



гическими особенностями и таковыми больных вырабатывать свои формы общения с больными, столь разными, но объединенными лишь страданием.

Примером индивидуального «образа врача» является психиатр Зигмунд Фрейд, о методах общения которого с больными засвидетельствовал в своей трилогии «Врачевание и психика» австрийский писатель Стефан Цвейг [11]: «Сорок лет подряд Фрейд проделывает восемь, девять, десять, иной раз одиннадцать анализов¹ в день, иначе говоря, девять, десять, одиннадцать раз сосредоточивается он, по целому часу, с крайним напряжением, можно сказать, с трепетом, на чужой личности, подстерегает и взвешивает каждое слово; и в то же время его память, никогда ему не изменяющая, сопоставляет данные этого анализа с результатами всех предыдущих. Он, таким образом, полностью сживается с этой чужой личностью, в то же время, наблюдая ее извне, как психодиагност. И в один миг он должен, по истечении этого часа, переселиться из этого своего пациента в другого, следующего, восемь, девять раз в день и, таким образом, хранить в себе обособленно, без всяких записей и мнемонических приемов, сотни судеб, наблюдая каждую в тончайших ее ответвлениях». Это описание работы гениального психиатра есть образец высшего служения делу врачевания в те времена, когда не существовали компьютеры и Интернет. Эти инструменты даны современному врачу в облегчение его труда, но они не могут заменить то человеческое в отношениях с пациентом, которое носит название духовности, ключевым фактором которой является сострадание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П. К. Системогенез как общая закономерность эволюционного процесса // Бюлл. экспер. биол. и мед. – 1948. – № 8. с. 81.
2. Декарт Р. Избранные произведения. М.: Наука. С. 86.
3. Зиглер Д. Теории личности. СПб, 1999. 187 с.
4. Спиркин А. Г. Основы философии. Учебн. пособие для вузов. – М.: Политиздат, 1988. – 592 с.
5. Спиркин А. Г. Интуиция. М.: БСЭ, 3 изд., т. 10, С. 343.
6. О положении в биологической науке / Стенографический отчет Сессии Всесоюзной академии сельскохозяйственных наук им. В. И. Ленина / 31 июля – 7 августа 1948 г. – М.: ОГИЗ–СЕЛЬХОЗГИЗ, 1948. 536 с.
7. «Психология индивидуальных различий. Тесты». Хрестоматия. М, 1982. 245 с.
8. Робертсон Р. Введение в психологию Юнга. Ростов-на-Дону, 1999. 197 с.
9. Фрейд З Психология бессознательного. Пер. с нем. – М, 1990. 223 с
10. Хьелл Л., Холл К., Линдсей Г. Теории личности. Пер. с англ. – М, 1997. 317 с
11. Цвейг С. Врачевание и психика (Ф. Месмер, М. Беки-Эдди, З. Фрейд) / Пер. с нем. – СПб.: ТсОО «Гамма», 1988. 240 с.
12. Юнг К. Г. Аналитическая психология. Прошлое и настоящее. Пер. с нем. – М, 1995. 224 с.

Бабняк Вячеслав Иванович – профессор НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, дом 9.
E-mail: vbabiyak@mail.lanck.net

УДК: 616. 833 009. 11-079. 208

АНТИХОЛИНЭСТЕРАЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

Е. М. Бачегова

SENSORINEURAL DEAFNESS ANTIHOLINESTERASE THERAPY

Е. Bacheгова

ГОУ ВПО Санкт-Петербургский медицинский университет

им. акад. И. П. Павлова

(Зав каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

В статье проанализированы данные комплексного лечения пациентов с острой сенсоневральной тугоухостью. Было выделено две группы больных. В первую группу вошли 70 пациен-

¹ – Цвейг имеет в виду применение метода психоанализа (В.Б.).



