4. Макарина-Кибак И.Э., Гребень Н.И., Алехно О.В. Эффективность эндопротезирования среднего уха при деструктивных формах хронических средних отитов с различной степенью тугоухости. /Российская Оториноларингология (Приложение №2)/2010, С 184-187.

ЛЕЧЕНИЕ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ В ПЕРИОД ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Н.В. Дятлова, Н.С. Загайнова, С.А. Мальцев

По данным современной литературы, распространенность черепно - мозговой травмы составляет более 200 случаев на 100 тыс. населения в год (Яхно Н.Н., 2006 г.). 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.

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 (отоликворея, данные КТ исследований). Здесь важно вовремя оценить состояние слухового анализатора, выявить степень потери слуха на пораженное ухо. 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.

Под нашим наблюдением за 2007-2009 гг. находились 75 пациентов с острой посттравматической нейросенсорной тугоухостью на фоне черепно-мозговой травмы легкой и средней степени тяжести; из них 62 мужчин и 13 женщин. Средний возраст пациентов составил 39 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, кон-

сультация нейрохирурга. Продольный перелом пирамиды височной кости выявлен у 24 больных, односторонняя перфорация барабанной перепонки наблюдалась у 33 человек, гематипанум у 9 человек, отоликворея у 9 человек. Одностороннее снижение слуха отмечалось у 53 человек, снижение слуха на оба уха у 11 пациентов. При аудиометрии у 50 больных выявлена смешанная тугоухость II и III степени, у 25- сенсоневральная тугоухость I и II степени. ФУНГ был выявлен у 7 пациентов. Спонтанный нистагм отмечался у 19 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 иньекций).

После курса лечения выявлены следующие результаты:

- Регресс общемозговой и очаговой неврологической симптоматики наблюдался у 63 человек.
- Улучшение функций статического и динамического равновесия наступило у 51 пациента.
- Спонтанное закрытие перфорации барабанной перепонки произошло у 22 человек.
- Спонтанное прекращение отоликвореи наступило у 8 пациентов из 9, в одном случае было проведено с помощью нейрохирургов внутриперитонеальное шунтирование.
- По данным аудиометрических исследований слух улучшился у 59 пациентов, остался на том же уровне у 9 чел., ухудшение наступило у 7 пациентов.
- У больных второй группы, которые транстимпанально получали дексаметазон, улучшение слуха наступало в более ранние сроки.

Выводы

1. В структуре посттравматической нейросенсорной тугоухости превалируют лица мужского пола трудоспособного возраста (39 лет).
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», изд. УГМА, г. Екатеринбург,2000,С 48-49.

2. Горохов А. А. Отонейрохирургия; руководство для врачей. СПб: издательство «Питер», 2000, С 40-48.
3. Овчинников Ю. М., Морозова С.В. 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». Материалы российской конференции оториноларингологов 2002г., Москва, 2002г, С 118- 119.
5. Пальчун В.Т., Иванец И. В. «Принципы лечения острой нейросенсорной тугоухости». Материалы российской конференции оториноларингологов 2002г, Москва,2002г, С 159-160.
6. Яхно Н. Н., Парфенов В. А. Частная неврология: Учебное пособие для студентов медицинских вузов.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. С 108 – 118.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО МЕТОДА В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПОСТРЕАНИМАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ И ГОРТАНИ

Н.А. Гисс, И.Я. Мотус, С.А. Мальцев, М.В. Турунцев, Г.А. Колыванов

Актуальность. В структуре стенозов трахеи и гортани различной этиологии частота их формирования после длительной интубации и трахеостомии, по разным статистикам, составляет 45,2% и 54,8% соответственно. С дыхательной недостаточностью III степени и с фиброзно - рубцовым сужением трахеи и гортани поступает до 80% пациентов (Новиков В.Н., 2006). Это свидетельствует о проблемах ранней диагностики стеноза трахеи и гортани до появления грубых рубцовых изменений.

Цель работы. Улучшение результатов лечения при стенозах трахеи и гортани ранним выявлением формирующегося стеноза методом диспансерного наблюдения за пациентами, перенесшими искусственную вентиляцию легких и трахеостомию своевременного лечения и внедрения криохирургических технологий.

Материалы и методы. В 2009 г. в городском центре неотложной оториноларингологии МУ ЦГКБ № 23 зарегистрирован 21 пациент со стенозом гортани и трахеи в возрасте от 16 до 80 лет.

Нами использованы эндоскопический, морфологический, рентгенологический методы диагностики, исследование ФВД. Методы лечения: бужирование, резекция трахеи, стентирование. Криовоздействие проводилось на всех этапах лечения наряду с медикаментозной противовоспалительной и метаболической терапией

Результаты и обсуждения. Грануляционный стеноз выявлен у 8 (38 %) пациентов, грануляционно - фиброзная деформация трахеи и гортани в 4 (19%)