

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	8
Список сокращений и условных обозначений	9
Глава 1. Заболевания носа	10
1.1. Заболевания наружного носа (код по Международной классификации болезней Q 35)	10
Аномалии развития носа	10
Обморожение носа (код по Международной классификации болезней T 33)	11
Ринофима (код по Международной классификации болезней L 71.1)	11
Фурункул носа (код по Международной классификации болезней J 34.0)	12
1.2. Заболевания полости носа	13
Искривление перегородки носа (код по Международной классификации болезней J 34.2)	13
Гематома и абсцесс перегородки носа (код по Международной классификации болезней J 34.8)	14
Переломы костей носа (код по Международной классификации болезней S 02.2)	15
Носовые кровотечения (код по Международной классификации болезней R 04.0)	16
Инородные тела полости носа (код по Международной классификации болезней T 17.1)	19
Риниты	19
Новообразования полости носа	31
1.3. Заболевания околоносовых пазух	31
Острое воспаление верхнечелюстной пазухи	32
Хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи	34
Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух	38

Острое воспаление лобной пазухи (код по Международной классификации болезней J 01.1)	41
Хроническое воспаление лобной пазухи	43
Острое воспаление решетчатых пазух (код по Международной классификации болезней J 01.2)	44
Хроническое воспаление решетчатой пазухи	45
Острое и хроническое воспаление клиновидной пазухи (код по Международной классификации болезней J 01.3)	46
Кисты верхнечелюстной пазухи (код по Международной классификации болезней J 33.8)	47
Новообразования околоносовых пазух	49
Глава 2. Заболевания глотки	52
2.1. Острые воспалительные заболевания глотки	52
Острый фарингит (код по Международной классификации болезней J 02)	52
Ангина, или острый тонзиллит (код по Международной классификации болезней J 03)	54
Паратонзиллярный абсцесс (код по Международной классификации болезней J 36)	58
Парафарингеальный (окологлоточный) абсцесс (код по Международной классификации болезней J 39.0)	59
Ретрофарингеальный (заглоточный) абсцесс (код по Международной классификации болезней J 39.0)	59
2.2. Хронические воспалительные заболевания глотки	61
Хронический фарингит (код по Международной классификации болезней J 31.2)	61
Хронический тонзиллит (код по Международной классификации болезней J 35.0)	63
Гипертрофия глоточной (носоглоточной) миндалины (аденоиды) (код по Международной классификации болезней J 35.2)	66

2.3. Опухоли глотки	69
2.4. Инородные тела глотки (код по Международной классификации болезней Т 17.2)	71
2.5. Инородные тела пищевода (код по Международной классификации болезней Т 18.1)	72
2.6. Кисты шеи (код по Международной классификации болезней Q 18.0)	72
2.7. Ранения глотки и органов шеи (код по Международной классификации болезней S 11.2)	74
2.8. Туберкулез и сифилис глотки	75
2.9. Синдром Ослера–Рандю (код по Международной классификации болезней I 78.0)	76
Глава 3. Заболевания гортани	77
3.1. Острый ларингит (код по Международной классификации болезней J 04.0)	77
Подскладочный ларингит (ложный круп) (код по Международной классификации болезней J 05.0)	79
3.2. Хронический ларингит (код по Международной классификации болезней J 37.0)	80
Хронический катаральный ларингит	81
Хронический гиперпластический (гипертрофический) ларингит	82
Хронический атрофический ларингит	82
3.3. Острый стеноз гортани (код по Международной классификации болезней J 38.6)	84
3.4. Хронический стеноз гортани (код по Международной классификации болезней J 38.6)	88
3.5. Опухоли гортани	90
Доброкачественные опухоли гортани (код по Международной классификации болезней D 14.1)	90
Злокачественные опухоли гортани (код по Международной классификации болезней C 32)	91

