

*Колесникова А.В.<sup>1,2</sup>, Загайнова Н. С.<sup>1</sup>, Абдулкеримов Х. Т.<sup>1</sup>, Орловский И. С.<sup>4</sup>,  
Гришина О.О.<sup>4</sup>, Загайнова З.С.<sup>3</sup>*

## Характерологические особенности отосклероза в Свердловской области

1 – ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Екатеринбург; 2 – МО «Новая больница», г. Екатеринбург; 3 – МБУ ЦГКБ №23, г. Екатеринбург; 4 – МБУ Екатеринбургский консультативно-диагностический центр, г. Екатеринбург

*Kolesnikova A.V., Zagainova N.S., Abdulkarimov H.T., Orlovsky I.S., Grishina O.O.,  
Zagainova Z.S.*

### Characterological features of otosclerosis in the Sverdlovsk region

#### Резюме

На сурдологическом приеме в Свердловской области выявляется 50 – 60 случаев отосклероза в год, что составляет 0,37 % случаев тугоухости. Целью работы явилось изучение динамики развития отосклероза в Свердловской области, анализ результатов хирургического лечения больных и разработка рекомендаций по послеоперационной реабилитации. Около 40 больным ежегодно осуществляется хирургическое лечение – поршневая стапедопластика щадящим способом с сохранением наковальне-стремечкового сочленения и сухожилия стремени мышцы. Данный способ лечения уменьшает риск угнетения лабиринта в послеоперационном периоде и предотвращает возможность некроза длинного отростка наковальни.

**Ключевые слова:** отосклероз, стапедопластика, осложнения

#### Summary

In the Sverdlovsk region surdological consultations show 50 to 60 cases of otosclerosis per year, which make up 0.37% of all cases of hearing ailments. Approximately 40 patients undergo surgery every year – sparing piston stapedoplastics without dismemberment of the anvil-stapes joint and the stapes muscle tendon. This method of treatment lessens labyrinth oppression in the post-operative period and prevents the possibility of necrosis of the long bone outgrowth of the anvil.

**Keywords:** otosclerosis, stapedoplastics, complications

#### Введение

Среди различных причин тугоухости, отосклероз занимает определенное место. По данным литературы для средней полосы Российской Федерации удельный вес больных отосклерозом среди всех страдающих тугоухостью составлял 2,8%, а среди всего населения – не более 0,2%. [1]. Отосклерозом чаще болеют женщины от 63% до 84%. Наиболее часто тугоухость появляется в возрасте от 20 до 40 лет без причинной связи с внешними факторами, у женщин не редко после родов [2,3,4,5].

Целью работы явилось изучение динамики развития отосклероза в Свердловской области, анализ результатов хирургического лечения больных и разработка рекомендаций по послеоперационной реабилитации.

В основном больные отосклерозом выявляются на сурдологических приемах в сурдологических центрах или поликлиниках с специализированным приемом, где проводится оториноларингологический осмотр, исследование слуха камертонами, тональная пороговая аудиометрия, импедансометрия, исследование коротколатен-

ральных слуховых вызванных потенциалов (КСВП). Для решения вопроса о возможности хирургического лечения больных консультирует отохирург. В послеоперационном периоде также проводится аудиометрическое исследование при выписке из стационара, через 1 – 6 месяцев после операции и через год. У пациентов с кохлеарной формой отосклероза и при наличии жалоб на головокружение выполняется стабилометрия.

Согласно нашим данным за год выявляется 60 – 70 случаев отосклероза, что составляет 0,38 % от всех больных, обратившихся по поводу тугоухости и 5,2 % с кондуктивными формами тугоухости. 54% больных отосклерозом были в возрасте от 20 до 40 лет. Большинство обратившихся женщины – 87 %. Тугоухость при отосклерозе, как правило, двусторонняя. Однако между возникновением тугоухости в одном и другом ухе могут быть периоды от нескольких месяцев до нескольких лет. При обследовании удалось выяснить, что у 12 % больных понижение слуха отмечалось сразу на оба уха, у большинства больных (62 %), интервал во времени между появле-

нием тугоухости в одном и другом ухе составлял не более 5 лет, у 21 % - не более 10 лет, и у 3 % - более 10 лет, у 2 % больных обнаружено одностороннее понижение слуха. У части наблюдавшихся, предъявляющие жалобы только на одностороннее снижение слуха, мы выявили двустороннее нарушение слуха с большей интенсивностью снижения слуха с одной стороны.

