

# Лечение острой сенсоневральной глухоты у ребенка 6 лет

Е.А. Светлова, И.В. Георгиевский, И.О. Липатова, А.П. Якушенкова  
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Авторы приводят наблюдение ребенка 6 лет с острой нейросенсорной глухотой на одно ухо после перенесенной ОРВИ. Ранняя диагностика, активно проведенное комплексное лечение позволили добиться полного восстановления слуховой функции.

**Ключевые слова:** острая нейросенсорная глухота, гипербарическая оксигенация.

The authors describe their case of a 6-year old child with an acute sensorineural deafness in one ear which had developed after acute respiratory tract infection. Early diagnostics and active complex treatment allowed to achieve complete restoration of hearing function.

**Key words:** acute sensorineural deafness, hyperbaric oxygenation.

Проблема патологии слуха у детей в последние годы приняла большое социальное значение в связи с выраженной тенденцией к увеличению числа детей с высокой степенью тугоухости, требующей слухопротезирования и аудиолого-педагогической реабилитации. В России, по материалам массовых обследований населения, число детей с нарушением слуха варьирует от 0,65 до 1,5–2%. Примерно десятая часть из них — дошкольники [1]. В настоящее время известно более 100 этиологических факторов, приводящих к возникновению острой и внезапной сенсоневральной тугоухости. К сожалению, в связи с отсутствием жалоб со стороны ребенка и невнимательностью со стороны родителей у детей дошкольного возраста одностороннее снижение слуха часто вообще не диагностируется. Если поражение слуха диагностируется поздно, тугоухость достигает глубокой необратимой степени. При своевременной диагностике больные с острой сенсоневральной тугоухостью нуждаются в экстренной госпитализации и комплексном лечении.

## Приводим собственное наблюдение

Ребенок Б., 6 лет, поступил в детское ЛОР-отделение корпуса №1 ЦКБ 02.02.2012 с диагнозом: правосторонняя острая сенсоневральная глухота. Правосторонний катаральный средний отит, реконвалесцент.

Из анамнеза известно, что в середине января мальчик перенес ОРВИ, осложнившуюся правосторонним острым катаральным средним отитом. Получал амбулаторное лечение с хорошим эффектом. 30.01.2012 мальчик пожаловался на выраженное снижение слуха. Родители обратились к ЛОР-врачу поликлиники, где при аудиологическом исследовании выявили правостороннюю острую сенсоневральную тугоухость. Экстренно госпитализирован в стационар.

Состояние при поступлении удовлетворительное. В позе Ромберга устойчив. Спонтанного нистагма нет. Тошнота, рвота отсутствуют. Кожа чистая. Сердечно-легочная деятельность адекватная. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

Нос — дыхание удовлетворительное, отделяемого нет, раковины не изменены.

Ротоглотка — слизистая сочная, миндалины 1-й степени, налетов нет.

Уши — барабанные перепонки бледные, контуры четкие.

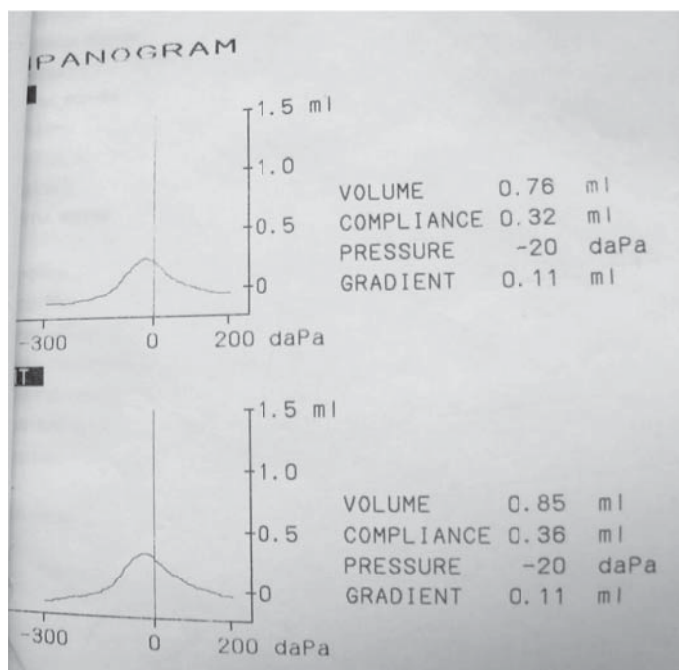


Рис. 1. Тимпанограмма ребенка Б., 6 лет, при поступлении в стационар. Тип А с обеих сторон.

