

заболеванием она обусловлена, и по клиническим и лабораторным данным определить присутствие БИ. В случае ее наличия, обусловленного бактериальной флорой активного инфекционного воспалительного процесса в органах дыхания, при БА необходима АБТ для максимальной эрадикации бактериального возбудителя. Больные БА нуждаются в своевременном лечении и профилактике БИ.

Литература

1. Баранов А. А., Балаболкин И. И. Детская аллергология: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР, 2006. – 210 с.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / под ред. А. Г. Чучалина. – М., 2007. – 104 с.
3. Зайцева О. В. Бронхиальная астма и респираторные инфекции у детей // Пульмонология. – 2007; 4: 106–111.
4. Козлов Р. С. Резистентность возбудителей инфекций дыхательных путей. Проблема решаема? // Consilium Medicum. – 2010; экстравыпуск: 31–34.
5. Ноников В. Е. Антибактериальная терапия при инфекционно-зависимой бронхиальной астме // Consilium Medicum. – 2002; 4 (9): 506–510.
6. Огородова Л. М. Некоторые аспекты резистентности к стандартной базисной терапии (результаты исследования в группе больных среднетяжелой бронхиальной астмой) // Пульмонология. – 2004; 2: 69–74.
7. Федосеев Г. Б., Хлопотова Г. П. Бронхиальная астма. – Л: Медицина, 1988. – 72 с.
8. Федосеев Г. Б., Трофимов В. И. Бронхиальная астма. – СПб: Нордмедиздат, 2006. – 84 с.
9. Федосеева В. И. Аллергические свойства бактерий // Рос. аллергол. журн. – 2005; 3: 3–11.
10. Хамитов Р. Ф., Новожилов В. Г., Пальмова Л. Ю. и др. Распространенность носительства антител к Chlamydia pneumoniae и Mycoplasma pneumoniae среди больных бронхиальной астмой // Пульмонология. – 2003; 2: 31–34.
11. Шмидт Е. И., Тец В. В. Роль бактерий в аллергии. Общая аллергология. – СПб.: Нордмедиздат, 2001. – С. 51–78.
12. Чучалин А. Г., Оспельникова Т. П., Осипова Т. Л. и др. Роль респираторных инфекций в обострениях бронхиальной астмы // Пульмонология. – 2007; 5: 14–18.
13. Чучалин А. Г., Смоленов И. В., Огородова Л. М. и др. Фармакоэпидемиология детской астмы // Пульмонология. – 2001; приложение: 3–20.
14. Cookson W., Hoeffait M. Asthma: An epidemic in the absence of infection // Science. – 1997; 275 (5296): 41–42.
15. Risnes K., Belanger K., Murk W. Early initiation of antimicrobial therapy in childhood promotes the development of bronchial asthma and other allergic diseases // Am. J. Epidemiol. – 2011; 173 (3): 310–318.

ASTHMA AND BACTERIAL INFECTION

O. Pozdnyakova, Candidate of Medical Sciences; Professor **V. Baturin**, MD; **A. Baida**, MD

Stavropol State Medical Academy

The paper considers the impact of bacterial infection on the occurrence, exacerbation, and progression of asthma. The eradication of an infectious agent in infection-dependent asthma gives rise to a long-term and adequate remission of the underlying disease.

Key words: asthma, bacterial infection, antibacterial therapy.

КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

Г. Каспранская,

А. Лопатин, доктор медицинских наук, профессор,
С. Морозова, доктор медицинских наук, профессор,
Первый МГМУ им. И. М. Сеченова
E-mail: kaspranskaya-gr@yandex.ru

Проанализированы частота жалоб пациентов с хроническим гнойным средним отитом (эпитимпанитом), а также данные аудиологического и отоневрологического обследований. Выявлены особенности кохлеовестибулярных нарушений у пациентов данной группы.

Ключевые слова: кохлеовестибулярные нарушения, хронический гнойный средний отит, эпитимпанит, видеоокулография, стабилметрия.

