе 16 мг/сут.
- Пациент выписан через 2 недели с рекомендациями приема препаратов для вторичной профилактики инсульта.
- На момент выписки головокружение и атаксия регрессировали, снижение слуха сохранялось на прежнем уровне.

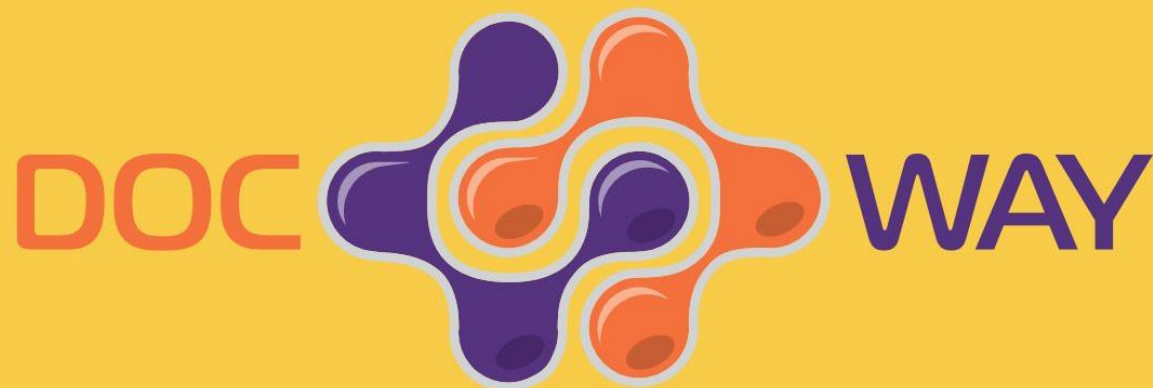
- Представленный клинический случай демонстрирует редкий вариант ишемического инсульта в вертебробазилярном бассейне в виде инфаркта лабиринта с развитием острого кохлеовестибулярного дефицита у пациента с множественными сердечно-сосудистыми факторами риска.
- Необходимо уделять внимание **дифференциальной диагностике**: в описанном случае она должна проводиться с острым лабиринтитом.
- **Основой дифференциальной диагностики двух заболеваний является анамнез**: у молодых пациентов с перенесенной накануне вирусной инфекцией следует подозревать лабиринтит, тогда как у **пожилых пациентов с сосудистыми факторами риска – инфаркт лабиринта**. Кроме того, **одновременное развитие симптомов** головокружения и нарушения слуха также характерно для **ишемического поражения**, в то время как при вирусном поражении ганглиев вестибулярной и кохлеарной порций VIII пары черепных нервов может наблюдаться постепенная манифестация симптомов: например, сначала снижение слуха, а на следующий день присоединение головокружения.

- Монак А.А. – ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь
- Кайлева Н.А. – ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь
- Кулеш А.А. – ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница №4», Пермь
- Гусева А.Л. – ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва
- Усманов В.Б. – ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь
- Парфенов В.А. – кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

Источник: Монак АА, Кайлева НА, Кулеш АА, Гусева АЛ, Усманов ВБ, Парфенов ВА. Инфаркт лабиринта как причина острого кохлеовестибулярного синдрома. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023;15(1):71–76. DOI: 10.14412/2074-2711-20231-71-76

Презентацию подготовила Шадеркина Анастасия Игоревна – студентка 4го курса Института клинической медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Сеченовского университета) РИНЦ AuthorID: 1064989, <https://orcid.org/0000-0003-0639-3274>

2023



Мы всегда готовы к сотрудничеству!

КОНТАКТЫ

Руководитель проекта **Шадеркина Виктория Анатольевна**

Тел.: +7 (926) 017-52-14

viktoriashade@uroweb.ru