

Хушвакова Н. Ж.,
Таджиева Н. К.,
Хамракулова Ф. Г.,
Насырова Д.З.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИВЕННОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ КАВИНТОНА ПРИ ТУГОУХОСТИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

Самаркандский Медицинский Институт (ректор - проф. Шамсиев А. М.) Кафедра оториноларингологии (зав. - Хушвакова Н.Ж.)

Проведён анализ эффективности внутривенной озонотерапии с препаратом кавинтона при лечении нейросенсорной тугоухости сосудистого генеза, обусловленной хронической недостаточностью мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне у 15 пациентов. Отмечен положительный терапевтический эффект - положительная динамика по данным дополнительных методов обследования: снижение порогов слуха в диапазоне высоких частот (тональная аудиограмма), улучшение церебральной гемодинамики (компьютерная реоэнцефалография), улучшение слуховой афферентации преимущественно на стволовом уровне слухового анализатора (коротко латентные слуховые вызванные потенциалы головного мозга).

Ключевые слова: нейросенсорная тугоухость, лечение, инфузионная озонотерапия и кавинтон.

По своей значимости сосудистый фактор является ведущим в патогенезе сенсоневральной тугоухости (СНТ). В одних случаях сосудистые нарушения являются самостоятельной причиной СНТ, в других сочетаются с иными этиологическими факторами (или являются вторичными): при вирусных инфекциях, нейроинфекциях, применении ототоксичных антибиотиков, внутричерепных опухолях, профессиональных вредностях, длительном приёме пероральных контрацептивов и т.д. [3]. Практически все известные этиологические факторы СНТ оказывают неблагоприятное влияние на церебральное кровообращение, приводя к функциональным его нарушениям на уровне микроциркуляторного русла, особенно в условиях хронической вертебробазилярной недостаточности [1]. Поэтому при терапии СНТ особенно важен адекватный подбор вазоактивных препаратов.

В последние годы в клиническую практику для коррекции гипоксических состояний стал активно внедряться новый перспективный способ оксигенации тканей - инфузионная озонотерапия (ИОЗТ) в комплексе с раствором Кавинтон. Этот метод достаточно эффективен, доступен, экономичен и практически не имеет противопоказаний. Дополнительное преимущество озона перед кислородом заключается в том, что он является источником активного атомарного кислорода и способен оказывать каталитическое действие на процессы утилизации обычного (молекулярного) кислорода [5].

Кавинтон - вазодилатирующее средство, улучшающее мозговое кровообращение. Вызывает небольшое снижение системного артериального давления, расширение сосудов мозга, усиление кровотока и улучшение снабжения мозга кислородом и глюкозой. Повышает устойчивость клеток мозга к гипоксии, облегчает транспорт кислорода и субстратов энергетического обеспечения к тканям

(следствие уменьшения сродства к нему эритроцитов, усиления поглощения и метаболизма глюкозы, переключение его на энергетически более выгодное аэробное направление). Таким образом, механизм действия озона и препарата кавинтон предполагает его назначение пациентам с СНТ сосудистого генеза, т.е. с нарушением мозгового кровообращения и кровообращения внутреннего уха.

Цель исследования: - изучение эффективности внутривенной озонотерапии с применением кавинтона при лечении нарушений кохлеовестибулярных функций у больных с СНТ I - II степени сосудистого генеза.

Материал и методы: Наблюдались 24 амбулаторных больных в ЦОДМПБ оториноларингологического отделения. Средний возраст пациентов от 25 до 65 лет. С целью клинического и нейрофизиологического изучения эффективности внутривенной озонотерапии с применением кавинтона исследовали отоневрологический и неврологический статус, коротколатентные слуховые вызванные потенциалы головного мозга (КСВП), проводили тональную аудиометрию, компьютерную реоэнцефалографию (КРЭГ). Больные обследованы перед началом лечения, через 40-50 минут после однократного внутривенного приёма 2.0 озонированного кавинтона. Предлагаем использовать для повышения эффективности лечения, параллельно с общепринятыми методами, внутривенные инфузии ОФР по 400 мл., при концентрации 1000 мкг/л через день 5-7 раз. Такое дополнение к лечению способствует более быстрой нормализации самочувствия, улучшению слуха, уменьшению или исчезновению шума в ушах. Усилению процессов репарации, стимулируется процесс внутриклеточного синтеза антиоксидантов. Курс внутривенной озонотерапии состоит из 5-8 процедур по 400.0 мл озонированного физиологического

раствора с добавлением раствора кавинтона 2,0 мл ежедневно. Концентрация озона в растворе 0,5 - 0,6 мг/л. Суммарная курсовая доза введенного озона не менее 2,5 - 4,8 мг/л, скорость введения раствора 40 - 50 капель в минуту.