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) – это хроническое гнойное воспаление среднего уха, характеризующееся триадой признаков: наличием стойкой перфорации барабанной перепонки, постоянным или периодически повторяющимся гноетечением из уха и выраженным в различной степени снижением слуха, постепенно прогрессирующим при длительном течении заболевания [4]. ХГСО (эпитимпанит) – одно из наиболее часто встречающихся в оториноларингологии заболеваний [2, 6]; оно составляет в структуре ЛОР-болезней 5,8–20,7% [3]. Данной патологией страдает от 0,5 до 4% населения [4, 9]. По данным В. Яковлева и соавт. [5], распространенность ХГСО в Москве в 2008 г. составила 256,1 на 100 тыс. населения.

ХГСО, помимо влияния на среднее ухо, может воздействовать и на внутреннее ухо, вызывая слуховые и вестибулярные нарушения [7, 8, 10, 11].

С целью изучения особенностей кохлеовестибулярных нарушений у пациентов с ХГСО нами наблюдались 50 больных с ХГСО, поступивших в ЛОР-отделение Первого МГМУ им. И. М. Сеченова для хирургического и консервативного лечения (23 мужчины и 27 женщин в возрасте от 16 до 76 лет; средний возраст составил 44,1 года). Из них 40 больных были прооперированы и 10 находились на консервативном лечении (как этап подготовки к хирургическому лечению).

Всем пациентам выполняли стандартное обследование: лабораторные исследования крови и мочи, оториноларингологический осмотр (включая отомикроскопию), аудиометрию, компьютерную томографию (КТ) височных костей, осмотр отоневролога.

Отоневрологический осмотр начинали со сбора анамнеза, выяснения жалоб, после чего проводили прицельный расспрос о головокружении, нарушении равновесия, наличии тошноты/рвоты, связанных с головокружением. Исследовали спонтанный нистагм по стандартной методике (пациент в положении сидя следит за пальцем

врача, удаленным от глаз на расстояние 60 см), проводили координационные пробы (пальценосовую, пробу с вытянутыми руками, адиадохокинез). Изучали статические (проба Ромберга) и динамическое равновесие (походка по прямой линии, фланговая походка, «шагающий» тест Фукуда). После этого проводили видеоокулографию (Micromedical Technologies VisualEyesTM, США) и стабилometriю («Стабилан 01», ОКБ «Ритм», Таганрог).

При видеоокулографии оценивали глазодвигательные реакции в различных тестах. Исследовали спонтанный нистагм на свету (с фиксацией взора), спонтанный нистагм в темных очках при отсутствии фиксации взора; оценивали саккадическую способность глаз, плавное слежение и оптокинетический нистагм. Проводили фистульную пробу.

При анализе стабิโลграмм как критерий оценки функции равновесия использовали показатель «качество функции равновесия» (КФР). Это интегральный показатель на основе векторного анализа статокинезиграмм человека; он информативен при оценке способности поддержания позы [1]. КФР зависит от величин векторов линейной скорости центра давления человека. «Идеальное» значение КФР приближается к 100%.

Проводили следующие тесты: проба Ромберга и тест с поворотами головы. Пробу Ромберга выполняли с открытыми и закрытыми глазами. В тесте с поворотами головы оценивали равновесие при поворотах головы вправо и влево при открытых глазах. Тест является нагрузочным, при этом оценивают равновесие пациента в зависимости от наличия/отсутствия вертебробазиллярной недостаточности. В обоих тестах для оценки функции равновесия используют показатель «качество функции равновесия».

У 39 (78%) пациентов воспалительный процесс среднего уха начался в детском возрасте; у 4 (8%) больных длительность процесса составляла 10–20 лет, у 7 (14%) – от 1 года до 7 лет. У 16 пациентов было обострение хронического гнойного среднего отита, у 34 – ремиссия. Холестеатома диагностирована у 30 (60%) больных. Фистула лабиринта выявлена у 4 (8%) пациентов – по данным компьютерной томографии и(или) интраоперационно. Лабиринтит диагностирован в 1 (2%) случае.

Жалобы на снижение слуха и периодические выделения из уха были у всех больных, на шум в ухе – у 18 (36%) (см. таблицу).

