

## К ВОПРОСУ О ТУГОУХОСТИ: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ. (Научный обзор)

Джаманкулова Н.М., Насыров В.А., Алымкулов Р.Д.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К.Ахунбаева, г.Бишкек, Кыргызстан.

**Резюме.** В статье представлены данные научной литературы о диагностике, лечению и реабилитации больных с нейросенсорной тугоухостью.

**Ключевые слова:** тугоухость, этиология, классификация, диагностика, лечение.

## НЕЙРОСЕНСОРДУК ДУЛӨЙЛҮК: СЕБЕПТЕРИ, ДИАГНОСТИКАСЫ ЖАНА ДАРЫЛООСУ. (Илимий обзор)

Джаманкулова Н.М., Насыров В.А., Алымкулов Р.Д.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы, Бишкек ш., Кыргызстан.

**Резюмеси.** Статьяда илимий адабияттардагы нейросенсордук дүлүйлүк менен оруган адамдардын диагностикасы, дарылоосу жана реабилитациясы берилге

**Негизги сөздөр:** дүлүйлүк, этиологиясы, классификация, диагностика, дарылоо.

## TO A QUESTION HYPOACUSIS: REASONS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT. (Scientific review)

Djamankulova N.M., Nasyrov V.A., Alymkylov R.D.

The Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan

**Abstract.** Given scientific literature are presented In article about diagnostics, treatment and rehabilitations patients with neurosensory deafness.

**Key words:** hypoacusis, etiology, categorization, diagnostics, treatment.

Одной из актуальных проблем в оториноларингологии является ранняя диагностика, лечение и реабилитация больных, страдающих сенсоневральной тугоухостью. Среди больных с различными формами тугоухости наличие этой патологии, по данным ряда авторов, встречается в 79% случаев. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в этой области отоларингологии, за последние десятилетия частота поражений органа слуха увеличилась. Наличие огромного количества предлагаемых методов лечения сенсоневральной тугоухости говорит об актуальности этой проблемы на современном этапе.

По данным ВОЗ в мире насчитывается около 250 млн человек, страдающих нарушениями слуха, и согласно ее прогнозам к 2030 году ожидается увеличение численности населения с социально значимыми дефектами слуха более чем на 30%. В последние годы отмечается рост

частоты нарушений слуха и вестибулярной функции. За 20 лет частота поражений слуха возросла в два раза и составляет 6%; в структуре же тугоухости сенсоневральное поражение слуха достигает 75-95%.

Основными причинами понижения слуха у обращающихся являются острый и хронический гнойный средний отит (53,3%), ототоксические препараты (14,7%), черепно-мозговая травма (8,4%), тромбоз внутренней слуховой артерии (до 2%) пресбиакузис (5,1%), грипп (6,0%). До настоящего времени остается высокий процент (12,5%) людей с не установленной причиной сенсоневральной тугоухости, что может быть обусловлено не диагностированной генетической предрасположенностью.

Сенсоневральная тугоухость характеризуется поражением слухового анализатора на различных уровнях, от волосковых клеток кортиева органа до коркового анализатора. Такое сни-

жение слуха, как правило, сопровождается еще и изнуряющим субъективным шумом в ушах, что значительно снижает для больного качество жизни. До настоящего времени остается нерешенным ряд основных вопросов патогенеза и лечения различных форм тугоухости.

Клиническими проявлениями острой и внезапной сенсоневральной тугоухости являются: снижение слуха, субъективный шум в ухе, часто с вестибулярными расстройствами (головокружение, тошнота, рвота, нистагм).

#### Клинические особенности:

Снижение слуха развивается без предвестников (у 5 больных утром после пробуждения), в 2/3 случаев сопровождается субъективным шумом в ушах.

При аудиологическом исследовании – односторонняя нейросенсорная тугоухость различной степени выраженности,

Слух не флюктуирует в течение дня.

У ряда больных это сопровождается головокружением

При комплексном обследовании отсутствует этиологический фактор.

