

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., асс., кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО Болдыревой Ольги Валерьевны> на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология <Брюховец Марины Сергеевны> по теме: < Клинические аспекты кохлеовестибулярных поражений>.

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;	
2. Наличие орфографических ошибок;	
3. Соответствие текста реферата по его теме;	
4. Владение терминологией;	
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы;	
6. Логичность доказательной базы;	
7. Умение аргументировать основные положения и выводы;	
8. Круг использования известных научных источников;	
9. 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

Клинические аспекты кохлеовестибулярных поражений.

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

Проверила: к.м.н., асс. Болдырева О.В.

Выполнила: ординатор 1 года обучения Брюховец М.С.

Красноярск, 2019

Оглавление

Токсическое поражение органа слуха и равновесия	4
Ототоксичные препараты	4
Повреждение органа слуха и равновесия, связанное с воспалительным процессом.....	5
Ушной опоясывающий герпес.....	5
Другие вирусные инфекции	6
Иммунные заболевания внутреннего уха	6
Заболевания преддверия	7
Болезнь Меньера	7
Нарушения слуха	7
Внезапная нейросенсорная тугоухость	7
Список литературы:	8

Токсическое поражение органа слуха и равновесия

К экзогенным ототоксинам относятся различные препараты, такие как аминогликозиды, цитостатики и диуретики, а также промышленные яды, табачный дым и алкоголь.

Примерами эндогенных ототоксинов являются бактериальные токсины и токсические метаболиты, образующиеся или накапливающиеся при ряде заболеваний, например сахарном диабете и почечной недостаточности.

Клиническая картина

- Звон в ушах (обычно первый симптом)
- Прогрессирующая двусторонняя нейросенсорная тугоухость сначала к звукам высокой частоты, а затем к средней и низкой
- Позиционное головокружение с тошнотой
- Нарушение равновесия со стойким головокружением и неустойчивостью походки
- Осциллопии (ослабленная фиксация взгляда)

Ототоксичные препараты

Аминогликозидные антибиотики

Этиология и патогенез. Аминогликозидные антибиотики в жидкостях внутреннего уха задерживаются в течение более длительного времени и в более высоких концентрациях, чем в других тканях и жидкостях. Ототоксические аминогликозиды разрушают сенсорные клетки как улитки, так и преддверия. Стрептомицин оказывает в основном вестибулотоксическое действие, в то время как дигидрострептомицин – ототоксическое. Неомицин и канамицин оказывают выраженный ототоксический эффект, а гентамицин – как ототоксический, так и вестибулотоксический.

Повреждение внутреннего уха зависит от дозы ототоксического антибиотика и периода его полувыведения, а также от выделительной функции почек.

Лечение

- Незамедлительное прекращение введения антибиотика
- Внутривенная инфузия растворов низкомолекулярных декстранов
- Внутривенная инфузия сосудорасширяющих препаратов и системное назначение глюкокортикоидов

Течение. Снижение слуха обычно прогрессирует до 6 мес. после отмены антибиотика, поэтому прогноз обычно сдержанный, так как повреждение внутреннего уха часто необратимо.

Цитостатики

Цисплатин и циклофосфамид оказывают прямой токсический эффект на волосковые клетки улитки, в то время как цисплатин оказывает так же нейротоксический эффект.

Другие цитостатики, содержащие платину, хотя и обладают менее выраженным ототоксическим свойством, тем не менее могут вызвать снижение слуха.

Больным, которым собираются назначить аминогликозидные антибиотики или цитостатики, обязательно должно быть выполнено исследование функции почек, а в процессе лечения 1 или 2 раза в неделю необходима аудиография.

Диуретики

Прием диуретиков, включая фуросемид и этакриновую кислоту, также может привести к повреждению внутренне уха. Нарушение функции примерно у 90% больных бывает обратимым и затрагивает главным образом наружные волосковые клетки. В основе его лежит расстройство регуляции концентрации ионов, обусловленное повреждением сосудистой пластинки.

Другие ототоксические антибиотики

При лечении хинином и салицилатами возможно нарушение метаболизма волосковых клеток улитки. Оно вначале бывает обратимым, но при приеме больших доз этих препаратов и длительном лечении становится необратимым.

Производственные ототоксины

- Соединения мышьяка
- Соли ртути
- Соли свинца
- Фосфорорганические соединения
- Соединения серы и четыреххлористый углерод
- Бензол, нитробензол и анилин

Повреждение органа слуха и равновесия, связанное с воспалительным процессом.

Ушной опоясывающий герпес

Ушной опоясывающий герпес, или синдром Ханта, - вторая по частоте после глазного опоясывающего герпеса форма опоясывающего герпеса головы и шеи – наблюдается в любом возрасте, но главным образом – в 40-60 лет.