3.6. Заболевания бронхов. Инородные тела (код по Международной классификации болезней Т 17.5).....	93
Глава 4. Заболевания уха.....	95
4.1. Заболевания наружного уха.....	95
Обморожение ушной раковины (код по Международной классификации болезней Т 33).....	95
Врожденные аномалии наружного уха (код по Международной классификации болезней Q 16).....	95
Воспалительные заболевания наружного уха (код по Международной классификации болезней Н 60).....	96
4.2. Острые заболевания среднего уха.....	105
Острый тубоотит (евстахиит) (код по Международной классификации болезней Н 68).....	105
Острый средний отит (код по Международной классификации болезней Н 66.9).....	106
Мастоидит (код по Международной классификации болезней Н 70).....	110
4.3. Хронические заболевания среднего уха.....	112
Хронический гнойный мезотимпанит (код по Международной классификации болезней Н 66.1).....	114
Хронический гнойный эпитимпанит (код по Международной классификации болезней Н 66.2).....	117
4.4. Отогенные внутричерепные осложнения (код по Международной классификации болезней G 06).....	123
Отогенный менингит (код по Международной классификации болезней G 00).....	124
Отогенный абсцесс мозга (код по Международной классификации болезней G 06).....	126
Тромбоз сигмовидного синуса и отогенный сепсис (код по Международной классификации болезней G 08).....	128

Лабиринтит (код по Международной классификации болезней Н 83.08)	129
Парезы и параличи лицевого нерва (код по Международной классификации болезней G 51)	130
4.5. Негнойные заболевания среднего и внутреннего уха	132
Экссудативный средний отит (код по Международной классификации болезней Н 65.3)	132
Адгезивный средний отит (код по Международной классификации болезней Н 74.1)	138
Отосклероз (код по Международной классификации болезней Н 80)	139
Болезнь Меньера (код по Международной классификации болезней Н 81.0)	141
Нейросенсорная тугоухость (код по Международной классификации болезней Н 90.5)	143
4.6. Глухота и тугоухость (код по Международной классификации болезней Н 90)	146
Слухопротезирование и кохлеарная имплантация	147
4.7. Опухоли уха	148
Доброкачественные опухоли уха (код по Международной классификации болезней D 14)	148
Злокачественные опухоли уха (код по Международной классификации болезней C 30.1)	150
Приложение	152
Список лекарственных препаратов, применяемых в оториноларингологии	152
Список литературы	157

воздействием звуков стремя более резко вдавливаются в окно преддверия, давая толчок перилимфе.

Повреждение канала лицевого нерва в его горизонтальном колене (лабиринтная стенка барабанной полости) от коленчатого узла до уровня отхождения нерва, иннервирующего стременную мышцу, и в нисходящем колене (сосцевидная стенка барабанной полости) до отхождения от лицевого нерва барабанной струны. Наблюдают все признаки, перечисленные выше, за исключением сухости глаза на стороне поражения. Наоборот, больные будут указывать на слезотечение: иннервация слезной железы не пострадала, а вследствие невозможности закрывать глаз присасывающее действие слезного мешка уменьшается, и слеза не поступает в носослезный канал. Повреждение лицевого нерва после его выхода из шилососцевидного отверстия (уровень околушной железы). Диагностируют признаки повреждения всех или одной из ветвей лицевого нерва, что приводит к нарушению возможности наморщивать кожу лба, закрывать глаз или только к выраженным опущению угла рта и сглаженности носогубной складки. Не отмечают нарушения вкуса и гиперacusии.

Лечение. В зависимости от выявленного уровня поражения лицевого нерва можно предполагать причину нарушения его функций и выбирать метод лечения. Это или срочное хирургическое вмешательство на среднем ухе при воспалительном процессе, или декомпрессия самого лицевого нерва при идиопатическом (неясной этиологии) параличе, или консервативное лечение с применением методов дегидратации, противовоспалительной терапии.

4.5. НЕГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА

ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ (КОД ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ N 65.3)

Экссудативный средний отит (*otitis media exudativa*) представляет собой стойкое серозное воспаление слизистой оболочки слуховой трубы и барабанной полости. Это заболевание развивается на фоне дисфункции слуховой трубы и характеризуется наличием в барабан-

ной полости серозно-слизистого выпота. Существуют различные обозначения заболевания: «секреторный отит», «серозный средний отит», «мукозный отит» и т.д. Ведущим патогенетическим фактором экссудативного среднего отита считают стойкое нарушение вентиляционной функции слуховой трубы. Название этой формы отита указывает на усиленную секрецию слизи и затяжное течение. Характерные его признаки — возникновение в барабанной полости густого вязкого секрета, медленно нарастающая тугоухость и длительное отсутствие дефекта барабанной перепонки. В основе заболевания наряду со стойкой тубарной дисфункцией лежит нарушение общей и местной резистентности. Причиной может быть перенесенная респираторная вирусная инфекция и нерациональное применение антибиотиков, которые не ликвидируют инфекцию среднего уха, но сами по себе могут создавать благоприятную почву для размножения устойчивых к ним возбудителей. Особое значение имеют иммунопатологические реакции, которые свидетельствуют о развитии сенсibilизации слизистой оболочки среднего уха.

