

# EAR, NOSE AND THROAT AT A GLANCE

## **Nazia Munir**

Consultant ENT Surgeon  
University Hospital Aintree, Liverpool, UK

## **Ray Clarke**

Consultant ENT Surgeon  
Alder Hey Hospital, Liverpool, UK  
Associate Postgraduate Dean, Mersey Deanery, UK

**WILEY** Blackwell

**НАЗИЯ МУНИР • РЭЙ КЛАРК**

# **НАГЛЯДНАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

**Перевод с английского  
под редакцией**

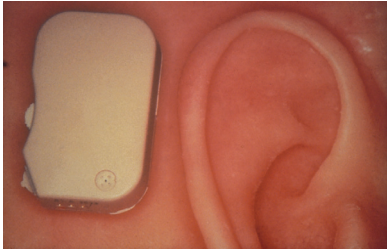
**кандидата медицинских  
наук К.Э. КЛИМЕНКО**



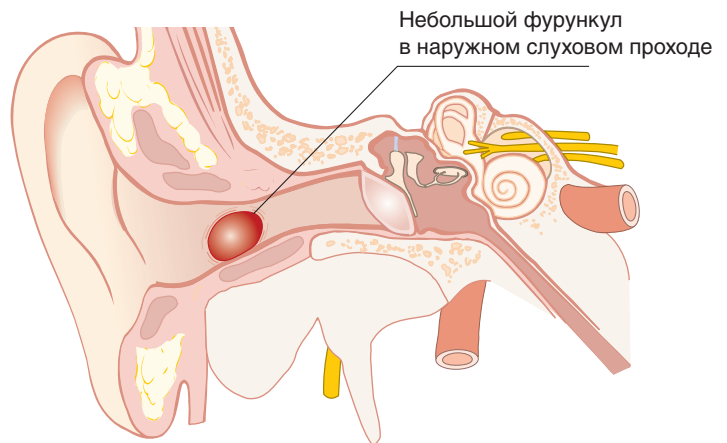
**Москва**  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
**«ГЭОТАР-Медиа»**  
2020

# Содержание

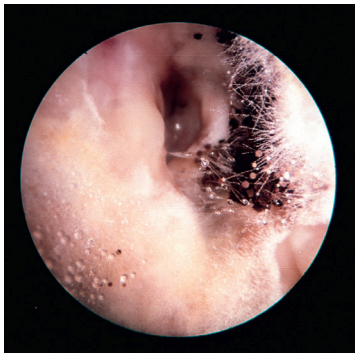
Предисловие к изданию на русском языке . . . . .	6
Предисловие к изданию на английском языке . . . . .	7
Благодарность . . . . .	7
1. Прикладная анатомия уха . . . . .	8
2. Физиология слуха . . . . .	11
3. Исследование слуха . . . . .	13
4. Тугоухость . . . . .	16
5. Ушная раковина . . . . .	18
6. Ушная сера и инородные тела уха . . . . .	20
7. Наружный слуховой проход . . . . .	22
8. Острый средний отит . . . . .	24
9. Перфорация барабанной перепонки . . . . .	26
10. Экссудативный средний отит . . . . .	28
11. Шум в ушах (тиннитус) . . . . .	30
12. Физиология органа равновесия . . . . .	32
13. Расстройства равновесия . . . . .	34
14. Лицевой нерв . . . . .	36
15. Нос и околоносовые пазухи: прикладная анатомия и диагностика . . . . .	38
16. Носовое кровотечение . . . . .	40
17. Носовая перегородка . . . . .	42
18. Травмы лор-органов . . . . .	44
19. Острый риносинусит . . . . .	48
20. Хронический риносинусит и назальный полипоз . . . . .	51
21. Глотка и пищевод: общая информация и методы исследования . . . . .	54
22. Носоглотка и аденоиды . . . . .	56
23. Фарингеальные инфекции . . . . .	58
24. Тонзиллэктомия . . . . .	60
25. Нарушения глотания . . . . .	62
26. Полость рта и язык . . . . .	64
27. Храп и синдром обструктивного апноэ сна . . . . .	66
28. Шея . . . . .	68
29. Опухоли шеи . . . . .	70
30. Рак головы и шеи . . . . .	74
31. Гортань . . . . .	77
32. Нарушения голоса . . . . .	79
33. Острая обструкция дыхательных путей . . . . .	81
34. Трахеостомия . . . . .	83
35. Слюнные железы . . . . .	85
36. Щитовидная железа . . . . .	88
Вопросы с вариантами ответов . . . . .	91
Мотивационный опросник . . . . .	94
Ответы на вопросы с многовариантным выбором . . . . .	96
Ответы к мотивационному опроснику EMQ . . . . .	99
Предметный указатель . . . . .	101