В возникновении нейросенсорной тугоухости многочисленными клиническими наблюдениями и научными исследованиями доказана роль: инфекционных заболеваний (грипп и ОРВИ, инфекционный паротит, сифилис); сосудистых расстройств (гипертоническая болезнь, вертебробазиллярная дисциркуляция, церебральный атеросклероз); стрессовых ситуаций, механической, акустической и баротравм; ототоксического воздействия промышленных и бытовых веществ, ряда лекарственных препаратов (антибиотики аминогликозидного ряда, некоторые противомаларийные и мочегонные средства, салицилаты).

В общем механизме патологического процесса сосудистые нарушения занимают одно из основных мест. Ухудшение микроциркуляции, спазм, механическое повреждение стенок сосудов на фоне артериальной гипертензии приводит к уменьшению кровотока во внутреннем ухе. Данное состояние вызывает нарушение гемодинамики внутреннего уха, развитие гипоксии и быстрые дегенеративные изменения структурных элементов слухового анализатора. Проявления сенсоневральной тугоухости час-

то являются симптомами различных заболеваний. Для выбора методов и средств лечения, сочетания их или последовательности большое значение имеет определение уровня поражения слухового анализатора на этапе его ранних проявлений. Известно, что лечение хронической сенсоневральной тугоухости, прежде всего, направлено на предотвращение прогрессирования заболевания и уменьшение выраженности субъективного ушного шума.

#### Классификация тугоухости.

##### По типу

**Кондуктивная тугоухость** возникает в результате аномалий наружного уха или аномалий косточек среднего уха, патология евстахиевой трубы, аденоидов и др.

**Сенсоневральная тугоухость** в результате нарушения функции структур внутреннего уха

**Смешанная тугоухость** является комбинацией кондуктивной и сенсоневральной.

**Центральная слуховая дисфункция** возникает в результате повреждения или дисфункции на уровне t VIII краниального нерва, слухового тракта ствола мозга, или коры головного мозга

**Степень тугоухости**. Тугоухость измеряется в децибеллах (dB). Порог слышимости или 0 dB отмечается для каждой частоты относительно уровня, при котором нормальные молодые люди воспринимают тон составляющий 50% от очень громкого на данный момент. Слух считается нормальным, если слуховой порог данного индивидуума находится в пределах 0-15 dB от нормального порога слышимости.

Степень тугоухости градуируется как:

Легкая (26-40 dB)

Умеренная (41-55 dB)

Умеренно тяжелая (56-70 dB)

Тяжелая (71-90 dB)

Глубокая (90 dB)

Методы комплексного обследования :

1. акуметрия
2. аудиологическое обследование (тональная пороговая аудиометрия, надпороговые тесты, речевая аудиометрия, импедансометрия,
3. определение восприятия и латерализации ультразвуков,
4. отоакустическая эмиссия, КСВП);
5. лабораторные исследования ( исследование мочи, крови биохимический анализ, оп-

ределение гормонального профиля, RW, HBS, HCV, ВИЧ);

6. МРТ;

7. дуплексное сканирование сосудов головного мозга;

8. вестибулометрическое исследование

Лечение.

Выбор методов лечения сенсоневральной тугоухости зависят от многих факторов и, в частности, от сроков начала терапии [2, 3]. При начале лечения в течение первой недели заболевания восстановление слуха отмечается у 57 % пациентов, у обратившихся в течение месяца - у 27%.

Острое сенсоневральное нарушение слуховой функции требует проведения лечения в стационарных условиях [2,3]. При этом назначаются препараты, улучшающие мозговую гемодинамику (кавинтон, пентоксифиллин и др.); дегидратационные препараты (40%р-р глюкозы, 25%р-р магния сульфата); глюкокортикостероиды (преднизолон 30 мг в/м или в / венно 5 дней) бетасерк 24 мг 2 раза в день в течение 14 дней, улучшающее микроциркуляцию пораженного органа: никотиновая кислота, гепарин. После завершения курса стационарного лечения продолжают лечение амбулаторно (бетасерк 24 мг 2 раза в день до 2 месяцев).

Физиотерапия. Электрофорез (1-5% раствор неостигмина метилсульфата, 1-5% раствор калия йодида, 1% раствор никотиновой кислоты), грязевые аппликации на область сосцевидных отростков, бальнеотерапия (особенно радоно-терапия).