Клиническая картина. С учетом динамики воспалительного процесса и соответствующих патоморфологических изменений выделяют четыре стадии экссудативного среднего отита.

I стадия — катаральная, при которой возникает катаральное воспаление слизистой оболочки слуховой трубы, нарушается вентиляционная функция, уменьшается или прекращается поступление воздуха в среднее ухо. Всасывание воздуха слизистой оболочкой ведет к нарастанию вакуума в барабанной полости, что служит причиной возникновения трансудата, миграции небольшого количества нейтрофильных лейкоцитов и лимфоцитов, раздражения слизистых желез. Клинически при этом определяют втянутость барабанной перепонки с инъекцией сосудов по ходу рукоятки молоточка, изменение ее цвета от мутного до розового. Вначале наблюдают легкую аутофонию, незначительное снижение слуха (пороги воздушного звукопроведения не превышают 20 дБ, пороги костного проведения в речевой зоне остаются в норме). Продолжительность катаральной стадии может быть до 1 мес.

II стадия — секреторная, характеризуется преобладанием секреции и накоплением слизи в барабанной полости. Наблюдают метаплазию слизистой оболочки среднего уха

с увеличением числа секреторных желез и бокаловидных клеток. Субъективно это проявляется ощущением полноты и давления в ухе, иногда шумом в нем и более выраженной кондуктивной тугоухостью (до 20–30 дБ). Нередко бывает ощущение переливания жидкости (плеск) при изменении положения головы и улучшение слуха в это время. Объяснить это можно тем, что при наклонах жидкость в барабанной полости перемещается, при этом освобождается хотя бы одна ниша окна лабиринта, что улучшает звукопроводение и слух. При отоскопии барабанная перепонка втянута, контуры ее резкие, цвет зависит от содержимого барабанной полости (бледно-серый, синюшный, с коричневатым оттенком). Иногда через перепонку виден уровень жидкости (мениск) в виде слегка изогнутой линии, которая перемещается при перемене положения головы. Длительность секреторной стадии может составлять от 1 до 12 мес.

III стадия — мукозная, отличается тем, что содержимое барабанной полости (а иногда и других полостей среднего уха) становится густым и вязким. При этом нарастает тугоухость (с порогами до 30–50 дБ), обычно повышаются и пороги костного звукопроводения. Симптом перемещения жидкости отсутствует в случаях, когда вся барабанная полость выполнена экссудатом или последний становится вязким и густым. Для обозначения такого отита с липким, вязким содержимым в барабанной полости некоторые авторы применяют термин «клейкое ухо». Световой рефлекс может отсутствовать, а барабанная перепонка утолщается и может быть цианотична, а в нижних квадрантах выбухает.

IV стадия — фиброзная, характеризуется преобладанием дегенеративных процессов в слизистой оболочке барабанной полости. При этом продукция слизи снижается, а затем полностью прекращается, наступает фиброзная трансформация слизистой оболочки с вовлечением в процесс слуховых косточек. Прогрессирует смешанная тугоухость. Развитие рубцового процесса в барабанной полости приводит к формированию адгезивного среднего отита. Следует отметить, что в ряде случаев встречается резорбтивное течение заболевания с прекращением развития на любой из стадий, но возможен и рецидив экссудативного среднего отита у больного с уже сформировавшимся адгезивным отитом.

Диагностика экссудативного среднего отита в ряде случаев затруднена и не всегда бывает своевременной. Это часто связано с малосимптомным течением заболевания, отсутствием сколько-нибудь выраженных болевых ощущений и нарушения общего состояния больного. К небольшому снижению слуха на одно ухо, постепенно нарастающему, больной привыкает. Необходимо учитывать, что малосимптомное течение экссудативного среднего отита в настоящее время встречается все чаще.