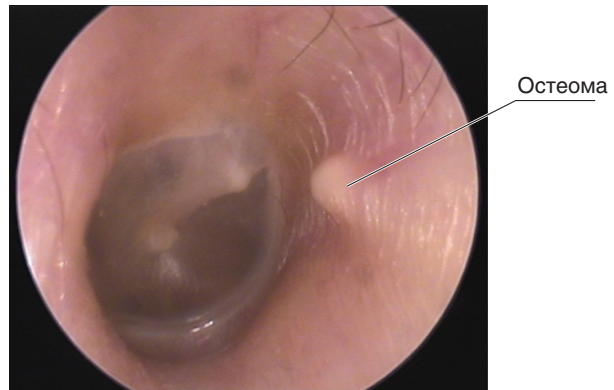
**Рис. 7.1.** Слуховые аппараты с костной проводимостью



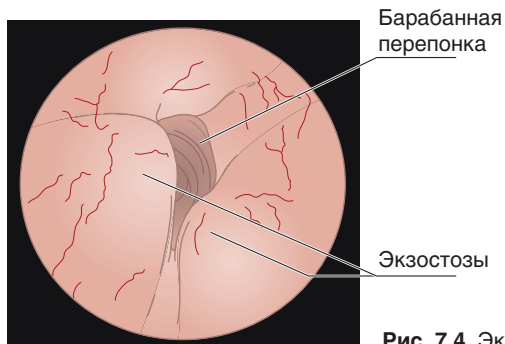
**Рис. 7.2.** Фурункул (нарыв) в наружном слуховом проходе. Это очень болезненно



**Рис. 7.3.** Отомикоз. Обратите внимание на грибковые мицелии



**Рис. 7.5.** Небольшая остеома в правом слуховом проходе



**Рис. 7.4.** Экзостозы

Наружный слуховой проход покрыт кожей, имеющей волосные луковицы, и является частью наружного уха (см. гл. 1).

### Врожденные аномалии

Наружный слуховой проход может быть недостаточно развит или отсутствовать вовсе. Это может быть изолированная аномалия, но чаще она является частью значительной деформации наружного уха, иногда затрагивающей среднее ухо и редко внутреннее ухо (микротия; см. гл. 5). Ребенок также может быть глухим, а лечение может быть очень сложным,

так как обычный слуховой аппарат не помещается в наружный слуховой проход. Если у ребенка сохранена слуховая функция внутреннего уха (улитки), ему может понадобиться слуховой аппарат с костной проводимостью. Он устанавливается в кость заушной области на титановый винт (рис. 7.1).

### Воспаление

Кожа наружного уха очень тонкая и может подвергаться воздействию воды, патогенных микроорганизмов и травм, например, от заколок для волос и ватных палочек, которые многие пациенты и роди-

тели используют для чистки ушей и попыток удаления серы. Основными клиническими симптомами воспаления наружного уха являются боль, зуд и выделения.

**Кожные заболевания.** Экзема, псориаз и аллергия могут поражать наружный слуховой проход. Необходимо провести лечение основного заболевания, но применение местного лечения воспаленного наружного слухового прохода может быть затруднено из-за боли и отека.

**Наружный отит.** Кожа наружного слухового прохода легко подвергается воспалению (наружный отит). Наружный отит иногда называют «ухом пловца», поскольку одним из важных этиологических факторов является попадание воды в ухо. Если кожа наружного слухового прохода мацерируется или травмируется, например, ватным тампоном, может присоединиться бактериальная инфекция. Типичными возбудителями являются *Pseudomonas spp.* и *Staphylococcus spp.* Пациент обычно жалуется на боль, зуд и иногда зловонные выделения. Лечение включает туалет уха, сохранение его сухим и короткий курс местных антибактериальных капель. Капли, содержащие комбинацию антибиотиков и стероидов, могут быть использованы для одновременной борьбы с возбудителем и воспалительными изменениями. В тяжелых случаях может потребоваться регулярный туалет наружного слухового прохода с аспирацией содержимого в лор-клинике. Чрезмерное и длительное использование антибиотиков может нарушить флору наружного уха. Это может привести к еще более проблемной инфекции, включая грибковую инфекцию (отомикоз).

**Фурункулез.** Инфицирование волосяного фолликула в наружном ухе может вызвать местную воспалительную реакцию — фурункул (рис. 7.2). Фурункул — крайне болезненный. Часто его возбудителем становится *Staphylococcus spp.* Тяжелые случаи лучше всего лечить пункцией полости фурункула, чтобы удалить гной в асептических условиях. Пациенту потребуется местное лечение в течение нескольких дней.