«Вестибулярные» жалобы возникли у 12 (24%) пациентов, при прицельном расспросе их частота увеличилась до 21 (42%) пациента. На головокружение жаловались 11 (22%) больных, однако при прицельном рас-

спросе число пациентов с данным симптомом достигало 20 (40%). Нарушение равновесия отметили 6 (12%) пациентов, при расспросе частота симптома увеличилась до 28% (14 пациентов). На тошноту, связанную с головокружением, жаловались 4 (8%) человека.

При аудиологическом обследовании кондуктивная тугоухость выявлена у 27 (54%) пациентов, смешанная – у 23 (46%), что свидетельствует о поражении не только среднего, но и внутреннего уха.

При стандартном отоневрологическом осмотре обнаружены следующие нарушения: промахивание при пальценосовой пробе – у 2%, гармоничное отклонение рук при пробе с вытянутыми руками – у 8,8%, отклонение в пробе Ромберга – у 8,8%, при ходьбе по прямой линии – у 10,8%, при «шагающем» тесте Фукуда – у 14,7% пациентов. Нарушения в одном или нескольких тестах выявлены у 20,6% больных; у остальных при стандартном отоневрологическом осмотре никаких изменений не выявлено.

При исследовании по стандартной методике спонтанный нистагм был обнаружен только у 2 (4%) пациентов. При этом в обоих случаях наблюдался нистагм угнетения (направлен в сторону здорового уха). Оба пациента жаловались на головокружение, а данные, полученные при исследовании статики и координации, коррелировали с интенсивностью головокружения и характеристиками спонтанного нистагма.

При видеоокулографическом обследовании спонтанный нистагм был выявлен у 24 (48%) пациентов: у 3 – центрального генеза и у 21 – периферического (горизонтальный и диагональный). Периферический спонтанный нистагм в 10 случаях был направлен в сторону здорового уха (угнетение) и в 11 – в сторону больного уха (раздражение); I и II его степени зарегистрированы у 16 больных, III степень – у 5.

Хотелось бы подчеркнуть, что среди пациентов с угнетением лабиринта (n=10) только 1 жаловался на вестибулярные расстройства; еще 5 больных после активного расспроса отметили наличие периодического головокружения, не причиняющего особого дискомфорта, а 4 пациента не жаловались ни на расстройство равновесия, ни на головокружение.

У пациентов с выявленным центральным нистагмом (n=3) жалоб на вестибулярную дисфункцию не было; в 2 случаях диагностирован вертикальный нистагм, у 1 больного нистагм менял направление в зависимости от направления взгляда. Указанным пациентам были рекомендованы консультация невролога и дообследование для выявления причин латентных вестибулярных расстройств центрального генеза.

Частота жалоб пациентов

Жалобы	Снижение слуха	Выделения из уха	Шум в ушах	Головокружение	Нарушения равновесия	Тошнота
Со стороны пациентов	50 (100)	50 (100)	12 (24)	11 (22)	6 (12)	4 (8)
Только при прицельном расспросе	–	–	6 (12)	9 (18)	8 (16)	–
Всего	50 (100)	50 (100)	18 (36)	20 (40)	14 (28)	4 (8)

Примечание. В скобках указан процент.

Наличие спонтанного нистагма при стандартном осмотре было выявлено только у 4% пациентов, а у 48% – при видеоокулографии; это указывает на обязательность исследования спонтанного нистагма у пациентов с хроническим гнойным средним отитом при исключении фиксации взора (видеоокулография, электронистагмография, очки Френцеля).

Субъективно положительная фистульная проба установлена у 7 (14%) пациентов. При этом у 3 из них была диагностирована фистула лабиринта по результатам КТ и(или) интраоперационно; у 1 – по данным КТ выявлено резкое истончение костной стенки полукружного канала; в остальных 3 случаях фистула лабиринта не подтверждена при КТ или во время операции.

Нарушения саккад обнаружены у 8 обследованных, оптокинетического нистагма – у 4, плавного слежения – у 8, что указывает на изменения ЦНС. Пациентам с подобными нарушениями была рекомендована консультация невролога.