При отоскопии определяют наличие пузырьков в барабанной полости или уровень жидкости (рис. 4.28). Для уточнения диагноза выполняют исследование функции слуховой трубы с помощью общедоступных проб. Наиболее информативным диагностическим исследованием служит импедансометрия (тимпанометрия), при этом определяют уплощенную кривую. Речевое исследование слуха, а также с помощью камертонов и аудиометрии дополняет картину заболевания. Стойкое течение экссудативного среднего отита может сопровождаться вялотекущим мастоидитом, поэтому рекомендуют рентгенографию височных костей (рис. 4.29). Учитывая, что важным фактором, поддерживающим заболевание, служит тубарная дисфункция, проводят детальное исследование носа и глотки.

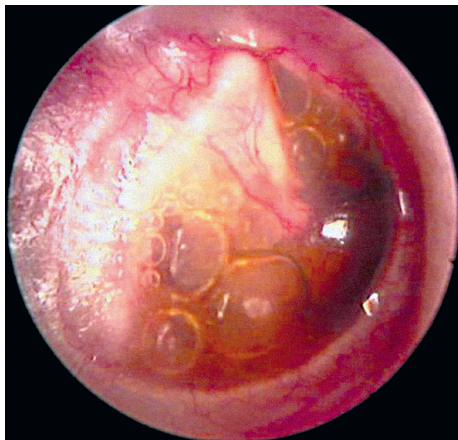


Рис. 4.28. Отоскопическая картина при экссудативном отите

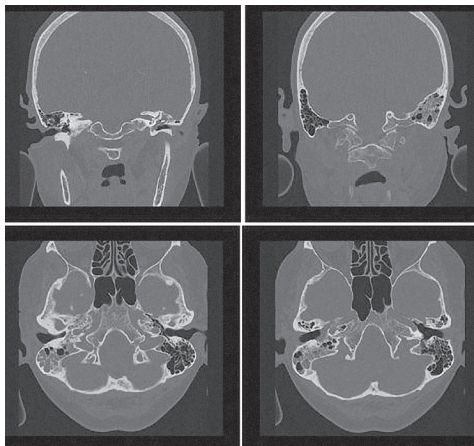


Рис. 4.29. Компьютерная томография височных костей при экссудативном отите

Лечение экссудативного среднего отита должно быть комплексным, эффективность его тем выше, чем раньше его начали. В первую очередь следует стремиться к восстановлению функции слуховой трубы. Этому достигают санацией заболеваний носа, околоносовых пазух, глотки. Для улучшения тубарной функции проводят продувание ушей по Политцеру или через ушной катетер (что более эффективно) с одновременным массажем барабанной перепонки с помощью воронки Зигле. В зависимости от стадии заболевания через катетер в просвет слуховой трубы вводят гидрокортизон, антибиотики, гидрокси-метилхиноксалиндиоксида (Диоксидин*), трипсин, химотрипсин. Эффективно введение протеолитических ферментов и гиалуронидазы (Лизазы*) посредством эндоназального электрофореза. В нос в виде капель применяют сосудосуживающие

препараты. Назначение антигистаминных препаратов рекомендуют в тех случаях, когда серозный средний отит развивается на фоне аллергии. Показаны также общеукрепляющие средства, витамины, в комплекс лечебных мероприятий в последнее время все чаще включают иммунокорректоры [азоксимера бромид (Полиоксидоний*)]. В случаях, когда в течение 1–2 нед функция слуховой трубы не восстанавливается в достаточной мере, экссудат не рассасывается и слух не улучшается, необходимо использовать хирургические методы для эвакуации секрета из барабанной полости. Наиболее широко применяют шунтирование

барабанной полости (рис. 4.30). С этой целью выполняют миринготомию барабанной перепонки в задненижнем ее квадранте и через разрез вводят шунт из биоинертного материала — тефлона, полиэтилена, титана. Существует множество форм шунтов: дренажная трубка с отверстиями, катушка, трубка с полупроницаемой мембраной и др. Через шунт в барабанную полость вводят лекарственные вещества и аспирируют из нее содержимое. Обычно дренаж оставляют до тех пор, пока не наступит выздоровление: от нескольких недель до 2–3 мес.