Результаты и обсуждение: При первичном осмотре все больные жаловались на прогрессирующее двустороннее снижение слуха, ушной шум, у 1/3 отмечалась шаткость при ходьбе и неустойчивость при резких поворотах и запрокидывании головы, а 14 (58,3%) обследованных указывали на ощущение тяжести в голове по утрам сразу после пробуждения, которая уменьшалась через 3-4 ч после выполнения обычных физических нагрузок, ходьбы, пребывания в вертикальном положении. В неврологическом и отоневрологическом статусах отмечались лёгкая двусторонняя гипосмия у 2 (8,3%) больных, горизонтальный мелко- и средне размашистый нистагм, чаще быстрозатухающий, при взорах в стороны у 7 (29,1%), слабость конвергенции - у 3 (12,5%), двустороннее снижение слуха в речевом диапазоне I (58,3%, 14 больных) и II (41,7%, 10 больных) степени, лёгкая асимметрия носогубных складок у 10 (41,7%) обследованных.

У больных отмечено снижение вибрационного чувства с сосцевидных отростков при исследовании камертоном С 128, а у 13 (54,1%) — эмоциональная лобильность, раздражительность.

Таким образом, у наблюдаемых нами пациентов была выявлена симптоматика, характерная для вертебробазилярной недостаточности. Лёгкая двусторонняя гипосмия, снижение вибрационного чувства с сосцевидных отростков, тяжесть в голове и усиление ушного шума в утренние часы были, вероятнее всего, обусловлены венозной дисфункцией и затруднением венозного оттока из полости черепа, что подтверждалось результатами КРЭГ

При исследовании КСВП [2] у 17 (70,8%) больных выявлена лёгкая, а у 7 (29,2%) - умеренная двусторонняя дисфункция слуховой афферентации, преимущественно на уровне дистальных отделов слухового анализатора в виде замедления абсолютной латентности I пика ввиду его малой амплитуды или «расщепленности», у 14 (58,3%) - замедление слуховой аферентации на уровне ствола головного мозга, в области локализации стволовых ядер слухового анализатора (IV-V пики) в основном в виде снижения амплитуды V пика на 0,2 - 0,3 мс (по сравнению с допустимой возрастной нормой). Через 40 - 50 мин после приёма 2,0 мл *cDofyor ajtfjorotnomasi, Samarqand* кавинтона на КРЭГ по сравнению с исходным результатом зафиксировано уменьшение степени выраженности ангиоспазма в коротидном и вертебробазилярном бассейнах, снижение величин диастолического и диастолического индексов в

пределах 10-3,4%, снижение индекса периферического сопротивления на 11,5- 1,8%, увеличение реографического индекса на 0,04 - 0,07 Ом (87,5%). улучшение венозного оттока из полости черепа (83,3%). У 3 (12,5%) больных качественных изменений реографических показателей не выявлено. При анализе динамики КСВП у 15 (62,3%) больных отмечено улучшение дифференцировки пиков. При анализе динамики КСВП у 15 (62,3%) больных отмечено улучшение дифференцировки пиков, преимущественно V, увеличение коэффициента V/I до 0,9 - 0,95; у 9 (37,7%) человек изменение КСВП не выявлено.

Повторный осмотр пациента осуществлялся через 2 нед от начала инфузионной озонотерапии + кавинтоном с целью контроля её эффективности и своевременной коррекции дозы препарата, исключения его возможного побочного действия. У всех наблюдаемых улучшилось общее состояние, у 14 (58,3%) больных - интенсивности ушного шума. 3 (12,5%) больных обратили внимание на своеобразное изменение характера ушного шума на фоне лечения. Шум, субъективно воспринимаемый больными до начала лечения как однотональный, в начале несколько усиливался, принимая «расщепленный» характер (разной тональности). Затем, через 1,5-2 нед, уменьшался в основном за счёт низкочастотного компонента, а к концу 3-4 -й недели становился непостоянным, практически не беспокоил в утренние часы, усиливаясь только во второй половине дня после психоэмоциональных и физических нагрузок. Это, видимо, связано постепенным улучшением церебрального кровообращения в ВББ на уровне сосудов микроциркуляторного русла.