Изучение анамнеза у больных отосклерозом выявило, что понижение слуха появилось в течении 1 – 2 лет у - 5,5 % лиц, от 2 до 5 лет – у 44,5 %, от 5 до 10 лет - у 31 %, выше 10 лет у - 19 %. Причем у 20% женщин, страдавших отосклерозом, снижение слуха происходило во время беременности, или после родов. Большинство обследуемых не могли указать видимую причину понижения слуха.

Тимпанальная форма отосклероза диагностирована у 22% пациентов, смешанная – у 57%, кохлеарная – у 21%. У лиц старше 50 лет кохлеарная форма отосклероза составила до 63% случаев.

Другим наиболее постоянным симптомом при отосклерозе у наших наблюдаемых явился субъективный шум в ушах, что согласуется и с данными литературы. По данным различных авторов он наблюдается у 67 – 98 % больных отосклерозом [4]. Наши исследования показали, что на шум в ушах жаловались 72 % респондентов. У большинства лиц шум носил низкочастотный характер. Иногда клиническое проявление заболевания начинается с шума, к которому затем присоединяется тугоухость. По нашим данным с появления шума заболевание началось у 14 % пациентов, у 62 % больных снижение слуха и шум в ухе появились одновременно. У 19 % больных при двустороннем снижении слуха шум в ухе носил односторонний характер. Шум высокой тональности наблюдался у лиц с кохлеарной формой отосклероза.

Больные отосклерозом берутся на диспансерный учет, 1 раз в год им проводится аудиометрическое исследование.

Диспансерное наблюдение показало, что темп прогрессирования заболевания носит различный характер. У 59 % лиц снижение слуха прогрессировало медленно и постепенно, у 23 % пациентов наблюдалось скачкообразное снижение слуха с периодами относительного благополучия и у 18 % больных наблюдалось быстро прогрессирующее снижение слуха с переходом смешанной формы отосклероза в кохлеарную.

Поскольку адекватного консервативного способа лечения отосклероза в настоящее время не существует, при двусторонней тугоухости II и III степени и костно-воздушном интервале (КВИ) 30 дБ и более больным предлагается хирургическое лечение. Первым оперируют хуже слышащее ухо, при одинаковом слухе – то ухо, шум в котором носит более интенсивный характер.

За 6 лет с 2008 по 2013 год в клинике Уральского медицинского университета по поводу отосклероза прооперировано более 200 лиц в возрасте от 17 до 63 лет. Большинство прооперированных были трудоспособного и фертильного возраста (от 31 года до 50 лет – 67%), мужчин было – 27 (13,5%).

Больных смешанной формой отосклероза прооперировано 67,5%, кохлеарной – 31%, тимпанальная форма отосклероза наблюдалась всего у 1,5% больных. Выполнялась поршневая стапедопластика под местной анестезией или ЭТН с ИВЛ интрамеатальным подходом с использованием облегченного тefлонового протеза. Диаметр ножки протеза 0,6–0,8 мм позволяет достичь максимальной герметизации перфорации подножной пластинки стремени и предотвратить в дальнейшем развитие фистулы. Операция выполнялась щадящим способом с сохранением наковальни-стремечкового сочленения и сухожилия стремениной мышцы. Перфорация подножной пластинки производилась механическим перфоратором диаметром около 1 мм без применения герметизации преддверья, что способствовало спонтанному закрытию его соединительнотканной мембраной. Пациенты с кохлеарной формой отосклероза в послеоперационном периоде получали вазоактивную терапию.