У ряда больных дренирование барабанной полости приводит к выздоровлению. Это может быть связано с тем, что экссудативное воспаление не ограничивается только барабанной полостью, а распространяется на антрум и клетки сосцевидного отростка и иногда оказывается отграниченным в результате развития блока входа в сосцевидную пещеру. В этом случае выполняют антротомию и при необходимости мастоидотомию с элиминацией и дренированием пораженных участков сосцевидного отростка.

Rp.: Chymotrypsini 0,01

D.S. Для введения в слуховую трубу через катетер

№ 6.

Rp.: Susp. Hydrocortisoni 5 ml

D.S. Для введения в слуховую трубу через катетер

№ 6.

Rp.: Tab. Polyoxidonii 0,012

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день в течение 7 дней.

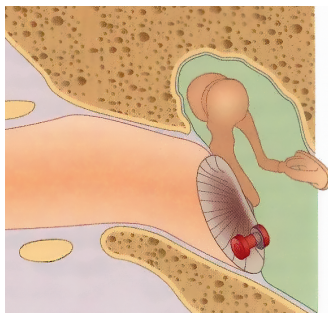
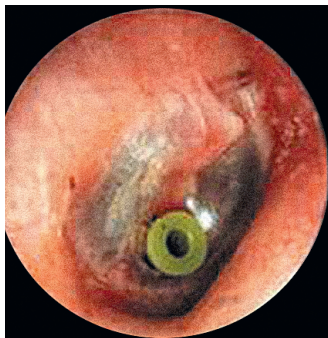


Рис. 4.30. Шунтирование барабанной полости при экссудативном отите

АДГЕЗИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ (КОД ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ Н 74.1)

Последствиями перенесенного хронического гнойного процесса в среднем ухе бывают рубцовые изменения во всех его отделах, что приводит к нарушению прежде всего слуховой функции уха. Наблюдают не только фиксацию цепи слуховых косточек рубцовой тканью, но и деструкцию элементов звукопроводящей цепи (разрушение стремени, наковальни или молоточка). Такого рода послевоспалительные изменения в среднем ухе принято обозначать термином «адгезивный средний отит» (*otitis media adhesiva*). Основная жалоба больных — снижение слуха и шум в ухе. В анамнезе есть указание на перенесенное воспаление среднего уха (однократно или повторно). Отоскопическая картина адгезивного среднего отита характеризуется наличием рубцовых изменений, втяжением барабанной перепонки (рис. 4.31). Избыточное развитие рубцовой ткани может привести к деформации барабанной перепонки. При сгущении и разрежении воздуха в наружном слуховом проходе с помощью пневматической воронки наблюдают ограничение подвижности барабанной перепонки или ее полную неподвижность. На аудиограмме определяют тугоухость звукопроводящего типа: кривая тканевой звукопроводимости расположена на уровне нормального восприятия звуков через кость, а кривая воздушной звукопроводимости опускается на 30–50 дБ ниже. При импедансометрии определяют малую податливость барабанной перепонки или ее отсутствие. Если происходят кальцификация и оссификация соединительной ткани (тимпаносклероз), тугоухость достигает наивысшей степени.

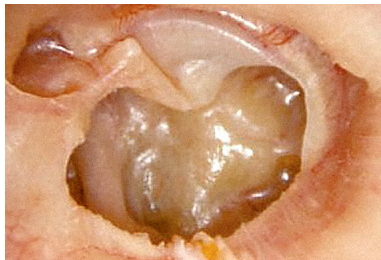


Рис. 4.31. Адгезивный средний отит

ки или ее полную неподвижность. На аудиограмме определяют тугоухость звукопроводящего типа: кривая тканевой звукопроводимости расположена на уровне нормального восприятия звуков через кость, а кривая воздушной звукопроводимости опускается на 30–50 дБ ниже. При импедансометрии определяют малую податливость барабанной перепонки или ее отсутствие. Если происходят кальцификация и оссификация соединительной ткани (тимпаносклероз), тугоухость достигает наивысшей степени.

Лечение. Консервативные методы лечения при адгезивном среднем отите малоэффективны [произ-

водят продувание ушей по Политцеру, через катетер, пневмомассаж через наружный слуховой проход тугоподвижной барабанной перепонки, используют лекарственные средства, размягчающие рубцовую ткань, — гиалуронидазу (Лидазу*) и др.]. Хирургическое лечение направлено на мобилизацию цепи слуховых косточек методом раскачивания, замену фиксированных рубцовой тканью косточек аллопротезами, восстановление целостности барабанной перепонки, то есть производят операции, обозначаемые как тимпанопластика и стапедопластика.

