

**Выводы:**

1. Необходимо рассматривать хронический персистирующий аденоидит как полиэтиологическое заболевание.
2. К факторам риска персистенции аденоидов необходимо отнести сопутствующую патологию: нейроциркуляторную дистонию, вторичный иммунодефицит и аллергическую риносинусопатию.
3. Предрасполагающим фоном для персистенции аденоидов является внутриклеточная атипичная инфекция и кишечный дисбактериоз.
4. На сегодняшний день не существует достоверной методики диагностики персистенции аденоидов.
5. Учитывая мультифакториальную природу персистенции носоглоточной миндалины, следует подходить к лечению данной патологии комплексно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быкова В. П. Миндалины и аденоиды. IV международный симпозиум в Генте (Бельгия) 2–3. 11. 1999г. /В. П. Быкова, Г. З. Пискунов // Рос. ринология, 2000. – № 1. – 43–45 с.
2. Волков А. Г. Воспаление и гипертрофия глоточной миндалины у взрослых /А. Г. Волков, Е. В. Химичева, А. М. Уракчеева. // Там же – 1999. – № 2. – 4–8 с.
3. Гаращенко Т. И. Гомеопатические препараты в лечении патологии носоглотки, дисфункции слуховой трубы и некоторых заболеваний уха, сопряженных с ней / Т. И. Гаращенко, Л. И. Ильенко, Т. Н. Смирнова // Новости оторинолар. и логопатол.. // 1998. – № 2. – 47–50 с.
4. Давыдова А. Г. Клинико–иммунологическое обоснование применения Биоселена в лечении хронических аденоидитов у детей с вторичным иммунодефицитом /А. Г. Давыдова, Т. В. Золотова. // Рос. ринология. – 1999 – № 1. – 80 с.
5. Самоткин М. Б. Вегетативный статус у детей с гиперплазией глоточной миндалины / М. Б. Самоткин // Новости оторинолар. и логопатол. – 1999. – № 1. – 71–74 с.
6. Калинин О. В. Хронический аденоидит и гемодинамические нарушения у детей / О. В. Калинин, Г. М. Портенко, С. Ф. Гусаев. Тезисы докл. Научн. –практ. конф. «Вопросы первичной и вторичной профилактики заболеваний в Тверской области». – Тверь, 1999. – 103 с.
7. Пискунов Г. З. Современное состояние научной и практической оториноларингологии / Г. З. Пискунов Сб. «Актуальные проблемы оториноларингологии». – М., 1997. – 110–117 с.

УДК: 616. 28-008. 14-07

**ВАСКУЛЯРНАЯ КОМПРЕССИЯ ПРЕДДВЕРНО-УЛИТКОВОГО НЕРВА:
СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОЙ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИЙ****Ф. А. Сыроежкин***Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова**(Начальник каф. отоларингологии – засл. врач РФ, проф. М. И. Говорун)*

Несмотря на давность исследования слуховых и вестибулярных нарушений актуальность изучения их диагностики и лечения сохраняется и в наши дни. Так, по данным ВОЗ, патологией слуха, затрудняющей общение, страдает от 4 до 6% населения. Также в последнее время отмечается рост числа больных с различными вестибулярными нарушениями [1].

Слуховые и вестибулярные расстройства обуславливают снижение качества жизни, а головокружение и нарушение равновесия бывают настолько выражены, что больные оказываются длительно нетрудоспособными.

Как показывают медико-статистические сведения, проблема борьбы с тугоухостью и вестибулярными нарушениями как в теоретическом, так и в практическом аспектах еще далека от своего разрешения. Одним из направлений в решении этих вопросов является выявление конкретных этиологических факторов и отдельных нозологических форм как причин после-



дующих кохлеовестибулярных нарушений [15]. Так, широкое распространение получили представления о перилимфатических фистулах, как причинах идиопатической тугоухости и вестибулярных расстройств, об эффективном лечении которых сообщается во многих исследованиях [2, 4].