**Отомикоз** (рис. 7.3). Грибковая инфекция слухового прохода часто возникает у пациента с длительным воспалением уха, особенно если он получал частое и длительное лечение антибиотиками. Грибковый мицелий в основном хорошо виден при осмотре наружного слухового прохода. При этом пациент обычно жалуется на сильный зуд. Лечение заключается в регулярном туалете наружного слухового прохода с аспирацией содержимого и частом закапывании противогрибковых препаратов (например, клотримазола) в течение нескольких недель.

## Опухоли

### Экзостозы и остеомы

Истинные опухоли очень редки в слуховом проходе. Костные разрастания — экзостозы и осте-

омы — встречаются гораздо чаще. Экзостозы широко распространены и бывают часто двусторонними. Они образуются на передней и задней стенках наружного слухового прохода и, как правило, встречаются у любителей поплавать в холодной воде. Считается, что они представляют собой воспалительную реакцию на экстремальные температуры (рис. 7.4). Ушная сера может скапливаться за экзостозами, и если они очень большие и сопровождаются клинической симптоматикой, их, возможно, потребуется удалить хирургическим путем.

Остеомы (рис. 7.5) — доброкачественные костные опухоли наружного слухового прохода. Они более распространены у мужчин и, как правило, бывают односторонними. Остеомы чаще представляют собой изолированные опухоли на ножке, возникающие в области соединения костного и хрящевого отделов наружного слухового прохода. Их рост никак не связан с воздействием холодной воды. Если они очень крупные и сопровождаются клиническими симптомами, их необходимо удалить.

### Наружный некротический/злокачественный отит

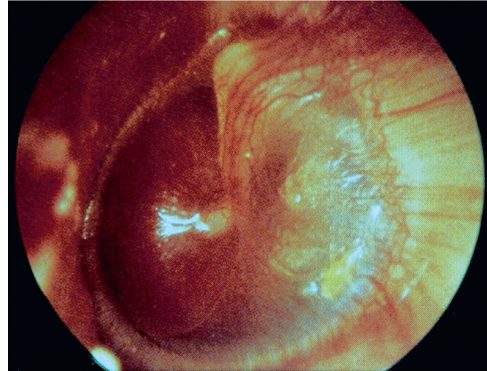
Наружный некротический/злокачественный отит является крайне агрессивным заболеванием. Термин «злокачественный» является не совсем верным, так как это не опухолевое заболевание, а прогрессирующий остеомиелит височной кости, вызванный наружным отитом. Пациенты с ослабленным иммунитетом (например, с декомпенсированным сахарным диабетом) особенно подвержены этому риску. Основная жалоба при этом заболевании — сильная постоянная боль глубоко в ухе, рефрактерная к анальгетикам. При осмотре изменения могут быть такими же, как и при обычном наружном отите, в тяжелых случаях могут быть видны выраженные грануляции, исходящие из воспаленной кости. Очень важно выявлять пациентов с высоким риском злокачественного наружного отита. Может потребоваться регулярный туалет наружного слухового прохода, системные и местные антибиотики, а в некоторых случаях хирургическое удаление пораженной кости. При отсутствии лечения это заболевание имеет высокий риск опасных для жизни осложнений.

#### Практический совет

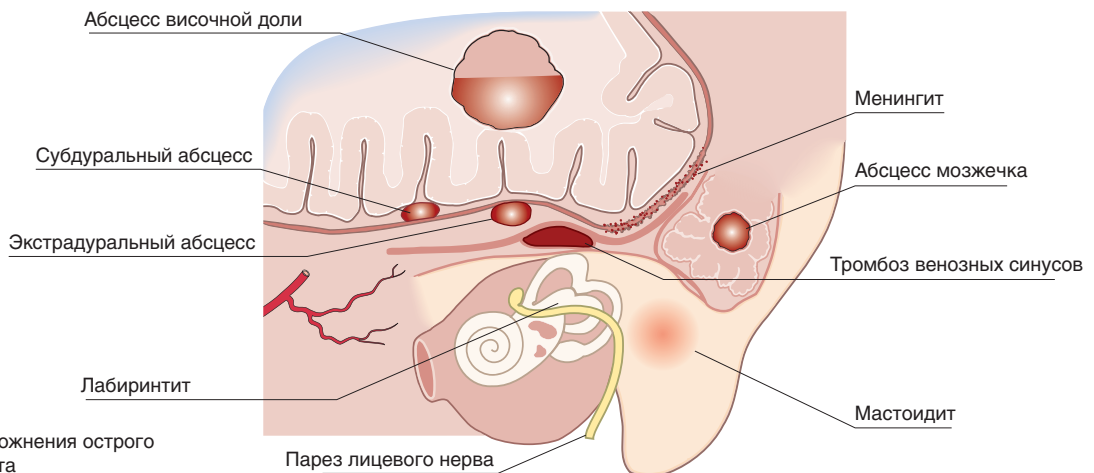
Наружный отит может быть продолжительным и болезненным. Бережное, но тщательное удаление отделяемого из наружного слухового прохода ускоряет выздоровление.