Rp.: Sol. Lydazi 64 UE

D.S. Вводить через катетер в слуховую трубу № 6.

ОТОСКЛЕРОЗ (КОД ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ Н 80)

Отосклероз (*otosclerosis*) — ограниченный остеоидиофический процесс в виде мелких единичных очагов новообразованной костной ткани в костных стенках ушных лабиринтов в области обычно одного, а позже и второго окна преддверия, сопровождающийся фиксацией стремени. Этим заболеванием страдает значительная часть населения земного шара — до 1%. Этиология заболевания неясна. Отосклероз приводит к стойкой тугоухости и глухоте. В преобладающем большинстве случаев встречается у женщин молодого возраста, манифестирует тугоухость в 20–40 лет; беременность, роды, период лактации провоцируют появление тугоухости и усугубляют ее интенсивность. В ряде случаев отосклероз бывает наследственным и семейным заболеванием. Понижение слуха может быть двусторонним и практически симметричным. Ничего общего со склерозом в патологоанатомическом его представлении данное заболевание не имеет. Под влиянием неясных пока причин в области краев ниши окна преддверия, куда вставлено основание стремени, начинает развиваться костная ткань губчатого строения, которая фиксирует основание стремени и сначала снижает, а позже и полностью ликвидирует подвижность стремени. Лишенное подвижности стремя не может передавать звуковые колебания во внутреннее ухо — человек теряет слух.

Симптомы. Снижение слуха на оба уха, шум в ушах. В шумной обстановке больной обычно слышит лучше. Заболевание возникает в молодом возрасте, и постепенно с годами развивается тугоухость.

Отоскопия. В слуховом проходе отсутствует сера, кожа слухового прохода истончена, барабанная перепонка практически не изменена, за исключением некоторого ее истончения. На аудиограмме понижение слуха по типу нарушения звукопроводения (рис. 4.32).

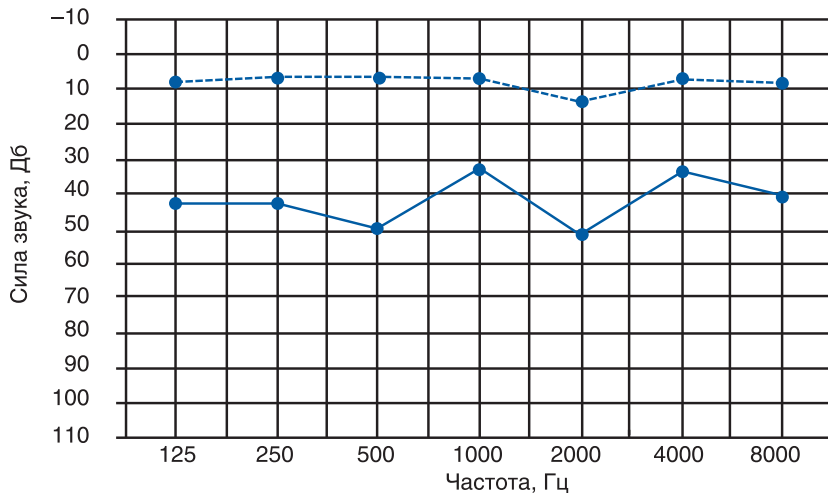


Рис. 4.32. Аудиограмма при отосклерозе

Лечение. Обычно применяют хирургическое лечение. Производят различные варианты стапедопластики: заменяют стремя протезом из тефлона, хряща, титана и тем самым восстанавливают подвижность всей цепи слуховых косточек (рис. 4.33). В настоящее время в 95–98% случаев отосклероза удается добиться стойкого улучшения слуха после стапедопластики.