тов, которые получали лечение с учетом реципрокного взаимодействия М- и Н-холинергических механизмов. В группу сравнения вошли 40 пациентов, которые не получали антихолинэстеразной терапии. В первой группе больных выздоровление достигнуто у 70% больных. В контрольной группе выздоровление достигнуто у 53% больных. Анализ показал, что антихолинэстеразная терапия в комплексном лечении острой сенсоневральной тугоухости имеет существенное значение, позволяя добиваться более эффективной реабилитации больных.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, антихолинэстеразная терапия

Библиография: 7 источников

In this article are analysed the complex treatment datas of patients with acute sensorineural deafness. There were two groups of patients. The first group consisted of 70 patients, who were treated with underlying interaction M- and N-cholinergic mechanisms. The second group for to compare was of 40 patients, who didn't recieve antiholinesterase therapy. In the first group of patients the recovery was reached by 70% patients.

In the test group the recovery was reached by 53% patients.

According to this experiment, antiholinesterase therapy, with complex treatment the acute sensorineural deafness, plays an important role in getting more effective patients' rehabilitation.

Keywords: sensorineural deafness, antiholinesterase therapy

Bibliography: 7 sources

Одной из основных проблем современной оториноларингологии является острая сенсоневральная тугоухость. По данным мировой и отечественной литературы до 6 % населения планеты страдает нарушениями слуха, до 80% из которых связаны с поражением звуковоспринимающего аппарата (1,2,3. 7). По данным В. Ф. Воронкина и Л. А. Лазаревой сенсоневральная тугоухость является главной проблемой современной клинической аудиологии и занимает среди заболеваний ЛОР-органов от 7,8 до 12. 1% [2]. Более 50% пациентов, страдающих сенсоневральной тугоухостью, находятся в трудоспособном возрасте – от 20 до 50 лет (3). Согласно данным ВОЗ в России насчитывается около 12 млн. больных с нарушениями слуха, в том числе подростков и детей более 600 тысяч. В последние годы отмечается постепенный рост уровня заболеваемости (4, 6).

Среди пациентов с поражением звуковоспринимающего аппарата особого внимания заслуживают больные с острой и внезапной сенсоневральной тугоухостью, как более перспективные в получении хороших клинических результатов в процессе лечения. Недостаточность в изучении патогенеза кохлеарных невритов объясняет эмпирический подход к лечению заболевания и его недостаточную эффективность. Терапия острой сенсоневральной тугоухости должна быть направлена как на устранение причины заболевания, так и на улучшение функционального состояния слухового рецептора. Успех терапии зависит от степени сохранности воспринимающих элементов рецептора и нервной проводимости слухового нерва. При лечении сенсоневральной тугоухости в основном используется комплексный подход с учетом всех возможных звеньев патогенеза. Терапия сенсоневральной тугоухости должна быть направлена как на устранение причины заболевания, так и на улучшение функционального состояния звуковоспринимающего аппарата.

При назначении лекарственных препаратов необходимо учитывать особенности их проникновения через структуры гематолабиринтного барьера, особенности их действия на чувствительные структуры внутреннего уха, а также синаптическую передачу импульсов в вышележащие отделы слухового анализатора.

Пациенты и методы. За период с 2005 г. по 2009 г. в клинике ЛОР-болезней СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова и ЛОР-отделении Ленинградской областной клинической больницы обследовано 110 больных с острым невритом слухового нерва в возрасте от 20 до 66 лет. Среди обследованных было 58 мужчин и 52 женщины. Инфекционный фактор прослеживался у 56 больных, акустическая травма – у 4, механическая травма – у 7, сосудистый фактор – у 30, а у оставшихся больных диагностирован идиопатический неврит слухового нерва. Одностороннее поражение выявлено у 96 больных, у 14 – двустороннее. Длительность

заболевания колебалась от одних суток до 3 недель. Всем больным проводилось аудиологическое обследование: пороговая тональная аудиометрия, надпоговая аудиометрия: тест Luscher, a, определение порогов дискомфорта; импедансная аудиометрия. Кроме того, всем больным проводился оториноларингологический осмотр, неврологическое обследование, выполнялась компьютерная томография височных костей. Основной жалобой всех больных было снижение слуха на одно ухо и ушной шум, который отмечался у 62 % больных, причем у 54 % шум носил высокочастотный характер, а у 8 % – низкочастотный. На фоне снижения слуха нарушение функции громкости отмечали 49% пациентов.