**Рис. 8.1.** Острый средний отит (ОСО).

Изображение барабанной перепонки, как она обычно видна через отоскоп. Обратите внимание на гиперемизированную выбухшую барабанную перепонку. Среднее ухо заполнено гнойным отделяемым, оказывающим давление на барабанную перепонку. При прогрессировании острого воспаления может возникнуть перфорация барабанной перепонки с истечением гноя. Такая картина сопровождается болевым синдромом



**Рис. 8.2.** Исходы острого среднего отита



**Рис. 8.3.** Осложнения острого среднего отита

## Острый средний отит

Острый средний отит — это воспаление (обычно вызванное инфекцией) среднего уха (рис. 8.1). Это самая распространенная инфекция, наблюдаемая у детей. Около 90% детей имели ко второму году жизни один или несколько эпизодов острого среднего отита. Инфекция, как правило, изначально вызывается вирусом и распространяется из носа или глотки, поднимаясь по евстахиевой трубе. Острый средний отит гораздо реже встречается у взрослых. Евстахиева труба у детей короче, шире и расположена более горизонтально, чем у взрослых, что облегчает распространение инфекции. Кроме того, дети также

более восприимчивы к инфекциям в целом из-за их незрелых механизмов иммунной защиты.

Наиболее распространенные возбудители — это вирусы и «пиогенные» бактерии (например, стрептококки, *Haemophilus influenzae*).

## Клинические проявления

Основными клиническими особенностями острого среднего отита являются **оталгия** (боль в ухе), **лихорадка** и **снижение слуха**, сопровождающиеся **отореей** (выделения из уха, часто липкие; при наличии анаэробной флоры они могут быть зловонными).

У маленьких детей острый отит обычно сопровождается общим беспокойством, плаксивостью и повышением температуры тела. Дети более старшего возраста могут жаловаться на боль в ухе, однако маленькие дети не всегда в состоянии локализовать боль. Родители обычно говорят, что ночью боль усиливается, и ребенок не засыпает. Как правило, вирусная инфекция кратковременна, но бактериальная инфекция может длиться неделю и более. Среднее ухо заполняется гнойным отделяемым, что приводит к вздутию барабанной перепонки. Это сопровождается выраженной болью, но как только появляется перфорация барабанной перепонки, боль значительно уменьшается, а родители замечают выделения из уха. После острого среднего отита в среднем ухе зачастую сохраняется жидкость в течение нескольких недель, и возникает заложенность уха. Диагноз ставится с помощью тщательного сбора анамнеза и осмотра. Хотя у маленьких детей не всегда удается хорошо рассмотреть барабанную перепонку. Рис. 8.2 показывает типичные варианты развития острого среднего отита.

Инфекция из среднего уха всегда в той или иной степени распространяется на сосцевидный отросток, в тяжелых случаях возникает заушный абсцесс. Кость сосцевидного отростка в заушной области становится болезненной и отечной, и если инфекция распространяется за пределы кости, абсцесс может развиться под кожей, окружающей сосцевидный отросток. Воспаление также может распространяться на внутреннее ухо, лицевой нерв и головной мозг (рис. 8.3).

---

## Лечение и прогноз

---

Большинство случаев острого среднего отита разрешается без каких-либо последствий. Ослож-

нения же среднего отита могут быть серьезными и даже опасными для жизни. Лечение острого среднего отита антибиотиками является спорным методом. Многие авторы считают, что при кратковременных воспалениях среднего уха достаточно применения анальгетиков, поскольку в большинстве случаев они вызваны вирусной инфекцией. Даже бактериальные инфекции, по-видимому, не сильно нуждаются в антибиотиках, которые в лучшем случае ускоряют излечение на день или около того. Однако, если у ребенка имеется тяжелый бактериальный острый средний отит, который не разрешился за 24 ч, целесообразно назначить цефалоспорины или амоксициллин. Самое важное — это контролировать боль у ребенка. Очень редко, если симптомы не прекращаются или развиваются осложнения, ребенку может потребоваться операция по удалению гнойного содержимого из среднего уха (парацентез или мириинготомия). Мастоидит и отогенный менингит потребуют специализированной хирургической помощи.