БОЛЕЗЬ МЕНЬЕРА (КОД ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ N 81.0)

Болезнь Меньера характеризуется тремя симптомами: периодически возникающими приступами головокружения, снижением слуха и шумом в ухе. Расстройство функции внутреннего уха, не связанное с воспалительным процессом в среднем и внутреннем ухе, в настоящее время встречается в практике врачей многих специальностей. Такого рода вестибулярные нарушения могут быть обусловлены разнообразными проявлениями во внутреннем ухе — кровоизлиянием, гидросом, спазмом кровеносных сосудов,

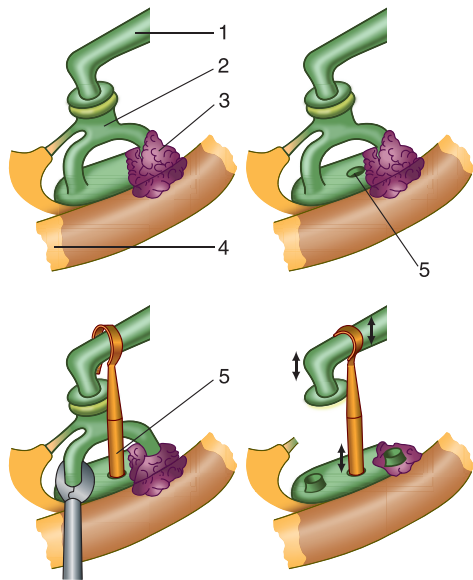


Рис. 4.33. Стапедопластика: 1 — длинный отросток наковальни; 2 — стремя; 3 — отосклеротический очаг; 4 — лицевой нерв; 5 — протез стремени

главным образом лабиринтной артерии. Основными признаками таких изменений во внутреннем ухе считают приступообразное головокружение, тошноту, рвоту, расстройство походки. П. Меньер (1861) впервые описал клиническую картину заболевания, сопровождаемого приступом сильного головокружения, и с тех пор оно носит его имя.

Этиология болезни Меньера неизвестна. В патогенезе заболевания ведущую роль играет внутрилабиринтный отек (гидропс лабиринта).

Клиническая картина. Внезапно, среди полного здоровья, человек ощущает сильное головокружение и не в состоянии сохранить равновесие, может упасть. В это время он испытывает тошноту, открывается рвота. Иногда перед приступом больной ощущает шум и заложенность в одном ухе. Приступ может длиться от нескольких минут до 1 ч и более. Обычно последующий приступ копирует предыдущий. Наблюдается нистагм, направленный в сторону уха, в котором нет шума. В межприступном периоде больной чувствует себя вполне удовлетворительно, остается только шум в ухе, и после каждого приступа может прогрессировать односторонняя тугоухость. Иногда приступ может быть спровоцирован острым респираторным заболеванием, переутомлением, повышением или понижением артериального давления.

Лечение. Во время приступа больного укладывают в постель, необходимо исключить раздражающие факторы (яркий свет, шум). Для снятия вегетативных реакций (тошнота, рвота) прибегают к инъекциям 1% раствора атропина в дозе 1 мл, производят новокаиновую блокаду 1–2% раствором прокаина (Новокаина[▲]) в передний конец нижней носовой раковины, используют препараты, уменьшающие проницаемость сосудистой стенки [прометазин (Пипольфен[▲]), дифенгидрамин (Димедрол[▲]), хлоропирамин (Супрастин[▲])]. Ограничивают прием жидкости. При консервативном лечении болезни Меньера применяют бетагистин (Бетасерк[▲]), действие которого приводит к улучшению микроциркуляции в сосудах внутреннего уха, нормализации давления эндолимфы в лабиринте. При без-

успешности консервативной терапии проводят хирургическое лечение. В межприступном периоде в тяжелых случаях, когда отсутствует слуховая функция, прибегают к хирургическим методам лечения: перерезают преддверно-улитковый нерв, дренируют эндолимфатический мешок.

Rp.: Sol. Atropini sulfatis 0,1% 1 ml

D.S. По 1 мл внутримышечно при тошноте и рвоте.

Rp.: Betahistini 16 mg

D.t.d. N20 in tab.