Среди 56 больных, у которых прослеживался инфекционный фактор, у 34 заболевание развилось в период эпидемий гриппа с клиническими проявлениями данной патологии (высокая температура, катаральные изменения со стороны слизистых оболочек верхних дыхательных путей, подслизистые петехиальные кровоизлияния). У 7 больных диагностирован ушной герпес с поражением лицевого и слухового нервов. У этих больных поражение слухового нерва развивалось в более поздние сроки, чем появление высыпаний на ушной раковине и неврит лицевого нерва.

Причинами акустической травмы у 4 больных были разнообразные факторы: от стрельбы в тире до посещения рок-концерта. У этих больных отмечалась выраженная тугоухость на одно ухо, и у всех пациентов отмечался ушной шум. У 7 больных с механической травмой сенсоневральная тугоухость связана с закрытой черепно-мозговой травмой без поражения структур среднего уха. У одного больного было диагностировано сотрясение головного мозга, а у другого – ушиб головного мозга. У 13 больных сенсоневральная тугоухость развилась на фоне повышения артериального давления, причем 8 пациентов страдали гипертонической болезнью 2-ой стадии, а 5–3 стадии. У 5 больных, наряду с резким снижением слуха, имелись признаки поражения вестибулярного анализатора: систематизированное головокружение, вестибуло-вегетативные расстройства (тошнота, рвота), нистагм, нарушения при выполнении вестибуло-соматических проб. У большинства больных, каких-либо органических причин, предшествующих односторонней тугоухости, выявить не удалось. Некоторые больные отмечали такие факторы как стрессовая ситуация, переохлаждение, переутомление.

По данным аудиологического обследования у больных преобладал нисходящий тип аудиограммы. У 26 больных с ОСНТ выявлен ретрокохлеарный уровень поражения, у 84 – кохлеарный.

При лечении сенсоневральной тугоухости в основном используется комплексный подход с учетом всех возможных звеньев патогенеза. Для восстановления нервной проводимости в поврежденном стволе слухового нерва традиционно используются антихолинэстеразные препараты: прозерин и галантамин. Существенное отличие в действии этих медикаментозных средств связано с их химическим строением: третичные амины (галантамин, нивалин, физостигмин) проникают через гематоэнцефалический барьер, поэтому оказывают центральным эффектом, а четвертичные аммониевые производные (прозерин) оказывают только периферическое влияние. Известно, что ацетилхолин и ферменты, синтезирующие и инактивирующие его, имеются как в органе Корти, так и в нервных волокнах слухового нерва. Установлено, что М- и Н-холинергические механизмы находятся в реципрокном взаимодействии (5). На основании данных фактов и была предложена комбинация антихолинэстеразного препарата галантамина с М- холинолитиком в схеме комплексного лечения неврита слухового нерва. При установленном диагнозе лечение проводят по следующей схеме: больной сначала принимал 2 мг метацина, затем, через 15–25 минут 4мг галантамина 2 раза в сутки утром и вечером в течение 10 дней. При этом дополнительно осуществлялся курс внутривенной парентеральной терапии, включавший введение реополиглюкина 400мл, АТФ 1% 2,0мл, кокарбоксилазы 50мг, солкосерила 2,0мл в течение 8 дней. Реополиглюкин используется для улучшения капиллярного кровотока, АТФ и кокарбоксилаза для улучшения процессов тканевого и клеточного обмена, солкосерил для ускорения регенерации поврежденных клеток.

