



ном облучении небных миндалин и транскутанном облучении крови инфракрасным лазерным облучением и сохраняется в течение 1,5 лет после курса облучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальность проблемы хронического тонзиллита / А. И. Крюков [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2009. – № 5. – С. 4–6.
2. Ангина и хронический тонзиллит / М. С. Плужников [и др.]. – СПб.: Диалог, 2003. – 151 с.
3. Воспалительные заболевания глотки / В. Т. Пальчун [и др.]: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 306 с.
4. Хронический тонзиллит // Актуальные вопросы медицинского обеспечения космодрома Байконур: сб. тр. / Ю. Х. Михайлов [и др.]. – 2005. – С. 131–133.
5. Цветков Э. А. Адено tonsиллиты и их осложнения у детей. – СПб.: ЭЛБИ, 2003. – 131 с.

Хушвакова Нилуфар Журакуловна – канд. мед. наук, доцент, зав. каф. ЛОР-заболеваний лечебного факультета Самаркандского мединститута. 703015, Республика Узбекистан, Самарканд, ул. Рудаки, д. 214; тел.: +998-662-19-32-27, e-mail: nilumedlor@mail.ru

Давронова Гулрух Бахтиеровна – резидент магистратуры каф. ЛОР-заболеваний лечебного факультета Самаркандского мединститута. 703015, Республика Узбекистан, Самарканд, ул. Рудаки, д. 214; тел.: +998-91-535-00-39, e-mail: nilumedlor@mail.ru

УДК:616.28+616.284-004+616-089+612.88.003.12

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ МЕТОДОМ ТРАНСТУБАРНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В БАРАБАННУЮ ПОЛОСТЬ

М. В. Швецова

TREATMENT OF ACUTE SENSONEURAL HEARING LOSS WITH USING METHODS OF TRANSTUBE INTRATYMPANIC ADMINISTRATION OF STEROIDS

M. V. Shvetsova

ФВГУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова МО РФ»

(Начальник каф. отоларингологии – докт. мед. наук В. В. Дворянчиков)

Нами было изучено введение кортикостероидов длительного действия через катетер, установленный в барабанную полость, как способ лечения острой сенсоневральной тугоухости. Оценивались тональные пороги слышимости, полученные до лечения и в динамике на 5-е, 10-е сутки лечения и через месяц. Показано, что предложенный метод лечения острой сенсоневральной тугоухости является безопасным неинвазивным методом. В дополнение к традиционной терапии он позволяет сократить временные, производственные затраты, повысить эффективность лечения, а также минимизировать развитие побочных эффектов.

Ключевые слова: острая сенсоневральная тугоухость, интратимпанальный транстубарный способ введения лекарственных средств.

Библиография: 6 источников.

We studied the long-action corticosteroids through a catheter inserted in the tympanic cavity as a treatment of acute sensorineural hearing loss. Evaluated tone thresholds obtained before treatment and during 5, 10th days of treatment and in a month. It is shown that the offered method of treatment of acute sensorineural hearing loss is a safe noninvasive method. In addition to traditional therapy it can reduce the time, costs, improve the effectiveness of treatment, and also to exclude development of side effects.

Key words: acute sensorineural hearing loss, a catheter inserted in the tympanic cavity.

Bibliography: 6 sources.

Лечение острой сенсоневральной тугоухости (ОСНТ) остается важной и проблемной задачей современной отоларингологии. В настоящее время применение кортикостероидов считает-

ся наиболее эффективным и распространенным методом лечения этой патологии. Однако значительное количество побочных эффектов, связанных с системным введением кортикостероидов,



ограничивает возможности их применения и противопоказано при некоторых сопутствующих заболеваниях [2, 3]. Кроме того, ограниченная способность проникновения лекарственных веществ через гистогематический и гематоэнцефалический барьеры препятствует достижению максимального лечебного эффекта препарата при парентеральном введении. Поэтому последнее время растет интерес к интратимпанальному введению глюкокортикоидов. Последние фармакологические исследования показывают, что интратимпанальное введение кортикостероидов даже в небольших дозах посредством проникновения через круглое окно улитки приводит к высокой их концентрации в перилимфе без признаков системной абсорбции. Интратимпанальный способ введения имеет два теоретических преимущества:

- становится возможным прямое применение стероидов, что приводит к высокой концентрации препарата в перилимфе;
- характеризуется низкой токсичностью и абсорбцией системных стероидов, что позволяет избежать нежелательных явлений.

Внутритимпанальный способ введения гормонов обусловлен минимальной степенью развития побочных эффектов. В случаях, когда системное использование гормонов противопоказано, они могут быть использованы местно в меньших дозах. Все вышеперечисленное позволяет использовать внутритимпанальное лечение гормонами тех пациентов, которым противопоказана системная терапия.

Одним из способов интратимпанальной доставки является введение препаратов через тимпанальный шунт, установленный в задненижнем квадранте барабанной перепонки [4]. Однако инвазивность методики, дискомфорт самой манипуляции и отсутствие уверенности в требуемой экспозиции нахождения лекарственных препаратов в барабанной полости предполагают поиск более оптимальных способов введения препаратов.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения ОСНТ посредством транстубарной доставки лекарственных препаратов в барабанную полость.

Задачи исследования. Оценить слуховую функцию у больных с ОСНТ до и после лечения, сравнить результаты лечения пациентов, пролеченных стандартным способом и с помощью интратимпанального введения гормональных препаратов длительного действия.