S. По 1 таблетке 3 раза в день в течение месяца.

НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ (КОД ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ N 90.5)

Поражение звуковоспринимающего аппарата уха, начиная с его рецепторного отдела в улитке, а также в проводящих путях и центральном отделе, носит собирательное название — **нейросенсорная тугоухость**. На долю нейросенсорной тугоухости приходится около 3/4 всех страдающих расстройством слуха больных. В связи с развитием техники, транспорта, усилением окружающих человека шума и вибрации, использованием многих химических веществ в производстве, сельском хозяйстве и быту количество заболеваний рецепторного аппарата слухового анализатора возросло. Велико также число осложнений вследствие инфекционных вирусных заболеваний, таких как грипп, паротит, а также менингококковый менингит, на фоне которых развиваются стойкая тугоухость или даже полная глухота. Ряд медикаментов обладает токсическим действием по отношению к нервному отделу уха человека. Это прежде всего антибиотики аминогликозидной группы: стрептомицин, гентамицин, канамицин, мономицин, неомицин. Заставляет обратить внимание врача на эту группу антибиотиков то обстоятельство, что развивающаяся на фоне

их приема тугоухость бывает резкой, вплоть до глухоты, и имеет необратимый характер. Понижение слуха, возникшее вследствие применения ототоксичных антибиотиков, продолжает прогрессировать и после отмены препарата. Кроме того, тугоухость в таких случаях может сочетаться и с поражением вестибулярного аппарата внутреннего уха. Наибольшей токсичностью по отношению к слуховому нерву обладает неомицин. Под влиянием ототоксичных антибиотиков, аккумулируемых жидкостями внутреннего уха, происходит дегенерация волосковых клеток спирального органа, поражаются волокна и слухового нерва. Наконец, черепно-мозговая травма также может приводить к нарушению слуха по типу неврита слуховых нервов. Анамнез не всегда дает сведения о причине возникновения тугоухости, за исключением случаев травмы, перенесенного заболевания или применения медикаментов (антибиотики, мочегонные средства). Иногда глухота наступает внезапно, при этом может быть выраженное головокружение. В случаях такого остро наступившего понижения слуха больной срочно должен быть госпитализирован в ЛОР-отделение для оказания своевременной помощи, которая в таких случаях может быть эффективной. При отоскопии никаких изменений на барабанной перепонке определить не удастся, она выглядит совершенно нормальной. Решающим для установления диагноза считают исследование слуха с помощью камертона и аудиометрии. При аудиометрии тональные пороги воздушной и костной проводимости повышены, параллельны друг другу и не имеют костно-воздушного интервала (рис. 4.34).

Такой тип нарушения слуха называется *звукоспринимающей тугоухостью*.

Лечение. При внезапной и острой нейросенсорной тугоухости лечение должно быть начато как можно раньше, в период обратимых изменений нервной ткани. Таких пациентов считают urgentными больными, они подлежат экстренной госпитализации. Лечение должно быть направлено на устранение или нейтрализацию причин заболевания. При тугоухости инфекционной природы проводят антибактериальную терапию. Лечение ток-

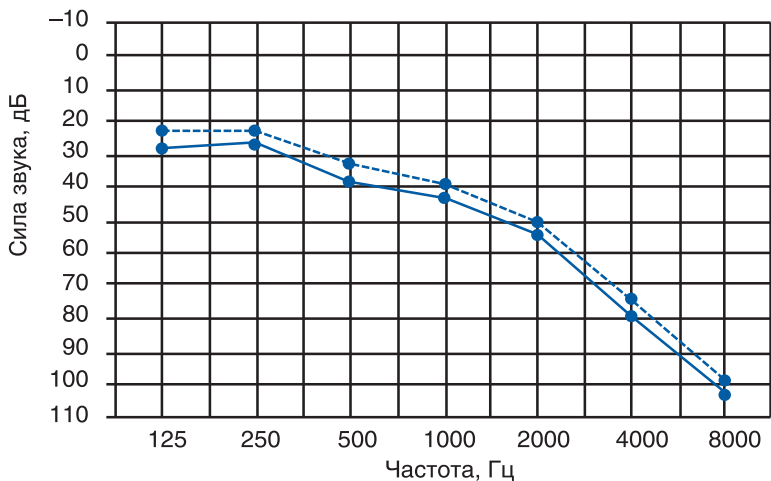


Рис. 4.34. Аудиограмма при нейросенсорной тугоухости

сических форм тугоухости предусматривает дезинтоксикацию. При сосудистом генезе тугоухости проводят сосудистую терапию — пентоксифиллин (Трентал[®]), винпоцетин (Кавинтон[®]), циннаризин (Стугерон[®]), дигидроэргокриптин + кофеин (Вазобрал[®]). Используют глюкокортикоидную терапию (системно или местно), гипербарическую оксигенацию и др. При хронической форме нейросенсорной тугоухости лечение чаще всего малоэффективно.