При оценке результатов стойкое улучшение слуха, то есть сокращение КВИ до 10–20 дБ., наблюдалось у 93% пациентов, ухудшение - у 3,1%, слух не изменился у 3,9%.

В послеоперационном периоде временное угнетение лабиринта вследствие операционной травмы наблюдалось у 19 оперированных (9,5%). На фоне сосудистой терапии в течение месяца у них пороги костной проводимости возвращались к дооперационному уровню. У ряда больных с кохлеарной формой отосклероза после операции улучшились пороги костной проводимости, что вероятно объясняется нормализацией ликвородинамики в лабиринте.

У большинства больных после операции отмечалось уменьшение или исчезновение ушного шума – 68,3 %. Сохранение интенсивности ушного шума на фоне улучшения слуха может быть признаком дегенеративных изменений в кортиевоушном органе, что подтверждается результатами исследования КСВП. На головокружение и неустойчивость при ходьбе жаловались 42,2% больных после операции, которые проходили самостоятельно или на фоне сосудистой терапии в течении недели. Более длительное лечение потребовалось у 17 человек (8,5%).

Стабилометрическая оценка функции равновесия пациентов после стапедопластики у большинства была в пределах нормальных величин.

У 9 больных (4,5%) произведена реоперация вследствие отсутствия эффекта от первой операции или ухудшения слуха спустя 2 – 3 года после операции. У всех больных наблюдалась смешанная тугоухость с КВИ более 30 дБ. По данным Н. Л. Кунельской с соавторами у 47,1% больных при реоперации после стапедопластики был обнаружен некроз длинного отростка наковальни. Во время реопераций у наших больных мы не разу не обнаружили некроза длинного отростка наковальни. Причиной отсутствия функционального эффекта у 5 пациентов были рубцовые спайки в барабанной полости, у двух - реоблитерация

окна преддверия, в двух случаях причину установить не удалось.

## Выводы

1. Наличие жалоб на шум в ушах и понижение слуха при диспансеризации являются показанием для обследования у сурдолога.

2. Поршневая стапедопластика, выполненная щадящим способом, уменьшает риск угнетения лабиринта в послеоперационном периоде.

3. Сохранение наковальне-стремечкового сочленения и сухожилия стремени мышцы предотвращает возможность некроза длинного отростка наковальни, а назначение вазоактивной терапии у больных кохлеарной

формой отосклероза в послеоперационном периоде улучшает функциональные результаты. ■

*Колесникова А.В., Загайнова Н. С., Абдулкеримов Х. Т., Орловский И. С., Гришина О.О., Загайнова З.С., ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Екатеринбург; МО «Новая больница», г. Екатеринбург; МБУ ЦГКБ №23, г. Екатеринбург; МБУ Екатеринбургский консультативно-диагностический центр, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку – Колесникова Анна Викторовна, 620028, г. Екатеринбург, ул. Ретина, д.2, molinaav@yandex.ru, 89502064418*

---

---

## Литература:

1. Никитина Ю. М. Потребность населения в сурдологической помощи, организация труда врачей и среднего мед. персонала сурдологических кабинетов. Автореф. дис., канд., М., 1972
2. Коломийченко А. И., Гузович В. А., Хармак Е. М., Яллан И. А. «Операции на стремени при отосклерозе». Госмедиздат УССР, Киев – 1962. 281с.
3. Жилов К. Л., Преображенский Н. А. «Отосклероз». Медгиз., 1965. 240 с.
4. Преображенский Н. А., Пятюкина О. К. «Стапедэктомия и стапедопластика при отосклерозе». М.: «медицина», 1973, 272 с.
5. Солдатов И. В. «Лекции по оториноларингологии». «медицина», М. 1990. 278 с.
6. Кувельская Н. Л., Гаров Е. В., Зеленкова В. Н., Сударов П. А. Причины реоперации после стапедопластики у больных отосклерозом. Вестник оториноларингологии 2013; ц5: с. 74-76.