Таким образом, лечение острого среднего отита предполагает:

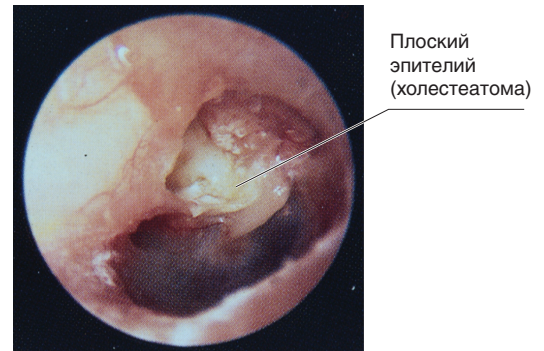
- обезболивание;
- антибиотики — не всегда;
- хирургическое вмешательство при осложнениях (требуется редко).

### Практический совет

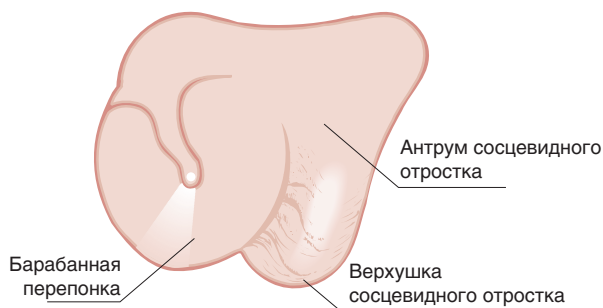
- Наиболее важным при остром среднем отите является контроль болевого синдрома. Необходимо обеспечить пациента эффективными анальгетиками (например, парацетамол или нестероидные противовоспалительные средства).
- Если есть осложнения, ребенок нуждается в экстренной госпитализации.



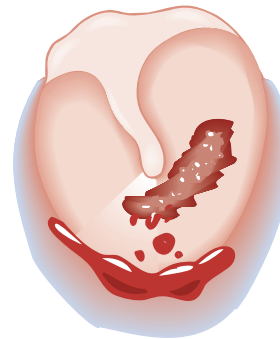
**Рис. 9.1.** Перфорация правой барабанной перепонки



**Рис. 9.2.** Холестеатома. Разрушает кость, что нередко приводит к внутричерепным осложнениям



**Рис. 9.3.** Полость сосцевидного отростка (левое ухо)



**Рис. 9.4.** Травматическая перфорация левой барабанной перепонки

## Хронический гнойный средний отит

Острый средний отит может привести к нарушению целостности барабанной перепонки с формированием стойкой перфорации (рис. 9.1). Она может зарости, но в ряде случаев сохраняется и вызывает повторные эпизоды обострения отита (хронический гнойный средний отит).

Помимо выделений пациент может жаловаться на более выраженное снижение слуха. Постоянное воспаление может привести к распространению инфекции за пределы уха и вызвать внутричерепные или экстракраниальные осложнения (см. гл. 8).

## Проявления

Перфорация барабанной перепонки может сопровождаться скудной симптоматикой или быть вовсе

бессимптомной. Выделения из уха могут появляться, когда у пациента возникает инфекция дыхательных путей или если в ухо попадает вода (например, при нырянии или мытье головы). Некоторая степень снижения слуха неизбежна, но она может быть незначительной. Если дополнительно к перфорации воспаление разрушило слуховые косточки, снижение слуха может быть более тяжелым. Внутреннее ухо редко вовлекается в процесс, тугоухость является кондуктивной, и слух частично сохранен.

## Лечение перфорации барабанной перепонки

Варианты лечения включают следующие мероприятия.

- *Консервативное лечение.* Если перфорация протекает бессимптомно, все, что требуется, это успокоить пациента и дать рекомендации отно-



сительно мер предосторожности в отношении попадания воды в ухо.

- **Местное лечение: капли с антибиотиком.** Для пациентов с периодическими эпизодами выделений может быть достаточно коротких курсов антибактериальных ушных капель с антибиотиками дополнительно к мерам предосторожности относительно воды. Многие из доступных препаратов содержат аминогликозиды и могут быть токсичными для внутреннего уха, особенно при длительном применении. Рекомендуйте ципрофлоксацин, если требуется длительный курс лечения, чтобы снизить риск ототоксичности.
- **Мирингопластика.** В случае рецидива выделений или если пациент настаивает на хирургическом вмешательстве (например, чтобы он мог плавать), дефект барабанной перепонки может быть восстановлен хирургическим путем (мирингопластика). Процедура включает в себя установку трансплантата (например, кусочек фасции височной мышцы, взятый за ухом) под остатки барабанной перепонки, позволяя эпителию вновь вырасти и закрыть дефект.

