



ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А. Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А. Е. Белоусов. СПб.: Гиппократ, 1998. – С. 38–114.
2. Забиров Р. А. Результаты хирургического лечения больных хроническим мезотимпанитом / Р. А. Забиров, Р. Р. Рахматуллин // Иероглиф. – 2000. – Вып. 14. – С. 15–16.
3. Заживление посттравматического дефекта барабанной перепонки методом трансплантации аллофибробластов человека. / В. Т. Пальчун, Н. Л. Кунельская, Л. А. Лучихин и др. Пособие для врачей – М., 2003. – 20 с.
4. Мишенькин Н. В. Вопросы клиники, диагностики и лечения хронических отитов: учебно-методическое пособие / Н. В. Мишенькин. – Омск, 1979. – 87 с.
5. Пальчун В. Т. Итоги и ближайшие задачи Российской оториноларингологии – программный доклад / В. Т. Пальчун. Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии: Мат. IV общерос. ежегодной конф. – М., 2005. – С. 14–18.
6. Пятакина О. К. Сравнительная оценка аутоототрансплантатов при пластических закрытиях сухих дефектов барабанной перепонки / О. К. Пятакина, В. П. Рябина // Вестн. оторинолар. – 1975. – №3. – С. 30–34.
7. Петрова, Л. Г. Варианты мирингопластики / Л. Г. Петрова. – Ленинград, 1989. – 18 с.
8. Яшан, И. А. Эндомеатальная тимпаноластика / И. А. Яшан. – Киев: Здоров'я, 1982. – 96 с.
9. Secondary neotympanic membrane and total ossicular chain reconstruction. A preliminary report / V. K. Misurya, M. V. Kirtane, K. R. Gutpa et al. // Arch Otolaryngol. – 2004. – Bd. 106. – P. 557–559.

УДК: 616. 28–008. 14: 616. 833. 1–001

О ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

Н. В. Дятлова, Н. С. Загайнова

*ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрав,
г. Екатеринбург*

*МУ Центральная городская клиническая больница №23, г. Екатеринбурга
(Главный врач – засл. врач РФ, канд. мед. наук П. В. Елфимов)*

По данным современной литературы, распространенность черепно-мозговой травмы составляет более 200 случаев на 100 тыс. населения в год [6]. В практике выделяют закрытую и открытую черепно-мозговую травму; в мирное время врачи чаще сталкиваются с закрытой черепно-мозговой травмой.

Черепно-мозговая травма – это собирательное понятие, включающее в себя различные виды повреждений головного мозга и черепной коробки. В остром периоде черепно-мозговой травмы в веществе мозга возникает диффузный отек (диффузное аксональное повреждение), что ведет к гипоксии мозга. По степени нарушения сознания выделяют легкую, среднюю и тяжелую черепно-мозговую травму [1–4].

Клиническая картина складывается из общемозговой и очаговой неврологической симптоматики (потеря сознания, головокружение, тошнота, рвота, головная боль, лабильность артериального давления, гипер- или гипосаливация, потливость и т. д.) При обследовании больных встречаются жалобы на снижение слуха, выделения из уха, головокружение. Часто при исследовании выявляется перелом пирамиды височной кости (отолитворея, данные КТ исследований). Здесь важно вовремя оценить состояние слухового анализатора, выявить степень потери слуха на пораженное ухо, ведь при несвоевременном оказании помощи потеря слуха необратима.

Цель нашей работы – оценить действие комбинированной терапии пациентов с посттравматической нейросенсорной тугоухостью, которая сочетала в себе транстимпанальное введение дексаметазона на фоне сосудистой и метаболической терапии, с традиционным лечением нейросенсорной тугоухости.

