

**Выводы:**

1. Проведенное нами комплексное обследование детей с различными формами аллергического ринита свидетельствует, что при различии в этиологии и патогенезе различных форм аллергического ринита, а также клинических проявлениях аллергии, установлены общие тенденции течения данного заболевания.
2. Для всех форм аллергического ринита характерна инфекционно-воспалительная реакция слизистой оболочки полости носа, одинаковая частота и характер нарушения вентиляции среднего уха. Независимо от клинического проявления аллергии треть тимпанограмм представлено типами «В» или «С».
3. В целом аллергический ринит нечасто сопровождается сформированным экссудатом в барабанной полости. Клинико-аудиологически двусторонний экссудативный процесс в среднем ухе был диагностирован у одного ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агранович В. И. Хронический экссудативный средний отит у часто болеющих детей / В. И. Агранович. Современные вопросы диагностики и реабилитации больных с тугоухостью и глухотой: Мат. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – М., 2006. – С. 16.
2. Альтман Я. А. Руководство по аудиологии / Я. А. Альтман, Г. А. Таварткиладзе. – М.: ДМК Пресс, 2003. – 359 с.
3. Богомилский М. Р. Воспалительные заболевания среднего уха в детском возрасте / М. Р. Богомилский. Мат. II конф. дет. оториноларингологов СССР – М., 1989. – С. 52–58.
4. Динамика слуховой функции при патологии глоточного устья слуховой трубы / Е. П. Баумане, В. И. Садовский, А. В. Черныш и др. / Актуальные проблемы оториноларингологии: Мат. III междунар. белорусско-польской конф. – Гродно, 2005. – С. 33–35.
5. Дисфункция слуховой трубы. Новые аспекты диагностики и лечения / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков, А. Б. Туровский и др. // Вестн. оторинолар. – 2000. – №4. – С. 5–10.
6. Методики исследования функционального состояния слуховой трубы: Лекции / Центральный институт усовершенствования врачей; В. С. Погосов, М. Б. Крук, В. Ф. Антонив и др. – М., 1987. – 27 с.
7. Assessment of the hearing organ in the patients with allergic perennial and seasonal allergic rhinitis / M. Rjzanska-Kudelska, B. Poludniewska, J. Biszewska et al. // Otolaryngol. Pol. – 2005. – Vol. 59, №1. – P. 97 – 100.
8. Evidence of allergic inflammation in the middle ear and nasopharynx in atypical children with otitis media with effusion / L. H. Nguyen, J. J. Manoukian, T. L. Tewfik et. al. / J. Otolaryngol. – 2004. – Vol. 33, №6. – P. 345–351.

УДК: 616. 28–008. 1–072. 6+616. 018. 2–007. 17–053. 4

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Н. В. Мещерякова, В. М. Моренко, Н. А. Федько

Ставропольская государственная медицинская академия

(Зав. каф. оториноларингологии ФПО – проф. И. П. Енин,

зав. каф. педиатрии лечебного и стоматологического ф-тов – проф. Н. А. Федько)

Формирование государственной политики охраны и укрепления здоровья населения является одной из приоритетных задач отечественной системы здравоохранения на современном этапе. В рамках национального приоритетного проекта «Здоровье» Правительством РФ разработана Федеральная целевая программа «Дети России», которой предусмотрена организация проведения массового аудиологического скрининга новорожденных в родильных домах и детских консультациях. Итог этой работы предусматривает создание национального сурдологического автоматизированного Регистра, который позволит получить объективную базу данных глухих и слабослышащих пациентов на всей территории РФ, определить потребность пациентов в слуховых аппаратах и кохлеарных имплантах, улучшить социальную реабилитацию инвалидов по слуху, их социальную интеграцию.