В последнее время установлено, что определённую роль в развитии слуховых и вестибулярных нарушений играет фактор васкулярной компрессии преддверно-улиткового нерва (ВКПУН). Сосудистая аномалия в области мосто-мозжечкового угла (ММУ) посредством плотного контакта или постоянной пульсации при определенных условиях оказывает патологическое воздействие на нерв, вызывая процессы демиелинизации в оболочках нерва и развитие эндоневрального фиброза, что обуславливает различные слуховые и вестибулярные нарушения.

Актуальность исследования этой проблемы подчёркивается многими авторами [4, 6, 7, 9, 11, 13, 14]. Это обусловлено тем, что, с одной стороны, остается нерешенной проблема диагностики этой патологии в связи с множеством противоречий в трактовке клинических данных [3, 11]. С другой стороны, в некоторых работах сообщается о высокой эффективности лечения слуховых и вестибулярных расстройств, возникающих при ВКПУН [8, 10, 12]. Последнее, безусловно, вносит значительную долю оптимизма в перспективы решения проблем лечения кохлеовестибулярных нарушений и, вместе с тем, требует повышения эффективности диагностики патологии, их вызывающей.

С целью определения значимости признаков нарушения слуховой и вестибулярной функций в диагностике ВКПУН была проанализирована частота встречаемости этой патологии как этиологического фактора слуховых и вестибулярных нарушений, изучены особенности клинических проявлений, слуховых и вестибулярных нарушений, характерные для ВКПУН.

Для достижения поставленной цели на начальном этапе было обследовано 240 человек, обратившихся за медицинской помощью по поводу слуховых и вестибулярных нарушений в клиники оториноларингологии, нервных болезней и нейрохирургии Военно-медицинской академии и их клинические базы.

На последующем этапе на основании изучения данных медицинской документации и данных стандартного отоларингологического осмотра из исследования были исключены пациенты с конкретной причиной заболевания и установленным диагнозом (патология среднего уха, кохлеопатии и вестибулопатии вследствие травмы, воздействия ототоксических препаратов, после перенесенных инфекционных заболеваний и др.), всего 157 человек.

Таким образом, по разработанному нами комплексу диагностических исследований было обследовано 83 пациента с неясным или неуточненным диагнозом, у части которых предполагалось наличие ВКПУН.

Диагностический комплекс предусматривал исследование слуховой и вестибулярной функций (включающее, помимо традиционных методов, акустическую рефлексометрию (АР), исследование коротколатентных вызванных потенциалов (КСВП), видеонистагмографию, компьютерную стабилографию), а также отоневрологическое исследование для оценки функционального состояния других черепных нервов. Всем пациентам проводилась магниторезонансная томография (МРТ) головного мозга, позволяющее визуализировать нервно-сосудистые взаимоотношения области ММУ.

На основании данных комплексного обследования была выделена группа больных с верифицированной васкулярной компрессией преддверно-улиткового нерва, которую составили 12 человек. Таким образом, было установлено, что в 5% случаев причиной слуховых и вестибулярных нарушений является васкулярная компрессия преддверно-улиткового нерва.

Остальные больные были распределены на группы сравнения, в соответствии с установленными диагнозами. Структура обследованных больных отражена в таблице 1.



Структура обследованных больных

Группа	Диагноз	Количество больных	
		абсолютное	%
I	Васкулярная компрессия преддверно-улиткового нерва	12	14,5
II	Идиопатическая кохлеопатия (острая, хроническая)	24	28,9
III	Вертебрально-базилярная сосудистая недостаточность	23	27,6
IV	Патология мосто-мозжечкового угла (невринома ПУН, арахноидит ММУ)	13	15,7
V	Перилимфатическая фистула лабиринта	11	13,3

Анализ жалоб, данных анамнеза и общесоматического состояния обследованных позволил выделить признаки, наиболее характерные для васкулярной компрессии преддверно-улиткового нерва. Таковыми являются:

- внезапное начало заболевания,
- односторонность слуховых нарушений,
- кратковременность головокружения,
- пульсирующий ушной шум,
- наличие сопутствующих признаков лицевой нейропатии.

Распределение жалоб больных по группам представлено на рисунке 1.