При поступлении выполнено аудиологическое исследование, при тимпанометрии выявлен тип А с обеих сторон (рис. 1), на аудиограмме: латерализация при пробе Вебера влево, пороги костной и воздушной проводимости справа отсутствуют. Заключение: правосторонняя глухота (рис. 2). В клинических анализах крови и мочи изменений не выявлено.

Ребенку проведено лечение: диакарб внутрь 0,15 1 раз в день утром по схеме 3+1, аспаркам внутрь 1/2 таблетки 3 раза в течение 14 дней, витамин В<sub>1</sub> 0,5 мл внутримышечно, №7, витамин В<sub>6</sub> внутримышечно, 0,5 мл, №7, дексазон внутривенно струйно 4 мг 1 раз в день в течение 5 дней, далее дексазон внутримышечно 4 мг 1 раз в день, через день — 2 раза, внутривенное капельное введение трентала 2 мл 1 раз в день, №7, внутривенное введение витамина РР 1 мл 1 раз в день, №7.

Помимо использования вазоактивных средств, основным компонентом слуховосстановительной терапии является раннее использование гипербарической оксигенации (ГБО). К настоящему времени на базе

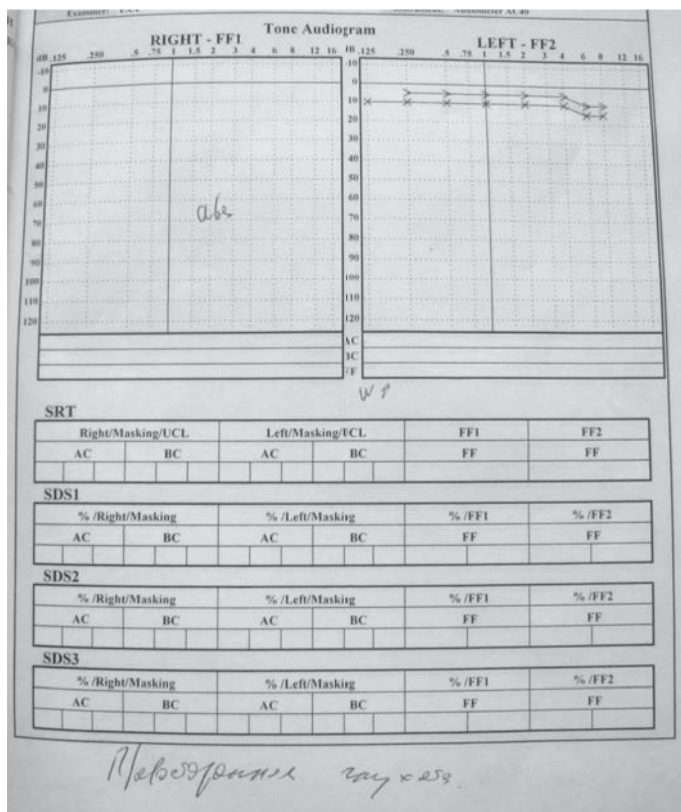


Рис. 2. Аудиограмма ребенка Б., 6 лет, при поступлении в стационар. Правосторонняя глухота.