В последнее десятилетие возрос интерес к проблеме недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Первые признаки поражения соединительной ткани заметны уже при рождении: мышечная слабость, сложности при перевязке пупочного канатика, обусловленные повышенной кровоточивостью, «кожная форма» остатка пуповины, симптомы дисплазии тазобедренных суставов. Наличие у ребенка стигм дизэмбриогенеза, фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани должно насторожить специалиста в плане исследования состояния слуха у данного пациента. Широкое влияние неблагоприятных экзогенных воздействий и эндогенных факторов является пусковым механизмом развития этой сочетанной патологии.

Цель работы. Ранняя диагностика сенсоневральной тугоухости у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Задачи

1. Изучить частоту встречаемости поражения слухового нерва у детей Ставропольского края с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, в возрасте до 7 лет.
2. Изучить поло-возрастную характеристику данной группы пациентов.
3. Выявить наиболее часто встречающиеся фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани.
4. Проанализировать роль факторов риска в развитии тугоухости у детей с НДСТ.

Объект исследования. Детское население Ставропольского края – дети первых 7 лет жизни с сенсоневральной тугоухостью, на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

В исследование включено 165 детей Ставропольского края в возрасте до 7 лет, из них мальчиков – 96 (58,2%), девочек – 69 (41,8%). Все больные распределены в 4 возрастные группы, анализ которых по половому и возрастному составу приведен в таблице 1 и на рисунке 1.

Таблица 1

Половой и возрастной состав обследуемых детей (n=165)

Возрастная группа	Мальчики	Девочки	Всего	%
0-1 год	4	2	6	3,6
1-3 года	12	7	19	11,6
3-5 лет	24	14	38	23
5-7 лет	56	46	102	61,8
Всего	96	69	165	100

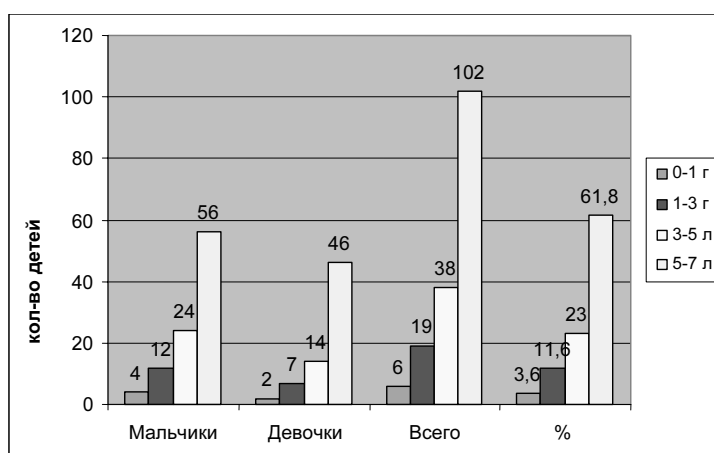


Рис. 1. Поло-возрастная характеристика пациентов



Распределение больных по территориальному признаку приведено в таблице 2.

Городских детей – 83 (50,3%), сельских – 82 (49,7%). По посещаемости нами выделены 3 группы, из них неорганизованных – 49 (29,8%), посещающих детские учреждения – 48 (29%), специализированные детские учреждения – 68 (41,2%).

По времени первого обращения – до 1 года обратились за помощью 34 (20,6%), в возрасте 1 года – 35 (21,2%), 2 года – 48 (29,1%), 3 года – 26 (15,8%), 4 года – 8 (4,9%), 5 лет – 6 (3,6%), 6 лет – 6 (3,6%), 7 – 2 (1,2%).

Таблица 2

Распределение больных по территориальному признаку (n=165)

Районы	Кол-во детей n=165	%
Александровский	1	0,6
Арзгирский	1	0,6
Буденновский	1	0,6
Грачевский	5	3
Изобильненский	10	6
Ипатовский	1	0,6
Курский	1	0,6
Левокумский	1	0,6
Минераловодский	36	21,9
Невинномысский	10	6
Нефтекумский	3	1,8
Новопавловский	8	4,8
Петровский	5	3
Предгорненский	3	1,8
Советский	7	4,2
Степновский	2	1,2
Труновский	8	4,9
Шпаковский	11	6,7
г. Ставрополь	51	31
Всего	165	100

Все дети разделены на 2 группы «А» – с признаками НДСТ и СНТ 82 чел. (49,75%), группа «В» 83 чел. (50,3%) – дети с СНТ без признаков НДСТ.