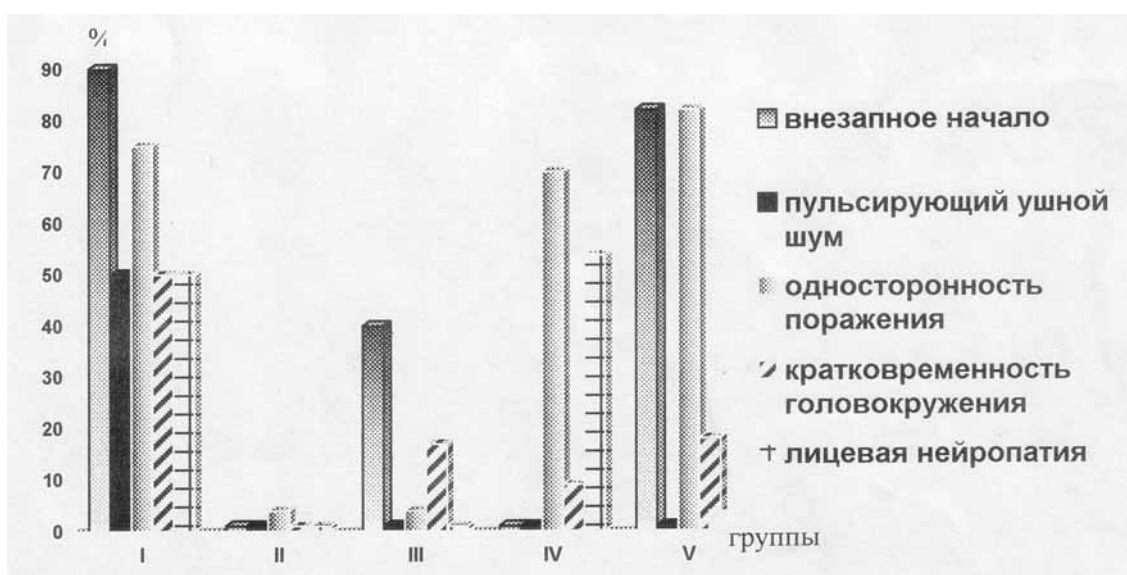


Рис. 1. Распределение жалоб обследованных больных по группам

Анализ аудиологических характеристик обследованных позволил выделить следующие признаки: нарушение слуха, соответствующие ретрокохлеарному уровню поражения (перцептивный тип тугоухости, отсутствие ФУНГ), данные АР (сокращение времени полураспада акустического рефлекса, уменьшение его амплитуды, диагональный тип выпадения акустического рефлекса) и данные исследования КСВП (удлинение I–III ипсилатерального и II–V контрлатерального межпиковых интервалов). Распределение аудиологических характеристик обследованных больных отображено на рисунке 2.