## Холестеатома

В тяжелых случаях плоский эпителий из кожи наружного уха мигрирует в среднее ухо и приобретает вид опухолевидного образования (рис. 9.2), которое может стать агрессивным и постепенно разрушить костные и мягкие ткани, что повышает вероятность распространения инфекции в головной мозг, внутреннее ухо и на лицевой нерв. Холестеатома является опасным заболеванием, и пациенты должны быть направлены к лор-хирургу для обследования и возможной операции. Холестеатому следует заподозрить, если есть перфорация барабанной перепонки при наличии следующих признаков:

- постоянные зловонные выделения;
- отсутствие улучшения при применении лекарственных средств;

- тяжелая тугоухость;
- головокружение;
- необъяснимые неврологические симптомы.

При отсутствии лечения холестеатома может вызвать тяжелые осложнения:

- прогрессирующая тугоухость;
- острый мастоидит;
- лабиринтит;
- парез лицевого нерва;
- менингит;
- интракраниальный абсцесс;
- тромбоз венозных синусов.

Лечение холестеатомы всегда требует хирургического вмешательства. Вся патологическая ткань должна быть удалена, кроме этого необходимо удалить большую часть пораженной кости сосцевидного отростка. Операция называется мастоидэктомия (рис. 9.3).

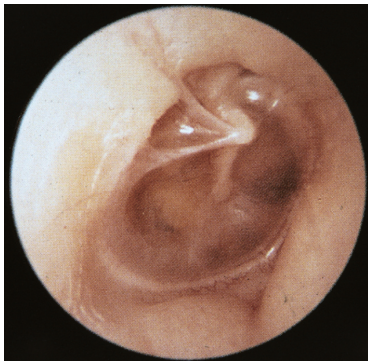
## Травмы среднего уха

Иногда барабанная перепонка может быть перфорирована в результате травмы — либо прямого повреждения либо при ударе по голове (рис. 9.4). Как правило, острая травматическая перфорация зарастает самостоятельно. Тупая травма среднего уха может вызвать кровотечение за неповрежденной барабанной перепонкой (гемотимпанум). Это приводит к кондуктивной тугоухости — обычно временной и, как правило, недолгой, разрешается без хирургического вмешательства.

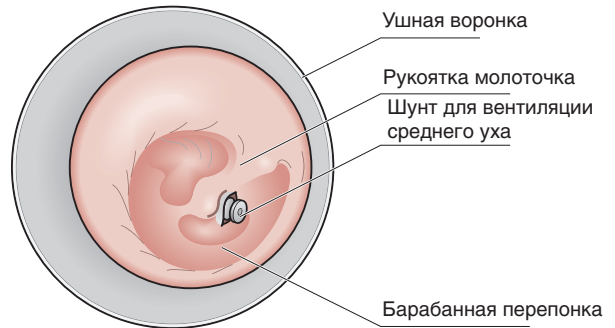
### Практический совет

Если есть подозрение на холестеатому при наличии перфорации барабанной перепонки, направьте пациента на консультацию к оториноларингологу.

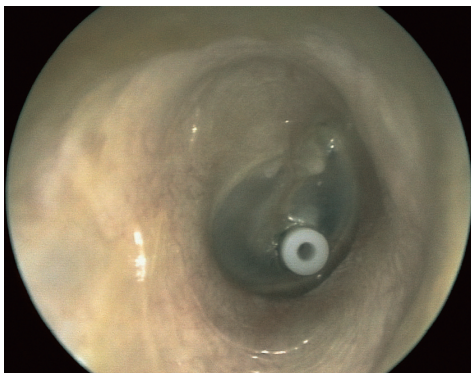
# 10 Экссудативный средний отит



**Рис. 10.1.** Отоскопический вид барабанной перепонки при экссудативном среднем отите (ЭСО). Обратите внимание на втянутую полупрозрачную барабанную перепонку. Среднее ухо заполнено клеевидной густой жидкостью



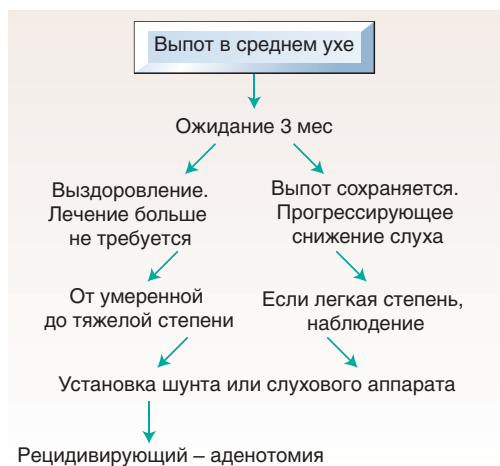
**Рис. 10.2.** Шунт для вентиляции среднего уха действует как сквозной канал, пропускающий воздух в среднее ухо. Шунт вводится в миниатюрный разрез на барабанной перепонке – миригнотомия



**Рис. 10.3.** Установленный шунт для вентиляции среднего уха



**Рис. 10.4.** Использование Softband™ у ребенка. Многие дети (и родители) предпочитают избегать трубок для вентиляции среднего уха и использовать вместо них слуховой аппарат. Другой подход заключается в использовании Softband™. К этой повязке прикреплен небольшой микрофон, который улавливает и усиливает звук



**Рис. 10.5.** Лечение ЭСО с доказанной эффективностью

## Определение

Экссудативный средний отит (ЭСО) — это присутствие жидкости в среднем ухе в течение 3 мес и более. Это состояние также называют «клейкое ухо».