Для детей гр. «А» была разработана анкета, в которой учитывались факторы риска развития тугоухости и фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани. Учитывались следующие факторы риска развития тугоухости:

1. Наличие нарушений слуха у ближайших родственников.
2. Патология челюстно-лицевого скелета.
3. Инфекционные и вирусные заболевания матери в период беременности.
4. Гипербилирубинемия (содержание более 20 ммоль/л).
5. Пониженный вес при рождении (менее 1500 г).
6. Гипоксия и асфиксия новорожденного.
7. Токсикозы беременности.
8. Недоношенность.
9. Прием матерью во время беременности или ребенком ототоксических препаратов.
10. Гестационный возраст более 40 нед.
11. Проведение интенсивной терапии ребенку после рождения, искусственная вентиляция легких более 5 дней
12. Гемолитическая болезнь новорожденных.

Частота выявления факторов риска развития тугоухости у обследованных групп пациентов представлена в таблице 3 и на рисунке 2.



Таблица 3

Частота выявления факторов риска развития тугоухости

Ф-ры риска	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ряд 1 (гр. А)	11	1	12	2	2	41	24	10	2	1	2	
Ряд 2 (гр. В)	5	1	18	7	5	40	32	22	7		4	
Всего	16	2	30	9	7	81	56	32	9	1	6	

Исходя из полученных данных наиболее часто в гр. «А» встречалась асфиксия в родах (41), затем токсикоз беременности у матери (24), наличие нарушений слуха у родственников (11) инфекционные и вирусные заболевания матери в период беременности (10), недоношенность (10); остальные факторы не имели частой встречаемости.

В гр. «В» наибольшую частоту имела также асфиксия в родах (40), токсикозы беременности (32), недоношенность (22), инфекционные заболевания матери (18), с одинаковой частотой встречались гипербилирубинемия, прием ототоксических антибиотиков (7), остальные факторы не имели частой встречаемости.

Выделялись следующие фенотипические признаки НДСТ:

1. Степень эластичности и ранимости кожных покровов.
2. Наличие аномальных рубцов.
3. Деформация позвоночника(сколиоз, кифоз, нарушение осанки).
4. Килевидная или воронкообразная деформация грудины.
5. Плоскостопие или плоско-вальгусные стопы.
6. Повышенная мобильность суставов.
7. Пупочная или паховая грыжа.
8. Пропалс клапанов сердца.
9. Проявления геморрагического диатеза.
10. Дискинезия желчевыводящих путей.
11. Аномалии зубов.
12. Голубые склеры.

Собирался подробный анамнез заболевания каждого ребенка, анамнез жизни ребенка, учитывалось влияние возможных факторов развития тугоухости как в интранатальном, так и в постнатальном периоде.

Исследование ЛОР-органов проводилось по общепринятой схеме методами прямой риноскопии, фарингоскопии, отоскопии.

Исследование состояния слуха у детей младшей возрастной группы (от рождения до 1 года) проводилось путем регистрации реакций на звук в свободном звуковом поле при помощи аудиометра МА-31. Совместное исследование с сурдопедагогом реакций на звук барабана (40–50Дб), дудки (60–70Дб), погремушки (80 Дб). Сурдопедагогом производилась оценка состояния речевой функции пациентов. В старшей возрастной группе проводилась проверка шепотной и разговорной речи, игровая аудиометрия при установлении контакта с ребенком при помощи аудиометра МА-31.

В старшей возрастной группе проводилась тональная пороговая аудиометрия.

Всем детям производилась импедансометрия при помощи импедансометра-аудиометра АЗ-26. Регистрировалась тимпанограмма, определялось прохождение слуховых труб и акустический мышечный рефлекс.