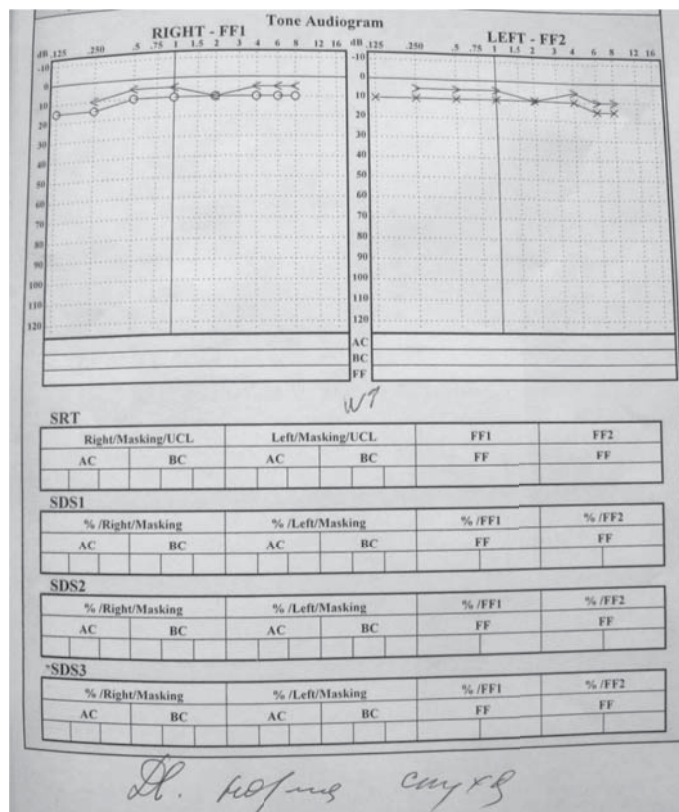


Рис. 3. Аудиограмма ребенка Б., 6 лет, при выписке из стационара. Слух в норме.

клинического опыта, а также многочисленных функциональных исследований, проведенных как в нашей, так и в других клиниках России и СНГ, определены показания к применению ГБО в детской практике, разработана методика использования ГБО у детей различных возрастных и нозологических групп. Исследования, проведенные в клинике и эксперименте, выявили, что ГБО чаще всего обладает нормализующим влиянием на функцию отдельных органов и систем. Было показано, что ГБО в соответствующих режимах нормализует тонус гладкой мускулатуры сосудистой стенки, способствует скорейшему раскрытию коллатерального кровотока. ГБО нормализует свертывающую систему крови, систему иммуногенеза. Существенны детоксикационные возможности ГБО благодаря активации микросомального окисления и системы цитохрома Р-450. ГБО поддерживает энергетику тканей в условиях дефицита кровообращения. Чрезвычайно эффективным оказалось воздействие ГБО на больных со сниженной активностью систем адаптогенеза. В частности, оказалось, что метод позволяет в течение 7–8 сеансов полностью восстановить активность основных ферментов антиоксидантной защиты (супероксиддисмутаза и каталазы). Под влиянием ГБО происходит нормализация вегетативной регуляции функции внутренних органов и систем организма, что является, по нашему мнению, одним из важных клинико-физиологических эффектов метода.

С начала 80-х годов стали появляться работы, свидетельствующие о высоком эффекте ГБО в детской оториноларингологии при острой сенсоневральной тугоухости, в механизме развития которой главную роль играет кислородное голодание рецепторных элементов улитки и нарушение их жизнедеятельности. Ингаляции

кислорода при нормальном атмосферном давлении приводят к полному насыщению гемоглобина крови кислородом, но не нормализуют газообмен в тканях, так как в плазме крови растворяется только незначительная часть кислорода. Для обеспечения потребности в кислороде тканей, находящихся в состоянии гипоксии, необходимо резко увеличить содержание кислорода в крови за счет последнего, растворенного в плазме. Это может быть осуществлено только в условиях ГБО. Устранение гипоксии считается важной терапевтической задачей. Физиологический смысл применения ГБО заключается не только в насыщении всех тканей, плазмы, лимфы кислородом, но и в изменении метаболических процессов в органах и тканях, а также усилении действия лекарств. При терапевтических режимах сатурации ГБО приводит к изменениям в элементах центральной нервной системы, которые рассматриваются как усиление физиологической регенерации нервной ткани.

Наблюдаемому ребенку начали лечение в барокамере БЛКС-303 МК в первый день госпитализации. Перед сеансом ГБО с ребенком проводилась психопрофилактическая подготовка. Его ознакомили с барокамерой, обучили самостоятельно продувать евстахиевы трубы во время сеанса. Нательное белье, в котором ребенка помещали в барокамеру, не содержало синтетических, шерстяных и шелковых волокон. Для снятия статического электричества ребенку во время сеанса надевали браслет заземления, связанный с внешним контуром заземления барозала. Лечение начинали с пробного сеанса, который проводили с особой осторожностью при минимальных скоростях компрессии и декомпрессии (для выявления индивидуальной переносимости смены режима давления), при давлении в камере 1,25 ата с экспозицией 30

мин. Во время сеанса ГБО осуществлялось постоянное наблюдение за больным, до и после сеанса обязательно измеряли артериальное давление и отмечали частоту сердечных сокращений в минуту. По этим показателям не было выявлено токсического действия кислорода на организм.

Следующие 2 сеанса были адаптационными, во время которых путем «титрования» достигли необходимого режима сатурации – 1,5 ата. Остальные 7 сеансов проводили в режиме изопрессии 1,5 ата по 40–60 мин. Таким образом, всего было проведено 10 ежедневных сеансов. В течение курса ГБО проводили неоднократную регистрацию параметров пульса, АД, дыхания.