Материал и методы. Под нашим наблюдением за 2007–2008 годы находились 53 пациента с острой посттравматической нейросенсорной тугоухостью на фоне черепно-мозговой травмы легкой и средней степени тяжести; из них 49 мужчин и 4 женщины. Средний возраст пациен-



тов составил 38,5 лет. При поступлении в стационар пациенты жаловались на потерю сознания от нескольких минут до часа, головную боль диффузного характера, тошноту, рвоту, головокружение, снижение слуха, выделения из уха. Всем больным при поступлении выполнялись общеклинические исследования, осмотр ЛОР-органов, КТ- или МРТ головного мозга, тональная аудиометрия, вестибулярный паспорт, стабилометрия, консультация нейрохирурга. Продолжный перелом пирамиды височной кости выявлен у 15 больных, односторонняя перфорация барабанной перепонки наблюдалась у 28 человек, гематипанум у 5 человек, отоликворея у 7 человек, Одностороннее снижение слуха отмечалось у 47 человек, снижение слуха на оба уха у 6 пациентов. При аудиометрии у 33 больных выявлена смешанная тугоухость II и III степени, у 20 – сенсоневральная тугоухость I и II степени. ФУНГ был выявлен у 4 пациентов. Спонтанный нистагм отмечался у 13 больных. Стабилометрические исследования выявляли снижение функции равновесия динамического характера.

Больные с черепномозговой травмой средней степени тяжести были госпитализированы в нейрохирургическое отделение, с дальнейшим переводом в ЛОР-отделение; остальные непосредственно в ЛОР-отделение. Все пациенты по методу лечения были разделены на две группы.

В первой группе больные получали традиционное лечение нейросенсорной тугоухости (сосудистое, метаболическое, стимулирующая терапия). Во второй группе больным дополнительно проводилась транстимпанальное введение дексаметазона по 4 мг через сутки (3–5 инъекций).

После курса лечения выявлены следующие результаты:

- Регресс общемозговой и очаговой неврологической симптоматики наблюдался у 49 человек, у 4 человек – улучшение.
- Улучшение функций статического и динамического равновесия наступило у 47 человек.
- Спонтанное закрытие перфорации барабанной перепонки произошло у 14 человек.
- Спонтанное прекращение отоликвореи наступило у 6 пациентов из 7, в одном случае было проведено с помощью нейрохирургов внутриперитонеальное шунтирование.
- По данным аудиометрических исследований улучшение слуха наступило у 47 пациентов, остался на том же уровне у 4-х, ухудшение наступило у 3 пациентов.
- У больных второй группы, которые транстимпанально получали дексаметазон, улучшение слуха наступало в более ранние сроки.

Выводы:

1. *В структуре посттравматической нейросенсорной тугоухости преобладают лица мужского пола трудоспособного возраста (38,5 л).*
2. *Большинство посттравматических перфораций барабанной перепонки закрываются самостоятельно.*
3. *Транстимпанальное введение дексаметазона уменьшает травматический отек периневрия, что активизирует восстановительные процессы.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев Г. М. Руководство для клинических ординаторов и интернов «Принципы неотложной помощи в оториноларингологии». /Г. М. Григорьев. УГМА, г. Екатеринбург, 2000, С. 48–49.
2. Горохов А. А. Отонейрохирургия; руководство для врачей. /А. А. Горохов. СПб: «Питер», 2000, С. 40–48.
3. Овчинников Ю. М. Введение в отоневрологию: учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений / Ю. М. Овчинников, С. В. Морозова – М.: Издательский центр «Академия», 2006. С 140–144.
4. Романова Ж. Г. Тактика врача-оториноларинголога при свежих повреждениях барабанной перепонки. / Ж. Г. Романова. Мат. Рос. конф. оториноларингологов. М.: 2002. – С. 118–119.
5. Пальчун В. Т. Принципы лечения острой нейросенсорной тугоухости. /В. Т. Пальчун, И. В. Иванец. Там же. С. 159–160.
6. Яхно Н. Н. Частная неврология: Учебное пособие для студентов медицинских вузов. / Н. Н. Яхно, В. А. Парфёнов. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. С. 108–118.