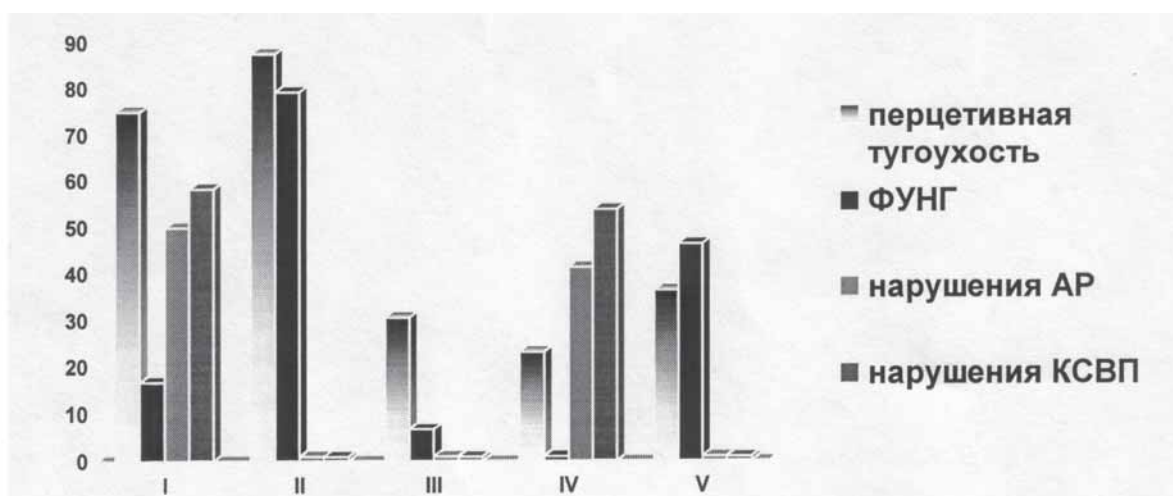


Рис. 2. Распределение аудиологических характеристик обследованных больных

Анализ основных характеристик вестибулярной функции обследованных позволил выделить следующие признаки:

- наличие спонтанного и/или позиционного нистагмов,
 - данные битермальной калорической пробы (асимметрия возбудимости лабиринтов),
 - данные стабилотрии (увеличение скорости длины и площади статокинезиограммы).
- Распределение основных характеристик вестибулярной функции отображено на рисунке 3.

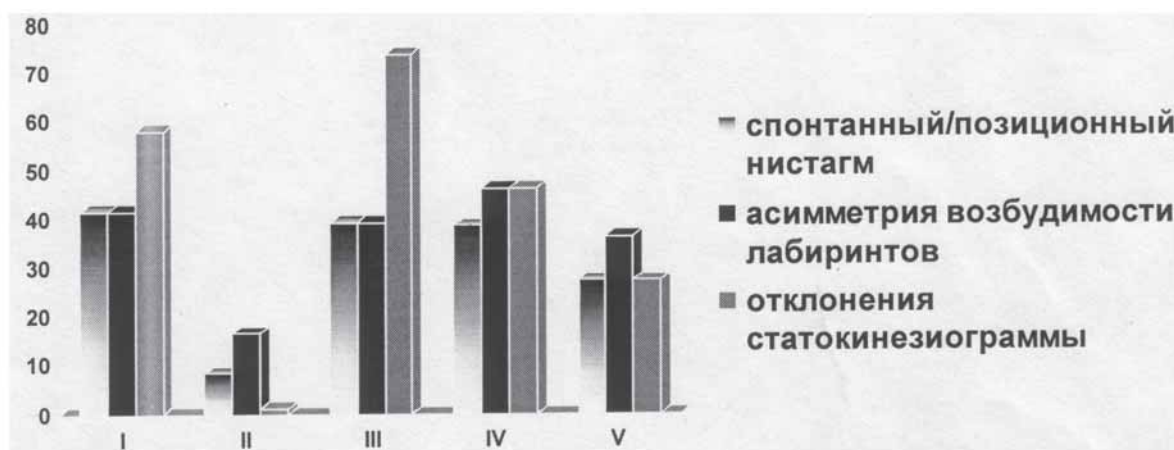


Рис. 3. Распределение основных характеристик вестибулярной функции

Основным методом, позволяющим установить окончательный диагноз, явилось МРТ-исследование в режимах T2 FSE, 3D-SPGR 3D-TOF. Эти режимы позволяют получать тонкие срезы (толщиной 1 мм) с контрастным усилением сосудов препаратами гадолиния (парамагнетики «Магневист» и «Омнискан»).



Таким образом, проведенное исследование позволило сделать ряд выводов.

Выводы:

1. Слуховые и вестибулярные нарушения в 5% случаев являются проявлением васкулярной компрессии преддверно-улиткового нерва.
2. Для васкулярной компрессии преддверно-улиткового нерва характерны односторонность поражения, внезапное начало слуховых и вестибулярных нарушений и пароксизмальность клинических проявлений.
3. Слуховые нарушения при васкулярной компрессии преддверно-улиткового нерва проявляются пульсирующим ушным шумом и снижением слуха, характерным для ретрокохлеарного уровня поражения.
4. Вестибулярные нарушения при васкулярной компрессии преддверно-улиткового нерва характеризуются кратковременными приступами головокружения, нарушениями равновесия и походки, наличием спонтанного и/или позиционного нистагма, асимметрией возбудимости лабиринтов «по стороне», нарушениями основных показателей в статическом стабиллографическом тесте.
5. Сопутствующие преходящие нарушения функции лицевого нерва являются косвенными признаками васкулярной компрессии преддверно-улиткового нерва.
6. МРТ-исследование мосто-мозжечковых углов в режимах T2 FSE, 3D-SPGR 3D-TOF является высокоинформативным методом диагностики васкулярной компрессии преддверно-улиткового нерва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базаров В. Г. Распространенность патологии вестибулярного аппарата среди больных, обращающихся в консультативную поликлинику / В. Г. Базаров, Л. А. Савчук // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1986. – № 2. – С. 40 – 42.
2. Пятакина О. К. Перилимфатические фистулы лабиринта / О. К. Пятакина, Ю. К. Янов, В. И. Егоров. – М., Наука – 2000. – 154 с.
3. Bergsneider M. Vascular compression of the vestibular nerve: A critical analysis / M. Bergsneider, D. P. Becker // Otolaryngolog. head neck surg. – 1995. – vol. 112. – P. 118–124
4. Blood patch therapy of the perilymphatic fistulas – an experimental study / T. Shinohara, K. Gyo, S. Murakami, N. Yanagihara [et al] // Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. – 1996. – vol. 99, N 8. – P. 1104 – 1109.
5. De Ridder D. Functional anatomy of the human cochlear nerve and its role in microvascular decompressions for tinnitus / D. De Ridder, H. Ryu, A. R. Moller // Neurosurgery. – 2004. – № 54 (2). – P. 381–383.
6. De Ridder D. Is the root entry/exit zone important in microvascular compression? / D. De Ridder, V. A. Cornelisson, M. Moller // Neurosurgery. – 2002. – N 51. – P. 427 – 534.
7. Jannetta P. J. Disabling positional vertigo / P. J. Jannetta, M. B. Moller, A. R. Moller // N. Engl. J. Med. – 1984. – vol. 28, N 3. – P. 1700 – 1705.
8. Jannetta P. J. Outcome after microvascular decompression for typical trigeminal neuralgia, hemifacial spasm, tinnitus, disabling positional vertigo, and glossopharyngeal neuralgia (honored guest lecture) / P. J. Jannetta // Clin. Neurosurg. – 1997. – № 44. – P. 331 – 383
9. Moller M. B. Selection criteria and treatment of patients with disabling positional vertigo / M. B. Moller // Stereotact. Funct. Neurosurg. – 1997. – № 68 (1–4 Pt 1). – P. 270 – 273.
10. Moller M. B. Vascular compression of the eighth cranial nerve as a cause of vertigo / M. B. Moller // Keio J. Med. – 1991. – № 40 (3). – P. 146–150
11. Ryu H. Neurovascular compression syndrome of the eighth cranial nerve. What are the most reliable diagnostic signs? / H. Ryu, S. Yamamoto, K. Sugiyama // Acta Neurochir (Wien). 1998. – 140 (12). – P. 1279–1286.
12. Ryu H. Neurovascular decompression of the eighth cranial nerve in patients with hemifacial spasm and incidental tinnitus: an alternative way to study tinnitus / H. Ryu, S. Yamamoto, K. Sugiyama // J. Neurosurg. – 1998. – № 88 (2) – P. 232–236
13. Schwaber M. K. Cochleovestibular nerve compression syndrome. I. Clinical features and audiovestibular findings / M. K. Schwaber, J. O. Hall // Laryngoscope. – 1992. – vol. 102, N 9. – P. 1020–1029
14. Schwaber M. K. Cochleovestibular nerve compression syndrome. II. Vestibular nerve histopathology and theory of pathophysiology / M. K. Schwaber, J. O. Hall // Laryngoscope. – 1992. – 102 (9). P. 1030–1036.
15. Steinert R. Horsturz heute – eine Übersicht / R. Steinert // H. N. O. – 1986. – vol. 34. – N 11. – S. 453 – 460.