



Выводы:

1. Экссудативный средний отит и латентный средний отит являются синонимами, так как представляют собой не что иное, как современное течение острого среднего отита.
2. Нет необходимости выделять их как самостоятельные заболевания, так как и причины, и патогенез, и тем более методы их лечения одинаковы.
3. Предлагаем назвать современное течение острого среднего отита как – латентный аперфоративный средний отит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д. Патологическая физиология: Учебник для медицинских вузов /А. Д. Адо. – М.: Триада-Х, 2002. – С. 273–281.
2. Бобошко М. Ю. Слуховая труба / М. Ю. Бобошко, А. И. Лопотко. – СПб.: СпецЛит, 2003. – 360 с.
3. Богомильский М. Р. Детская оториноларингология: Учебник для вузов / М. Р. Богомильский, В. Р. Чистякова. – М. – 2001. – С. 87–93.
4. Будяков С. В. Комплексное лечение экссудативного среднего отита при патологии носоглотки, полости носа и околоносовых пазух: Автореф. дис... канд. мед. наук /С. В. Будяков. – Курск, 2002. – 28 с.
5. Бурмистрова Т. В. Современные этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита / Т. В. Бурмистрова // Рос. оторинолар. – 2004. – №1(8). – С. 25–28.
6. Гаращенко Т. И. Состояние слуховой трубы у детей с экссудативным и рецидивирующим средним отитом / Т. И. Гаращенко. Мат. XV Съезда оториноларингологов России. – СПб, 1995. – Т. 1. – С. 454–459.
7. Дмитриев Н. С. Экссудативный средний отит у детей (патогенетический подход к лечению): Метод. рекомендации /Н. С. Дмитриев, Н. А. Милешина, Л. И. Колесова. – М., 1996. – 22 с.
8. Енин И. В. О взаимосвязи морфологических и функциональных изменений при острых средних отитах / И. В. Енин // Рос. оторинолар. – 2008. – №5(36). – С. 37 – 41.
9. Значение цитологического исследования экссудата барабанной полости в диагностике и лечении экссудативного среднего отита / С. З. Пискунов, Ф. Н. Завьялов, А. В. Салихов и др. // Там же. – С. 122–129.
10. Лебедев Ю. А. Секреторный средний отит и его хирургическое лечение: Уч.-метод. пособие /Ю. А. Лебедев. – Нижегородская гос. мед. акад., 2000. – 20 с.
11. Преображенский Н. А. Экссудативный средний отит /Н. А. Преображенский, И. И. Гольдман, – М: Медицина, 1987. – 192 с.
12. Стратиева О. В. Экссудативный средний отит: причины, диагностика, лечение /О. В. Стратиева, А. А. Ланцов, Н. А. Арефьева. – Уфа: Башкирский гос. мед. ун-т. 1998. – 322 с.
13. Терещина М. Г. Особенности течения экссудативного среднего отита на фоне персистирующего аллергического ринита /М. Г. Терещина, Н. Б. Скребнева, С. А. Павленко. Мат. XVII съезда оториноларингологов России. СПб. – «РИА-АМИ». – 2006. – С. 345–346.
14. Тихомирова И. А. Анализ факторов развития секреторного отита у детей/И. А. Тихомирова. Мат. V Всерос. науч.-практ. конф. «Наука и практика в оториноларингологии». М. – 2006. – С. 125–127.

УДК: 616. 28–008. 14–053. 2–08–039. 73

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

О. В. Пуга, Э. Т. Гапоева

ГОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия ОГМА

Росздрава, г. Владикавказ

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Георгиади)

Сенсоневральная тугоухость (СНТ) – полиэтиологическое заболевание, наиболее частыми причинами, которого оказываются инфекция, интоксикация, сосудистые процессы, травмы, а также возрастные изменения организма, что является самой частой причиной поражения слуха. 1–6% населения земного шара страдает выраженной тугоухостью. Лечение сенсоневральной тугоухости обусловлено тем, что заболевание встречается во всех возрастных группах, включая детский возраст. [2].