## Заболеваемость и этиология

ЭСО является наиболее распространенной причиной снижения слуха у детей. Жидкость в среднем ухе часто сохраняется после эпизода острого среднего отита. Большинство родителей отмечают признаки снижения слуха у детей в течение нескольких недель после воспаления уха. Жидкость, сохраняющаяся в среднем ухе в течение 3 мес и более, является патологическим состоянием и называется «экссудативный средний отит».

Распространенность ЭСО наиболее высока у детей в возрасте от 2 до 7 лет. Заболеванию может подвергаться до 30% детей в этой возрастной группе. ЭСО чаще возникает в зимний период. Он может быть вызван острой инфекцией, но и также возникает вследствие изменения давления в среднем ухе, ассоциированного с дисфункцией евстахиевой трубы. Аденоиды могут играть важную роль в ЭСО либо из-за распространения инфекции из аденоидов в ухо через евстахиеву трубу, либо за счет механического закрытия ее устья, что приводит к изменению давления в среднем ухе. Другая теория заключается в том, что аденоиды покрываются биопленками, которые устойчивы к иммунной защите и антибиотикам и способствует рецидивам инфекций в слизистой оболочке уха. Дети с синдромом Дауна и расщелиной твердого неба особенно склонны к ЭСО.

## Эффекты

Дети с ЭСО обычно имеют легкую или умеренную кондуктивную тугоухость. Если процесс односторонний, то он чаще всего не влечет проблем; но при двустороннем и длительном ЭСО ребенок может испытывать трудности с обучением в школе. Родители часто замечают, что ребенок громко включает телевизор, и при длительно существующем ЭСО возникают нарушения речи. У детей ЭСО может сопровождаться легкими эпизодами головокружения и неустойчивости при ходьбе. Боль не характерна для ЭСО в отличие от острого среднего отита. У некоторых детей могут развиваться поведенческие проблемы в результате тугоухости, ассоциированной с ЭСО.

## Клинические проявления и диагностика

Внимательно соберите анамнез относительно общего и речевого развития ребенка, успеваемости

в школе и того, как он общается дома. Изменения при осмотре барабанной перепонки могут быть едва заметны, но иногда вы увидите уровень жидкости или просвечивающуюся через барабанную перепонку густую жидкость в среднем ухе (рис. 10.1).

## Лечение

Первоначально тактика лечения является выжидательной (то есть ждите и наблюдайте; рис. 10.5). Состояние разрешается в большинстве случаев в течение нескольких месяцев. Родители и учителя могут использовать следующие простые приемы при общении с ребенком.

- Привлекайте внимание ребенка, прежде чем говорить с ним.
- Поворачивайтесь к ребенку лицом во время разговора.
- Говорите четко и внятно (без глотания окончаний или невнятного бормотания).
- Убедитесь, что фоновые помехи минимальны (например, звук от телевизора).

Если снижение слуха сохраняется, наиболее распространенные варианты лечения включают использование слухового аппарата или установки трубки для вентиляции среднего уха (рис. 10.2–10.4).

Поскольку со временем выпот разрешается спонтанно, основной целью лечения является — улучшить слух ребенка в этот период. По этой причине многие эксперты сейчас рекомендуют использовать слуховой аппарат в качестве временной меры, пока процесс не разрешится. Часто это может длиться год или более, и некоторые дети и родители не хотят использовать слуховой аппарат в течение этого периода и поэтому отдают предпочтение хирургическому вмешательству.

Установка трубки (шунта) для вентиляции среднего уха проводится под наркозом, как правило, в условиях дневного стационара. При операции жидкость аспирируется, а шунт продолжает поддерживать вентиляцию среднего уха. Улучшение слуха обычно происходит сразу. Шунт удаляют не ранее, чем через 9–12 мес.

Аденотомия может быть эффективна в тяжелых или рецидивирующих случаях. Важно заверить родителей, что экссудативный средний отит является распространенным заболеванием у детей и что он не повлияет на слух ребенка в будущем.

### Практический совет

Большинство случаев экссудативного среднего отита разрешается самопроизвольно. Активное лечение требуется у пациентов с длительным анамнезом и двусторонним процессом, сопровождающимся значительным снижением слуха.



## Определение

Тиннитус — это шум в ухе или голове при отсутствии звукового раздражителя.