Из общей выборки выделены две группы больных. В первую группу вошли 70 пациентов, которые получали лечение с учетом реципрокного взаимодействия М- и Н-холинерги-



ческих механизмов. В группу сравнения вошли 40 пациентов, которые не получали антихолинэстеразной терапии. Группы составлялись с учетом одинакового удельного веса различных этиологических факторов в каждой выборке.

В целом по выборке выздоровление удалось достичь у 69 (63%) больных, улучшение у 29(26%), без эффекта у 12 (9%). В группе больных, получавших лечение с учетом реципрокного взаимодействия М- и Н-холинергических механизмов выздоровление достигнуто у 70% больных (49 человек), улучшение у 23% (16 человек), без эффекта у 7%(5 человек). В контрольной группе выздоровление достигнуто у 21 (53%) больных, улучшение – у 11 (27%), без эффекта – у 8 (20%).

При сравнении результатов лечения у больных с кохлеарной и ретрокохлеарной патологией, следует отметить, что ретрокохлеарное поражение приводит к несколько худшему прогнозу: из 26 больных выздоровление достигнуто у 12 пациентов (46%), улучшение – у 8 (31%), без эффекта – у 6 (23%). Возможно, это связано с процессами демиелинизации волокон слухового нерва, которые могут происходить при инфекционном генезе процесса (herpes zoster oticus, грипп). Также следует отметить, что прогностически неблагоприятным признаком считается появление вестибулярных нарушений (головокружение, тошнота, рвота, нистагм, нарушение координации) у больных с ОНСТ. Среди обследованных больных системное головокружение отмечали 5 больных, у которых также имелась гипертоническая болезнь второй степени. Симптомы раздражения лабиринта появляются при нарушениях кровообращения в бассейне внутренней слуховой артерии, которая снабжает кровью улитку, преддверие и полукружные каналы. У всех 5 больных диагностирована сенсоневральная тугоухость тяжелой степени. Из этих 5 пациентов выздоровления не удалось достичь ни у кого, улучшение – у 2 больных, без эффекта – у 3 больных.

Выводы:

Антихолинэстеразная терапия в комплексном лечении острой сенсоневральной тугоухости имеет существенное значение, позволяя добиваться более эффективной реабилитации больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базаров В. Г., Лисовский В. А., Мороз Б. С. Основы аудиологии и слухопротезирования. – М.: Медицина, 1984. – 241 с.
2. Воронкин В. Ф., Лазарева Л. А. Динамика иммунологических показателей и субпопуляций лимфоцитов в процессе лечения больных острой нейросенсорной тугоухостью. Мат. XVI съезда оториноларингологов РФ «Оториноларингология на рубеже тысячелетий». СПб., «РИА-АМИ», 2001. – С. 184–187.
3. Говорун М. И., Гофман В. Р., Парфенов В. Е. Кохлеопатии. – СПб, 2003г.
4. Лопотко А. И., Плужников М. С., Атамуратов М. А. Старческая тугоухость. – Ашхабад. – «Бльым», 1986. – 297 с.
5. Лосев Н. А. О реципрокности Н- и М-холинергических механизмов в центральной нервной системе. Достижения современной нейрофармакологии. – Л., 1982. – С. 90–96.
6. Пальчун В. Т., Петухова Н. А. Коррекция нарушений метаболизма печени при нейросенсорной тугоухости методом квантовой гемотерапии //Вестн. оторинолар. – 2001. – №4. – С. 4–9.
7. Состояние сурдологической службы в России / Г. А. Таварткиладзе [и др.] // Мат. XVI съезда оториноларингологов РФ «Оториноларингология на рубеже тысячелетий». СПб., «РИА-АМИ», 2001. – С. 261–265.

Бачегова Елена Михайловна – заочный аспирант каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ имени акад. И. П. Павлова. 197022, СПб, ул. Льва Толстого 6/8., Тел. 8-911-961-02-29, 642-36-92, Э/п: pllips@yandex.ru