Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

КАФЕДРА

ЛОР-болезней с курсом ПО

Рецензия < к.м.н, доцента кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО Петровой М.А.> на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология <Нестеришиной Ольги Евгеньевны> по теме: <Сенсо-невральная тугоухость>.

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочётов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако автор должен придерживаться определённых негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология:

|  |  |
| --- | --- |
| Оценочный критерий | Положительный/отрицательный |
| 1. Структурированность;
 |  |
| 1. Наличие орфографических ошибок;
 |  |
| 1. Соответствие текста реферата по его теме;
 |  |
| 1. Владение терминологией;
 |  |
| 1. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы;
 |  |
| 1. Логичность доказательной базы;
 |  |
| 1. Умение аргументировать основные положения и выводы;
 |  |
| 1. Круг использования известных научных источников;
 |  |
| 1. Умение сделать общий вывод.
 |  |

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Сенсо-невральная тугоухость

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Проверила: к.м.н, доцент Петрова М.А.

Выполнила: ординатор 1 года обучения Нестеришина О.Е.

Красноярск, 2021

Содержание:

Сенсоневральная тугоухость, понятие [4](#_Toc532470506)

[Классификация](#_Toc532470507) 4

Клиническая картина4

[Этиология](#_Toc532470510) 4

[Диагностика](#_Toc532470511) 5

[Лечение](#_Toc532470512) 5

Профилактика……………………………………………………………………………………………...6

Список литературы……………………………………………………………………………………......7

**Сенсоневральная тугоухость, понятие.**

**Нейросенсорная тугоухость** (сенсоневральная тугоухость, кохлеарный неврит, неврит слухового нерва) – неинфекционное заболевание уха, при котором страдает слуховой нерв и, соответственно, звуковосприятие. Главным симптомом является снижение слуха, сопровождающееся субъективным шумом в ушах. Чаще всего говорят об **острой** и **подострой нейросенсорной тугоухости**. Этим расстройством страдают люди всех возрастных групп, однако с возрастом в той или иной степени слух снижается у всех людей. Это состояние называется пресбиакузис (возрастное снижение остроты слуха). Основной причиной этих состояний является атрофия звуковоспринимающих нервных окончаний Кортиева органа. Важно знать, что когда ставится диагноз **хроническая нейросенсорная тугоухость**, слух, к сожалению, восстановлению не подлежит.

**Типы сенсоневральной тугоухости.**

В зависимости от уровня поражения (нейросенсорного отдела) слухового анализатора различают кохлеарную (рецепторную, периферическую), ретрокохлеарную (поражение спирального ганглия или VIII нерва) и центральную (стволовая, подкорковая и корковая) тугоухость. Часто наблюдается смешанная тугоухость, когда сочетается нарушение звукопроведения и звуковосприятия, т.е. имеет место одновременно кондуктивная и нейросенсорная тугоухость. В этих случаях важно установить преобладание той или иной формы тугоухости и опреде- .лить причинно-следственные отношения между ними.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ** (критерием является давность заболевания):

* до 4 недель - острая нейросенсорная тугоухость - эффективность лечения составляет 70-90%,
* от 1 месяца до 3 месяцев - подострая нейросенсорная тугоухость - эффективность лечения - 30-70%,
* более 3 месяцев - хроническая нейросенсорная тугоухость - эффективность лечения сомнительна.

**Клиническая картина**

Главным симптомом сенсоневральной тугоухости является *снижение слуха*. Часто возникает после перенесенного ОРВИ, психоэмоционального стресса, интоксикаций. Поражаться может как одно ухо, так и оба одновременно.
Очень частый симптом при этом заболевании - *шум в ухе*: может быть как высокочастотным (звон, писк, «зуммер», «шипение»), что чаще, так и низкочастотным (гул).

**Этиология**

* ***инфекционные вирусные заболевания:*** грипп и ОРВИ, инфекционный паротит;
* ***трофические расстройства нервной ткани:*** сосудистые нарушения, недостаточное кровоснабжение (атеросклероз сосудов, гипертоническая болезнь, вегето-сосудистая дистония);
* ***эмоциональный стресс***;
* ***черепно-мозговые травмы***;
* ***акустические травмы:*** кратковременный, но чрезмерно сильный звук - выстрел, крик, гудок;
* ***воздействие ряда химических веществ***, обладающих ототоксическим действием (промышленные и бытовые вещества);
* длительный прием ***ототоксических лекарственных препаратов*** - это антибиотики (в первую очередь - аминогликозиды), противомалярийные средства, салицилаты.
* Возрастная тугоухость (пресбиакузис) развивается как следствие дегенеративных и атрофических процессов в улитке и спиральном ганглии, в улитковых ядрах, а также в слуховой зоне коры головного мозга. Большую роль в развитии процессов возрастной инволюции играют атеросклеротические изменения сосудов, в частности в спиральной связке. Возрастные изменения слуха начинаются уже с 30-летнего возраста, но быстрее прогрессируют после 50 лет

Существует такая форма, как **идиопатическая сенсоневральная тугоухость**, когда причину развития поражения органа слуха выявить не удается.

**Диагностика.**В диагностике нейросенсорной тугоухости важную роль играет тщательно собранный анамнез и клинические данные. В топической диагностике ведушее значение имеют методы камертонального и аудиометрического исследования.