## Заболеваемость

Практически каждый человек испытывает тиннитус или шум в ухе в то или иное время. Это явление обычно кратковременное и может следовать за воздействием громкого шума. Тиннитус наиболее заметен в спокойной обстановке и становится проблематичным только тогда, когда он длительный и непрекращающийся.

Большинство случаев тиннитуса являются субъективными (шум слышит только пациент); однако он может быть объективным (шум услышан исследователем). Обычно он двусторонний, иногда пульсирующий, когда шум совпадает с ударами сердца — в этом случае может быть вызван ускоренным кровотоком через сосуды головы и шеи. Рис. 11.1 демонстрирует некоторые причины тиннитуса.

## Этиология

В подавляющем большинстве случаев причина тиннитуса неизвестна. Считается, что его вызывают

электрические импульсы, возникающих в волосковых клетках улитки или внутреннего уха при отсутствии соответствующего звукового раздражителя. Иногда он появляется на ранней стадии развития дегенеративного заболевания улитки.

У пациентов с пресбиакузисом (возрастная тугоухость) тиннитус иногда может предшествовать снижению слуха. Пациенты с длительным воздействием промышленного шума также часто жалуются на тиннитус.

Односторонний тиннитус в редких случаях может быть проявлением опухоли головного мозга и по этой причине требует более детального и срочного обследования, чем двусторонний тиннитус. Тем не менее, патологические изменения у пациента с тиннитусом редки, при отсутствии других симптомов заболевания.

## Влияние на пациента

Влияние тиннитуса на пациента варьируется от легкого неудобства до тяжелого стресса, вызывающего депрессию и иногда заставляющего пациента размышлять о самоубийстве. Он больше беспокоит в тихой обстановке. Пациенты часто находят различные способы уменьшить нежелательные эффекты постоянного шума в ушах. Если тиннитус связан с умеренным или выраженным снижением слуха, то он может оказывать разрушительное влияние на образ жизни пациента.

Многие пациенты со временем учатся адаптироваться к тиннитусу (возникает привыкание), и большинство можно убедить, что симптомы уменьшатся в течение нескольких месяцев.

## Диагностика

Убедитесь, что вы тщательно собираете анамнез у всех пациентов с тиннитусом. Уточните, в частности, о приеме лекарственных препаратов [например, хорошо известно, что ацетилсалициловая кислота (Аспирин<sup>1</sup>) может вызвать тиннитус, и многие широко применяемые лекарственные средства имеют побочный эффект шума в ушах]. Уточните о других симптомах, особенно о снижении слуха и проблемах с равновесием, и убедитесь, что вы провели тщательное физикальное обследование. Оно включает измерение артериального давления и лабораторную диагностику таких заболеваний, как анемия и печеночная недостаточность. Если тиннитус пульсирующий, он может быть вызван системными или сердечно-сосудистыми заболеваниями. Пульсирующий односторонний тиннитус может быть идиопатическим, но важно исключить такие состояния, как внутричерепные аневризмы, сосудистые мальформации или очень редкие сосудистые опухоли (гломусные опухоли), которые могут встречаться в среднем ухе. Пациенту может потребоваться аудиометрия, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография.

## Лечение

Лечение тиннитуса в значительной степени является поддерживающим, направленным на контроль

<sup>1</sup> \* — торговое название лекарственного средства и/или фармацевтическая субстанция.

симптомов. После исключения серьезных причин тиннитуса большинство пациентов требуют только простого успокоения. Если есть сопутствующая тугоухость, слуховой аппарат часто помогает не только улучшить слух пациента, но и снижает уровень шума.

### Практический совет

- Тиннитус является очень тревожным симптомом, к нему требуется относиться очень серьезно.
- Остерегайтесь так называемых «чудесных лекарств» от шума в ушах — они редко помогают.

Ряд устройств для лечения шума в ушах основаны на принципе, что тиннитус гораздо легче переносится в присутствии фонового шума. Многие пациенты используют «генератор белого шума», который вставляют в ухо и крепят за ухом почти так же, как слуховой аппарат. Он издает шум низкой интенсивности, который позволяет переносить тиннитус гораздо легче. Некоторые пациенты считают полезным использовать радио в ночное время или держать небольшой «генератор белого шума» под подушкой (маскирующий шум).

Пациентам с тяжелым психологическим расстройством потребуются частые осмотры и психологическая поддержка (терапия нарушений слуха/тиннитуса). Лекарственные препараты, к сожалению, редко помогают при тиннитусе.

Пациентам полезно знать, что это распространенная проблема, и им может понравиться идея общения с другими пациентами, например, через веб-сайт Британской ассоциации тиннитуса ([www.tinnitus.org.uk](http://www.tinnitus.org.uk)).