Объективная оценка функционирования слухового рецептора детям производилась при помощи анализатора внутреннего уха ПЛО 88/92 для регистрации отоакустической эмиссии. Нами регистрировалась задержанная вызванная отоакустическая эмиссия (ЗВОАЭ), результаты которой фиксировались в процентном содержании. Критерием успешного прохождения



теста считается 70% и более, что соответствует норме слуха. Результаты менее 60% расцениваются как тест отрицательный, 60–70% – тест сомнительный. Преимуществами регистрации ЗВОАЭ являются простота проведения, быстрота, неинвазивность, чувствительность. Из обследованных нами 165 детей только у 1 ребенка был положительный тест, у 4 – сомнительные результаты тестирования, у 160 детей результаты теста отрицательные.

При проведении аудиометрии реакция прислушивания на частоте 30–40 Дб получена у 12 детей, на частотах 40–60 Дб – у 24 детей, на частотах 60–80 Дб у 41 ребенка, на частотах 80–100 Дб у 82 детей с глубокими потерями слуха.

В группе «А» (n=82), девочек – 38 (53,7 %), мальчиков 44 (46,3%).

В гр. «В» (n=83), мальчиков – 52 (62,7%), девочек – 31 (37,3%).

Выводы:

1. В результате проведенного исследования можно говорить об определенной взаимосвязи наличия фенотипических признаков дисплазии и возможных имеющихся нарушениях слуха у обследованной группы детей. Наибольшее количество фенотипических признаков дисплазии (4) найдено у детей с глубокими потерями слуха и наследственной глухотой: 3 ст. – (18,35%), 4 ст. – (41,5%), СНГ – (22%), СНГ наследственная (2,4%) – группа «А».
2. Наиболее часто встречаемыми фенотипическими признаками дисплазии в нашем исследовании явились повышенная степень эластичности и ранимости кожных покровов (51,5%), деформация позвоночника (10,6%), повышенная мобильность суставов (10,6%), плоскостопие или плоско-вальгусные стопы (6,2%), килевидная деформация грудины (6,2%), дискинезия желче-выводящих путей (4,5%), проявления геморрагического диатеза (3,1%), наличие аномальных рубцов (3,1%), пупочная и паховая грыжи, аномалии зубов (1,5%).
3. При наличии факторов риска по тугоухости в анамнезе, имеющемуся фенотипе диспластика у ребенка можно предполагать возможные нарушения слуховой функции в самом раннем возрасте. При отягощенном семейном анамнезе по тугоухости обязательна консультация генетика.
4. Большинство детей с нарушениями слуха обратились за помощью к сурдологу в возрасте до 3-х лет: до 1 года обратились за помощью 34 (20,6%), в возрасте 1 год – 35 (21,2%), 2 года – 48 (29,1%), 3 года – 26 (15,8%).
5. Для раннего выявления нарушений слуховой функции необходимо проведение комплексного исследования слуха, включающего также и объективные методы исследования (акустическую импедансометрию, ЗВОАЭ).

УДК: 616. 28 – 008. 14 – 089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СЛУХА МЕТОДОМ ВНУТРИУЛИТКОВОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

И. Т. Мухамедов

ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Росздрав», г. Москва
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

Сегодня реабилитация слуха возможна не только при поражении звукопроводящей системы среднего уха, но благодаря развитию научно-технического процесса, и при поражении звуковоспринимающего аппарата. Успехи, достигнутые в микрохирургии уха, исследовании в области электрофизиологии сенсорных систем, явились предпосылками для реабилитации слуха при сенсоневральной тугоухости.

Наиболее успешным методом реабилитации слуха у лиц, страдающих глубокими сенсоневральными поражениями слуха, является кохлеарная имплантация. Этот метод подразумевает восстановление слуховой афферентации путем непосредственной электростимуляции волокон слухового нерва, с помощью вживленных во внутреннее ухо электродных систем [1, 2].