Пациенты и методы. Нами изучено изменение функции слуха у 13 пациентов с ОСНТ в воз-

расте от 18 до 53 лет (средний возраст 39 лет), давность заболевания которых не превышала 2 недель и которые до этого не получали никакой терапии. Аудиологическое обследование пациентов проводилось с помощью клинического аудиометра при поступлении и в динамике: на 5-е, 10-е сутки лечения и через месяц после начала курса лечения.

Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от способа лечения.

Первая группа состояла из 7 пациентов с ОСНТ, которых лечили с помощью внутритимпанального введения бетаметазона по следующей схеме: по 4 мг/мл 3 раза в день в течение 5 дней подряд. В условиях эндовидеоконтроля препарат вводили в барабанную полость через катетер, установленный в устье слуховой трубы. В течение первых 10–20 мин мы просили пациента избегать глотания, чтобы уменьшить вытекание лекарства через слуховую трубу. Кроме этого пациенты первой группы получали внутривенно препараты, традиционно используемые для лечения ОСНТ: антиоксиданты, препараты, улучшающие реологические свойства крови, ноотропы, витамины в течение 10 дней.

Вторая группа состояла из 6 пациентов с ОСНТ, которые получали стандартную системную терапию (глюкокортикоиды, антиоксиданты, препараты, улучшающие реологические свойства крови, ноотропы – внутривенно, витамины группы В – внутримышечно). Лечение проводили в течение 10 дней.

С первых дней лечения у пациентов с ОСНТ первой группы, которым проводилась интратимпанальная гормональная терапия, улучшение было в среднем на 10 дБ больше по всем частотам, чем у пациентов из второй группы, которых лечили традиционным способом. Таким образом, через 1 месяцев после начала терапии наибольшая эффективность лечения наблюдалась в группе пациентов, получавших стероиды, по сравнению с группой пациентов, получавших стандартную терапию. Кроме того, в первой группе было 2 пациента с полным восстановлением слуха.

Длительность лечения системными стероидами ограничена из-за их побочных эффектов. В нашем исследовании никаких серьезных побочных эффектов, связанных с системным введением стероидов не наблюдалось. 2 больных во второй группе жаловались на усиление звона в ушах, которое прошло после окончания терапии. Каких либо системных побочных эффектов, связанных с интратимпанальным применением стероидов, замечено не было.

Выводы

Предложенный метод лечения острой сенсоневральной тугоухости является безопасным неинвазивным методом. В дополнении к традиционной терапии он позволяет сократить временные, про-



изводственные затраты, повысить эффективность лечения, а также исключить развитие побочных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнян А. Г. Улитковая тугоухость: иммунологические аспекты диагностики, лечения и профилактики: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Ереван, 1997. – 39 с.
2. Беличева Э. Г. Острая и внезапная сенсоневральная тугоухость: этиология, клиника, диагностика, эффективность ранней этиопатогенетической терапии: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 2008. – 41 с.
3. Золотова Т. В. Дифференциальный подход к лечению сенсоневральной тугоухости: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2004. 41 с.
4. Косяков С. Я., Атанесян А. Г. Интратимпанальное введение стероидов в лечении острой сенсоневральной тугоухости // Вестн. оторинолар. – 2006. – № 5. – Прил. – С. 158–159.
5. Сичкарева Т. А., Вишняков В. В., Кутепов Д. Е. Перспективные методы лечения сенсоневральной тугоухости // Там же. – 2007. – № 5. – Прил. – С. 121–122.
6. Adverse effects of glucocorticoid therapy for inner ear disorders / J. R. Garcia-Berrocal [et al.] // J. Otorhinolaryngol Relat. Spec. 2008. – Vol. 70, N 4. – P. 271–274.

Швецова Мария Владимировна – врач-оториноларинголог клиники оториноларингологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6 лит. П; тел.: 8-911-027-97-73; e-mail: maria_shvetsova@mail.ru.

УДК: 616.28-008.14-072.7:616-007.288

ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ АУДИОМЕТРИЯ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ЖАЛОБАМИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А. Ю. Шидловский

HIGH-FREQUENCY AUDIOMETRY IN RELATION TO COMPLAINTS IN THE EARLY DIAGNOSIS SENSORINEURAL HEARING LOSS IN PATIENTS WITH EARLY MANIFESTATIONS OF VERTEBROBASILAR VASCULAR INSUFFICIENCY

A. U. Shidlovsky

*ГУ ВПО «Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца», Киев, Украина
(Зав. каф. оториноларингологии – засл. деятель науки и техники Украины, проф. Ю. В. Митин)
ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко НАМН Украины», Киев
(Директор – акад. НАМН Украины, проф. Д. И. Заболотный)*

Приведены результаты исследования 75 больных с начальными проявлениями вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточности (ВБСН). У 45,3% из них выявлено нарушение слуха на тоны в области 9–16 кГц при их нормальном восприятии на частотах 0,125–8 кГц (1-я группа), но только 11,8% из них жаловались на снижение слуха. Однако почти всех больных (97,1%) беспокоили постоянная или периодическая тяжесть в области затылка, 79,4% – головокружение, 76,5% – субъективный шум в ушах. У 54,7% больных (2-я группа) нарушение слуха на тоны выявлено как в конвенциональном, так и в расширенном диапазоне частот. Все больные этой группы жаловались на снижение слуха. У таких больных целесообразно исключить начальные проявления ВБСН. Кроме того, если больные не имеют жалоб на снижение слуха, но отмечают постоянную или периодическую тяжесть в области затылка, головокружение, то им целесообразно исследовать слух на тоны в высокочастотной области. Полученные данные важны при ранней диагностике слуховых расстройств, а также при проведении лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, диагностика, высокочастотная аудиометрия, вертебрально-базиллярная сосудистая недостаточность.

Библиография: 9 источников.