**Общие правила, которые должны всегда соблюдаться неукоснительно: проведение лечения больного острой нейросенсорной тугоухостью в специализированном оториноларингологическом стационаре; незамедлительное начало лечения непосредственно после госпитализации больного; соблюдение охранительного режима и щадящей диеты; отказ от курения и употребления алкогольных напитков;**

многоплановое обследование пациента, проводимое в кратчайшие сроки. Повышает эффективность медикаментозной терапии и стабилизирует положительную клиническую динамику включение в комплекс лечебных мероприятий немедикаментозных методов:

рефлексотерапии акупунктуры либо лазеропунктуры (10 сеансов непосредственно после завершения инфузионной терапии, затем 10 сеансов спустя 1 мес и, при необходимости, 10 сеансов спустя 23 мес после первого курса стационарного лечения).

Следует подчеркнуть, что даже адекватно подобранная и своевременно, в полном объеме проведенная терапия больного острой нейросенсорной тугоухостью не исключает вероятности рецидива заболевания под воздействием стрессовой ситуации, обострения сердечно-сосудистой патологии (например, гипертонического криза), острой респираторной вирусной инфекции или акустической травмы. Поэтому врач обязан убедительно и подробно разъяснить больному необходимость соблюдения мер профилактики. Правильная организация труда и отдыха, отказ от курения, приема алкоголя и наркотиков, рационально составленная диета, достаточная двигательная активность, умение преодолевать эпизоды нервно-психического перенапряжения и стрессовые ситуации все это в сочетании с профилактическими и лечебными мероприятиями является залогом успеха в борьбе со слуховыми и вестибулярными нарушениями.

Лечение острой нейросенсорной тугоухости, несмотря на значительное количество исследований проводимых в этой области, остается сложной и не до конца решенной задачей [3, 4], и в этой связи, актуальной, требующей дальнейших усилий в совершенствовании диагностических критериев и адекватной терапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Н.С. Ценность компьютерной и магнитно-резонансной томографии головного мозга в установлении этиологии головокружения и уровня поражения кохлеовестибулярного анализатора // Вестн. оториноларингологии: материалы Рос. науч.-практ. конф. – 2003. – С. 138-139.
2. Благовещенская Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы: М.: Медицина, 1990г. – с.328.
3. Гапоева Э.Т. Предварительный прогноз результатов консервативного лечения острой сенсоневральной тугоухости / Э.Т. Гапоева // Современные аспекты и перспективы развития оториноларингологии: материалы юбил. Всерос. науч.-практ. конф., Москва, 29-20 сент. 2005 г. / Науч.-клинич. центр оториноларингологии Росздрава. – М., 2005.

– С. 31.

4. Кадымова М.И. Оптимизация методов лечения внезапной нейросенсорной тугоухости / М.И. Кадымова // Вестн. оториноларингологии: материалы Рос. науч.-практ. конф. – 2003 – С. 155-156.

5. Сагалавич Б.М. Болезнь Меньера, / Б.М. Сагалавич, В.Т Пальчун - М.: Медицинское информационное агенство, 1999.

6. Пальчун В.Т. Принципы лечения острой нейросенсорной тугоухости / В.Т. Пальчун, И.В. Иванец // Вестн. оториноларингологии: материалы Рос. конф. оториноларингологов. – 2002. – С.159-160.

7. Пальчун В.Г., Крюков А.И. Оториноларинго-

логия: М.: Литера, 1997г.- с. 512

8. Пономаренко Г.Н. Частная физиотерапия. М. «Медицина-2005»

9. Табеева Д.М. практическое руководство по иглорефлексотерапии. М. «МЕДпресс-информ» 2004г.

10. Этиопатогенетические аспекты в лечении кохлеовестибулярных нарушений / Т.С. Полякова [и др.] // Вестн. оториноларингологии: материалы Рос. науч.-практ. конф. – 2003. – С. 182-185.

11. Cheng Xinnong. Chinese Acupuncture and Moxibustion. Foreign Languages Press, Beijing. China 1999.

12. [www.medlinks.ru](http://www.medlinks.ru)