При тональной пороговой аудиометрии тональные пороги воздушной и костной проводимости повышены, параллельны друг другу и не имеют костно-воздушного интервала. В зависимости от уровня порогов восприятия речевых частот (500-4000 Гц) определяют тугоухость различной степени выраженности: »
 повышение порогов восприятия на 20-40 дБ соответствует I степени тугоухости;
• 41-55 дБ —II степень;
• 56-70 дБ — III степень;
« 71-90 дБ — IV степень тугоухости;
• 91 дБ и более — практическая глухота.
Характерным для кохлеарной формы тугоухости (поражение рецепторных клеток спирального органа) является выявление при надпороговой аудиометрии феномена ускоренного нарастания громкости (ФУНГ). Он отсутствует при поражении ствола VIII нерва (ретрокохлеарная тугоухость), что важно для дифференциальной диагностики.

**Лечение.**
Лечение нейросенсорной тугоухости имеет особенности при внезапной, острой и хронической формах заболевания. При внезапной и острой нейросенсорной тугоухости лечение должно быть начато как можно раньше, в период обратимых изменений нервной ткани. Пациенты, у которых диагностирована внезапная или острая нейросенсорная тугоухость, являются ургентными больными и подлежат экстренной госпитализации.
 Лечение должно быть направлено в первую очередь на устранение или нейтрализацию причин заболевания. При тугоухости инфекци- Заболевания уха 507 онной природы терапия предполагает воздействие главным образом на процесс воспаления, включая источник и пути проникновения инфекции. С этой целью назначаются нетоксичные антибиотики; пенициллин по 1 млн ЕД внутримышечно 4 раза в день; рулид по 0,15 г внутрь 2 раза в день; верцеф по 0,375 г внутрь 2 раза в сут.
Лечение токсических форм тугоухости предусматривает в первую очередь проведение мероприятий по прекращению поступления токсинов и срочному их выведению из организма. В первые 3 дня назначается реополиглюкин или гемодез по 250 мл внутривенно капельно; наряду с дезинтоксикационным и дегидратационным действием эти препараты обладают свойствами уменьшать вязкость крови, улучшать капиллярное кровообращение. Сразу после их введения назначают также внутривенно капельно 500 мл 0,9% р-ра натрия хлорида с добавлением в него 60 мг преднизолона, 5 мл 5% аскорбиновой кислоты, 4 мл солкосерила, 50 мг кокарбоксилазы, 10 мл панангина в течение 10 дней.
Если причина острой тугоухости не установлена, ее рассматривают чаще всего как тугоухость сосудистого генеза. Для улучшения кровоснабжения внутреннего уха назначается ежедневно трентал 2% по 5 мл внутривенно капельно в 250 мл физиологического раствора или 5% р-ра глюкозы. С этой же целью назначают кавинтон, стугерон, вазобрал. Для улучшения общей церебральной гемодинамики используют парентерально эуфиллин, папаверин, дибазол, никошпан, спазмолитин, апренал, компламин.
 С успехом применяется стероидная терапия, которая может проводиться системно (перорально или внутривенно) и местно (интратимпанально).
Интратимпанальное введение кортикостероидов в барабанную полость (дексаметазон) через установленный в барабанной перепонке шунт или при катетеризации слуховой трубы является предпочтительным, так как позволяет достигать высокой концентрации препарата в перилимфе и снизить неблагоприятное общее побочное действие препарата при его абсорбции. С целью нормализации метаболизма нервных клеток при гипоксии и ишемии назначают предуктал (по 0,02 г внутрь 3 раза в сут во время еды), милдронат (по 0,25 г в капсулах для приема внутрь 3 раза в сут).
Препараты метаболического действия (ноотронил, солкосерил, церебролизин) оказывают положительное влияние на обменные процессы и кровоснабжение мозга, усиливают кровоток в ишемизированных его участках. 508 Глава 5 К безлекарственным методам лечения нейросенсорной тугоухости относятся гипербарическая оксигенация, лазеротерапия, стимуляция флюктуирующими токами, квантовая гемотерапия, плазмаферез, гомеопатические средства.
С целью уменьшения ушного шума применяют интрамеатальные или заушные новокаиновые (или лидокаиновые) блокады, различные методы иглорефлексотерапии. Для купирования вестибулярной симптоматики, сопровождающей слуховые нарушения, применяется антагонист Н-гистаминовых рецепторов внутреннего уха — бетасерк.

**ПРОФИЛАКТИКА**

Правила профилактики просты - избегание факторов риска. Необходимо своевременно лечить инфекции верхних дыхательных путей, принимать все лекарственные препараты только по назначению врача. Особую группу риска составляют лица, работающие на токсическом, шумном производстве; также вредна вибрация. В таких случаях необходимо соблюдать все меры безопасности и трудовой режим (при шуме работать в наушниках, делать более частые кратковременные перерывы в работе). Этим людям при появлении первых симптомов нейросенсорной тугоухости необходимо сменить работу. При отсутствии такой возможности необходимо наблюдаться у отоларинголога каждые 3 месяца и курсами принимать сосудистые препараты (танакан, трентал и т.д.).

Список литературы:

1. Учебник для ВУЗов Оториноларингология В.Т.Пальчун, М.М. Магомедов, Л.А.Лучихин.

2.Клинические рекомендации МЗ РФ Сенсоневральная тугоухость 2016г.