При стабиллографическом исследовании среднее значение показателя КФР при открытых глазах составило 84%, при закрытых – 75,7%, что приближалось к нормальным значениям. При исследовании равновесия в тесте с поворотами головы нарушения выявлены у 12 (24%) пациентов; они свидетельствовали о возможной патологии шейного отдела позвоночника. В указанных случаях пациентам было рекомендовано дообследование.

Полученные результаты позволяют заключить, что основными у пациентов с хроническим гнойным средним отитом (эпитимпанитом) являются жалобы на снижение слуха (100%) и выделения из уха (100%). Поскольку вестибулярные нарушения, подтвержденные данными видеоокулографии и стабиллометрии, встречаются у пациентов с эпитимпанитом чаще, чем об этом можно судить только на основании жалоб пациентов, у пациентов с хроническим гнойным средним отитом необходимо активное выявление указанной патологии.

Обнаружение при аудиологическом обследовании не только кондуктивной (54%), но и смешанной (46%) тугоухости указывает на поражение не только среднего, но и внутреннего уха, поэтому всем пациентам с хроническим гнойным средним отитом необходимо проводить отоневрологическое обследование с использованием (для лучшей выявляемости) объективных методов (видео-, электроокулографии, стабиллометрии).

Исследование показало, что выявление спонтанного нистагма у больных эпитимпанитом должно выполняться только в условиях устранения фиксации взора. Наличие нистагма центрального генеза, изменений параметров плавного слеже-

ния, оптокинетического нистагма, саккад у пациентов с хроническим гнойным средним отитом указывает на сопутствующие вестибулярные нарушения центрального генеза, не связанные с основным заболеванием. Таким пациентам необходимо дообследование у невролога.

Литература

1. Доценко В. И. Введение в клиническую постурологию: качество удержания вертикальной позы – важный показатель общего и психоневрологического здоровья человека // Практическая медицина. – 2007; 3: 71–73.
2. Камалова З. З., Дмитриев Н. С. Модификация способа пластики послеоперационной полости при санирующих операциях на ухе // Вестник оториноларингологии. – 2007; 2: 48–50.
3. Мурашова Т. В., Крюков А. И. Заболеваемость уха и качество оказания ургентной помощи больным в ЛОР-отделении городской больницы г. Калуги // Российская оториноларингология. – 2010; 3: 116–118.
4. Оториноларингология: учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. – М.: Медицина, 2002. – 576 с.
5. Яковлев В. Н., Крюков А. И., Гаров Е. В. и др. Заболеваемость хроническим гнойным средним отитом и лечение этой нозологии в Москве // Вестник оториноларингологии. – 2010; 6: 31–33.
6. Babić B., Arsović N. Assessment of senses of hearing and balance in chronic suppurative otitis media // Srp. Arh. Celok. Lek. – 2008; 136 (5–6): 307–312.
7. Cureoglu S., Schachern P., Paparella M. et al. Cochlear changes in chronic otitis media // Laryngoscope. – 2004; 114 (4): 622–626.
8. Cureoglu S., Schachern P., Rinaldo A. et al. Round window membrane and labyrinthine pathological changes: an overview // Acta Otolaryngol. – 2005; 125 (1): 9–15.
9. Matanda R., Muyunga K., Sabue M. et al. Chronic suppurative otitis media and related complications at the University Clinic of Kinshasa // B-ENT. – 2005; 1 (2): 57–62.
10. Schachern P., Tsuprun V., Cureoglu S. et al. Virulence of pneumococcal proteins on the inner ear // Arch. Otolaryngol. Head. Neck Surg. – 2009; 135 (7): 657–661.
11. Tsuprun V., Cureoglu S., Schachern P. et al. Role of pneumococcal proteins in sensorineural hearing loss due to otitis media // Otol. Neurotol. – 2008; 29 (8): 1056–1060.

COCHLEOVESTIBULAR DISORDERS IN CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA

*G. Kaspranskaya; Professor A. Lopatin, MD; Professor S. Morozova, MD
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University*

The paper analyzes the rate of complaints by patients with chronic suppurative otitis media (epitimpanitis) and the data of audiological and otoneurological examinations. The specific features of cochleovestibular disorders have been found in this patient group.

Key words: cochleovestibular disorders, chronic suppurative otitis media, epitimpanitis, video oculography, stabilometry.