В зависимости от течения различают острую и хроническую сенсоневральную тугоухость. Заболевание характеризуется прогрессирующим понижением слуха по типу нарушения звуковосприятия, наличием шума в ушах, заложенности в ушах.

Диагностика СНТ основывается на тщательно собранном анамнезе и клинических данных.

Целью нашего исследования явился сравнительный анализ лечения детей хронической СНТ.

Материал и методы. Под нашим наблюдением и лечением находилось 45 детей в возрасте от 4 до 17 лет: 27 мальчиков и 18 девочек. Все больные обследованы: общий анализ крови и мочи, аудиологическое исследование. При акустическом обследовании выявлено:

- с I степенью тугоухости 17 детей – 9 мальчиков и 8 девочек,
- со II ст. – 13 человек – 6 мальчиков и 7 девочек,
- с III ст. – 9 детей: 5 девочек и 4 мальчика,
- IV ст – 6 человек: 2 мальчика и 3 девочки с двусторонним поражением и 1 мальчик с односторонним поражением.

В анамнезе ХСНТ – перенесенный гнойный средний отит, инфекционные заболевания: грипп, рецидивирующий ринит и поздняя обращаемость в ЛПУ, не с чем не связанная со слов родителей. Сопутствующая патология: тубоотит у 9 детей, дисфункция слуховых труб – 6 пациентов, хронический гнойный средний отит – у 8 больных, двусторонний экссудативный средний отит – у 5 детей, вегето-сосудистая дистония по гипертоническому типу – 9 подростков.

Лечение детей хронической сенсоневральной тугоухости помимо стандартной тактики лечения (санация полости носа, в\м витамины В₁ и В₆ по 1,0 мл в чередовании, АТФ 1,0 в/м №10, заушные блокады с прозеринумом и новокаином 2% №7 и в/в введение трентала 3,0 на физиологическом растворе 0,9% – 200,0мл №5 детям в возрасте от 12 до 17 лет, проводился пневмомассаж барабанных перепонок, продувание по Политцеру, катетеризация слуховых труб с лидазой и химотрипсином через день (при сопутствующей патологии тубоотит и дисфункции слуховых труб) были разделены на 2 группы.

Первую группу детей в возрасте 8–17 лет пролечили по методике, разработанной на кафедре ЛОР болезней СОГМА синтетическим лей-энкефалином даларгином в биологически активные точки (БАТ) – 10 дней [5].

Даларгин (бета-эндорфин) – синтетический аналог природного лей-энкефалина, относящийся к опиоидным нейропептидам. Обладает регенераторными и цитопротекторными свойствами, улучшает центральную гемодинамику и микроциркуляцию, иммуномодулирующей активностью, обладает высокой электрофоретической подвижностью. [1,4].

Второй группе проводили лечение с использованием с озono-кислородной смеси. Концентрация озона 5 мг/л. Курс лечения – 10 дней.

Озон – аллотропная модификация кислорода, бесцветный газ с характерным запахом. Оказывает противогипоксическое, дезинтоксикационное, бактерицидное, вирусоцидное, фунгицидное, иммуномодулирующее воздействие, обладает хорошей переносимостью и практически не имеет побочных эффектов.

Озон восстанавливает кислородный транспорт, высвобождает кислород, нормализует обмен веществ, гормональный фон, снимает интоксикацию, расширяет сосуды, улучшает микроциркуляцию [3].

В результате проведенного лечения по выше указанной методике, разработанной на кафедре ЛОР болезней СОГМА: улучшение слуховой функции, повышение разборчивости речи, снижение заложенности в ушах при наличии кондуктивного компонента тугоухости, улучшение общего состояния отмечалось у 29 детей с хронической сенсоневральной тугоухостью:

- с I степенью у 13 детей (29%) - с улучшением слуха на 25дБ;
- со II-ой степенью тугоухости улучшение слуха на 20 дБ наступило у 11-ти детей (24%);
- у 5 детей (11%) с III-ей степенью тугоухости слух улучшился на 15 дБ.