Клиническая картина

- Нарушение общего состояния, субфебрильная температура тела.
- Эритема, везикулярная сыпь на ушной раковине и в наружном слуховом проходе
- Регионарный лимфаденит (изолированный)
- Мучительная невралгическая боль
- Периферический паралич лицевого нерва (у 60-90% больных)
- Нейросенсорная тугоухость (у 40% больных)

- Головокружение и нарушение равновесия у 40% больных нистагмом, направленным в здоровую сторону.

Этиология и патогенез. Ушной опоясывающий герпес – вирусная инфекция, входные ворота которой не установлены. Возможно, вирус через кровь попадает ЦСЖ и оболочки мозга, вызывая энцефаломиеломенингит и воспаление спирального или преддверного ганглия.

Диагностика

- Осмотр ушной раковины и отоскопия
- Аудиография и акустическая импедансометрия
- Вестибулярные пробы
- Исследование функции лицевого нерва
- Проба Ширмера
- Исследование функции языкоглоточного и блуждающего нервов
- Серологическое исследование на противовирусные антитела
- Поясничная пункция, исследование ЦСЖ (диагностика серозного менингита)

Дифференциальный диагноз

- Буллезный мирингит
- Идиопатический паралич лицевого нерва

Лечение

- Противовирусная терапия ацикловиром
- Гамма-глобулин
- Антибиотики (профилактика суперинфекции)
- Местное лечение

Течение и прогноз. Полное выздоровление может наступить в течение 4 нед., но при поражении лицевого нерва оно бывает неполным. Нарушение функции улитки и преддверия обычно бывает необратимым.

Другие вирусные инфекции

Грипп, корь, аденовирусная инфекция, ветряная оспа, коксаки-вирусная инфекция и эпидемический паротит часто вызывают вестибулярный нейронит с соответствующими симптомами.

Иммунные заболевания внутреннего уха

Аутоиммунное заболевание или синдром могут привести к поражению внутреннего уха, приводящему обычно к быстрому асимметричному развитию двусторонней нейросенсорной тугоухости. Поражение лабиринта может иметь флуктуирующее течение и иногда сопровождается вестибулярными симптомами

- Синдром Когана

- Гранулематоз Вегенера
- Рецидивирующий полихондрит
- Первичное аутоиммунное заболевание

Заболевания преддверия

Болезнь Меньера

Этиология и патогенез. До настоящего времени этиология и патогенез БМ недостаточно изучены. По классической теории патогенеза развитие БМ связано с идиопатическим эндолимфатическим гидропсом, который представляет собой увеличение объема эндолимфы, заполняющей 4 перепончатый лабиринт внутреннего уха и вызывающий растяжение Рейснеровой мембраны.

Среди возможных причин развития эндолимфатического гидропса выделяют:

- усиление процессов выработки эндолимфы сосудистой полоской спирального органа и клетками саккулюса и утрикулюса.
- нарушение процесса ее резорбции.

Повторяющиеся приступы головокружения при БМ связывают с периодическим разрывом перерастянутой от повышенного давления Рейснеровой мембраны, смещением эндо- и перилимфы, попаданием богатой калием эндолимфы в перилимфу с последующей деполяризацией вестибулярного нерва и его перевозбуждением. Снижение слуха и шум в ухе, по-видимому, обусловлены процессами постепенной дегенерацией нейронов спирального ганглия.

Лечение

Все применяющиеся методы лечения больных БМ можно разделить на две группы:

- 1) медикаментозное лечение:
 - купирование приступа головокружения,
 - профилактические мероприятия в межприступный период;
- 2) хирургическое лечение.

Нарушения слуха

Внезапная нейросенсорная тугоухость

Заболевание характеризуется появлением вначале ощущения распирания в ухе, сопровождающегося интенсивным шумом в ушах, и затем глубоким снижением слуха, наступающим в течении нескольких минут и иногда сразу приводящим к полной глухоте.

Симптомы обычно выражены на одной стороне. При аудиографии выявляют нейросенсорную тугоухость с нарушением восприятия звуков средней и высокой частоты, феноменом ускоренного нарастания громкости и полную глухоту.

Лечение.

Цель лечения состоит в том, чтобы как можно быстрее улучшить микроциркуляцию и оксигенацию улитки путем:

- внутривенных инфузий растворов низкомолекулярных декстранов и системного назначения сосудорасширяющих препаратов
- назначение глюкокортикоидов

Список литературы:

1. «Болезни уха, горла и носа» Ханс Бербом, Оливер Кашке, Т.Навка, Э.свифт
2. Оториноларингология «Национальное руководство» 2014г
3. Карпищенко С.А. «Оториноларингология»: учебник. ГЭОТАР-Медиа, 2018 год.
4. Пальчун В.Т. «Оториноларингология. Национальное руководство». ГЭОТАР-Медиа, 2016 год.