Кроме того, ребенок получал комплексное лечение, которое включало: массаж шейно-воротниковой зоны, №9, иглорефлексотерапию, №9, занятия лечебной физкультурой.

В результате проведенного лечения субъектив-

но слух улучшился. На контрольной аудиограмме от 16.02.2012: слух в норме (рис. 3).

В удовлетворительном состоянии ребенок выписан под амбулаторное наблюдение.

Таким образом, своевременная диагностика и незамедлительно начатое активное комплексное лечение позволили полностью восстановить функцию слуха ребенку 6 лет с острой односторонней сенсоневральной глухотой после перенесенной ОРВИ.

#### Литература

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. *Детская оториноларингология. Руководство для врачей в 2 томах.* – М.: Медицина. – 2005.

## Спонтанное внутрижелудочковое кровоизлияние

Д.С. Курильченко<sup>2</sup>, О.И. Ульянова<sup>2</sup>, В.И. Шмырев<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Учебно-научный медицинский центра» УД Президента РФ,

<sup>2</sup>ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Авторы описывают клиническое наблюдение редкой формы геморрагического инсульта – спонтанное первичное внутрижелудочковое кровоизлияние у пожилого пациента 75 лет с минимальной клинической симптоматикой и хорошим регрессом неврологического дефицита на фоне проведения консервативной терапии.

**Ключевые слова:** спонтанное первичное внутрижелудочковое кровоизлияние.

In their work the authors describe a rare case of hemorrhagic stroke – spontaneous primary intraventricular bleeding in a 75-year old patient having minimal clinical symptoms and good regression of neurological deficit after conservative therapy.

**Key words:** spontaneous primary intraventricular bleeding.

Внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) относится к редким формам внутричерепных кровоизлияний. Чаще всего эта форма инсульта возникает из-за разрыва аневризм, преимущественно передней соединительной артерии с прорывом крови через терминальную пластинку и заполнением III и боковых желудочков. При разрыве аневризмы задней нижней мозжечковой артерии кровью заполняются III и IV желудочки, передача давления через дно IV желудочка может вызвать острое нарушение функций моста и продолговатого мозга. Массивные ВЖК развиваются остро, сопровождаются выраженными нарушениями сознания, характеризуются тяжелым течением и быстрым летальным исходом [3, 6, 9]. Первичные ВЖК встречаются крайне редко, представляют собой отдельную сущность и возникают из внутрижелудочковых структур, таких как хориоидное сплетение. Вторичные ВЖК возникают у больных с внутримозговыми кровоизлияниями с частотой до 40% и у больных с субарахноидальными кровоизлияниями с частотой до 20% [5, 7, 8]. По данным некоторых авторов, летальность при массивных изолированных ВЖК достигает 100% [2, 9]. Ретроспективные исследования установили, что наличие крови в желудочках и ее количество, время до очищения желудочков и развитие гидроцефалии являются независимыми прогностическими факторами неблагоприятного исхода [1, 2, 4]. Развитие гидроцефалии вследствие ВЖК могут обуславливать

два различных механизма: в острой фазе обструкция III и IV желудочков приводит к обструктивной гидроцефалии; позже возможно развитие мальрезорбтивной (т.е. обусловленной недостаточной резорбцией ликвора) гидроцефалии вследствие утраты пахионовыми грануляциями их функции [5, 7, 8]. Однако в настоящее время нет достоверных данных литературы о частоте возникновения, особенностях течения и исходов изолированных первичных ВЖК вследствие крайне малой распространенности последних. По современным представлениям, ведение таких больных остается прерогативой нейрохирургической службы, так как эта патология часто приводит к развитию внутричерепной гипертензии и острой окклюзионной гидроцефалии. Наибольшее распространение среди хирургических методов лечения ВЖК получили внешний дренаж желудочков, применение внутрижелудочкового тромболитика, постановка люмбального дренажа [5, 7, 8].

#### Клиническое наблюдение

П а ц и е н т Т., 75 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на расстройство памяти, затруднение речи, длительно страдает гипертонической болезнью III стадии, ИБС: атеросклеротическим кардиосклерозом, АДЭ 3 ст.

Из анамнеза известно, что в день поступления (со слов родственников) в гараже загорелся автомобиль,