При применении озono-кислородной смеси отмечалось улучшение общего состояния, снижение заложенности в ушах.

Использование синтетического лей-энкефалина – даларгина и газообразного озона при лечении сенсоневральной тугоухости не вызывало сенсбилизации и не имело побочных эффектов.



У остальных 16 детей (36%) по данным аудиометрии улучшения слуха не отмечено. На повторный курс лечения обращалось 9 детей.

Выводы:

1. Применение методики, разработанной на кафедре ЛОР болезней СОГМА с использованием синтетического лей-энкефалина даларгина, вводимого в биологически активные точки в комплексном лечении хронической сенсоневральной тугоухости оказалось более эффективным у детей с I-ой, II-ой и III-ей степенями тугоухости.
2. При применении озono-кислородной смеси отмечалось улучшение общего состояния, снижение заложенности в ушах.
3. Использование синтетического лей-энкефалина – даларгина и газообразного озона при лечении сенсоневральной тугоухости не вызывало сенсибилизации и не имело побочных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бриль Г. Е. К анализу рецепторных механизмов антигипоксического действия даларгина / Г. Е. Бриль, Л. А. Мартынов. Применение малых регуляторных пептидов в анестезиологии и интенсивной терапии: Мат. Всесоюз. симпозиума, – М, 1991. С 59–60
2. Голубовский О. А. Возможности применения стволовых клеток при дегенеративно-деструктивных нарушениях структур внутреннего уха. /О. А. Голубовский, В. Н. Зеленкова. Мат. V науч.-практ. конф. оториноларингологов. С. 150.
3. Конторщикова К. Н. Озонотерапия: биологические механизмы эффективности /К. Н. Конторщикова// Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2004. – №3. – С. 23–30.
4. Особенности фармакодинамики даларгина при различных способах введения/ Н. П. Булгак, С. С. Солдатченко, Л. В. Дударь и др. Применение малых регуляторных пептидов в анестезиологии и интенсивной терапии: Мат. Всесоюз. симпозиума, – М., 1991. С 62–64 – Патент РФ №2106854 от 20.03.98. Э. Т. Гаппоева. Способ лечения больных нейросенсорной тугоухостью в остром и хроническом периодах

УДК: 616. 28–008. 14:613. 164:616. 001. 34

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ШУМОВОЙ ТУГОУХОСТИ У РАБОЧИХ ГАЗОПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА

И. В. Райцелис

ООО «Клиника промышленной медицины «Оренбурггазпром», г. Оренбург
(Главный врач – канд. мед. наук С. С. Макшанцев)

В последние десятилетия в связи с бурным развитием техники, сопровождающимся постоянным увеличением мощности и производительности машин, скорости их рабочих органов, шум на рабочих местах постоянно возрастает на 1,3 дБ в год и во многих случаях значительно превышает допустимые нормы.

Избыточный промышленный шум вредно воздействует на состояние здоровья работающих, способствует более быстрому развитию утомления, что, в свою очередь, ведет к снижению производительности и качества труда, повышению общей и профессиональной заболеваемости и травматизма, поэтому борьба с шумом имеет важное социально-экономическое значение [1, 2]. По данным ВОЗ (2004 г.) профессиональная тугоухость занимает второе место в списке профессиональных заболеваний [4]. В РФ ежегодно увеличивается количество выявляемых больных с сенсоневральной тугоухостью и составляет в среднем за год более 1600 человек. Несмотря на отсутствие информации о численности всего имеющегося на сегодня контингента больных с профессиональными заболеваниями, можно с незначительным отклонением от истинного значения утверждать, что количество больных с сенсоневральной тугоухостью составляет более 50 тыс. человек [3]. Частота выявления шумовой тугоухости, включая признаки воздействия шума, составляет 74,0% у рабочих рудников, 61,2% – у шах-