По окончании курса лечения у 19 (79,1%) снизилась интенсивность ушного шума и на этом фоне улучшилась разборчивость речи, повысилась работоспособность больных и настроение, что привело к улучшению их социально-бытовой адаптации и в ряде случаев к облегчению подбора слуховых аппаратов. Улучшение разборчивости речи установлено у 3 (6,2%) больных, хотя и без клинически значимого повышения остроты слуха. На КРЭГ у 16 (66,6%) больных наблюдалось нормализация и (или) стабилизация сосудистого тонуса (артериол и венул) на фоне увеличения объёма

пульсового кровенаполнения в обоих сосудистых бассейнах, преимущественно в вертебробазиллярном. Улучшение венозного оттока из полости черепа отмечено у 75% обследованных.

По данным тональной аудиометрии, у 14 (58,3%) больных установлено снижение порогов слуха в области высоких тонов на 10-15 дБ. На КСВП отмечено увеличение амплитуды III и V пиков, преимущественно V. на 35- 6.7%, увеличение коэффициента отношение амплитуд V/I пиков до 1,0 - 1,4, уменьшение абсолютной латентности V пика на 0.02- 0,01 мс.

В одном наблюдении на 5 - 6-й день после окончания курса лечения у пациентки зафиксировано возобновление ушного шума прежней интенсивности (как до лечения). Наблюдаемый нами феномен «отмены» требует дальнейшего изучения и, вероятно, удлинения сроков приёма препарата с последующим постепенным снижением его дозировок.

Выводы

Эффективность инфузионной озонотерапии с применением кавинтона, вероятнее всего обусловлена улучшением церебрального кровообращения в микроциркуляторном русле, преимущественно в вертебробазиллярном бассейне на уровне стволовых отделов слухового анализатора. Применение инфузионной озонотерапии с кавинтоном при СНТ сосудистого генеза особенно целесообразно при наличии других сопутствующих СНТ проявлений вертебробазиллярной недостаточности.

Преимущественное влияние инфузионной озонотерапии с применением кавинтона на уровень ушного шума и разборчивость речи позволило улучшить психоэмоциональный фон пациентов, их работоспособность и социальную бытовую адаптацию.

Клинически значимых побочных эффектов при применении указанных выше доз инфузионной озонотерапии с применением кавинтона не зафиксировано.

Литература

1. Альтман Я.А. Руководство по аудиологии Я. А. Альтман, Г. А. Таваркиладзе. М.: ДМК Пресс, 2007
2. М.Бабияк В.И. Нейрооториноларингология: Руководство для врачей В.И. Бабияк, В.Р.Гофман. 2002
3. Бакаева Т.А. Внутривенная инфузионная озонотерапия в комплексном лечении кохлеовестибулярной дисфункции. Самара, 2005.
4. Беличева Э.Г. Стандарты диагностики острой и внезапной сепсоневральной тугоухости Э.Г. Беличева, В.И. Линьков Рос.оториноларингология 2007.

Шокирова С.М.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ ПЛОДА

Андижанский Медицинский Институт

Внутриутробное инфицирование (ВУИ) - одна из важнейших проблем современной акушерства, так как эта патология сопровождается высокой перинатальной и материнской заболеваемостью и смертностью [2, 11, 14, 18]. Частота ВУИ в структуре перинатальной смертности варьирует от 10 до 37,5% [9]. К группе риска развития инфекционной патологии у матери, плода и новорожденного относится около 25% беременных, поступающих в акушерские стационары и перинатальные центры [3,26]. На развитие инфекционной патологии влияет эволюция инфекции, которая, по данным ВОЗ, становится причиной смерти в 32% случаев [10, 30].

Как отмечают А.М. Савичева, Е.В. Шипицина [19], Г.Т. Сухих, Л.В. Ваньсо [23], на сегодняшний день не существует стандартов диагностики и профилактики перинатальных инфекций, нет алгоритмов диагностики и профилактики ВУИ на этапе предгравидарной подготовки и в ранние сроки

беременности, не всегда оправдан скрининг инфекций у беременных, не существует взаимопонимания между акушерами-гинекологами, неонатологами, врачами лабораторной службы по вопросам диагностики и профилактики ВУИ.

В настоящее время программы скрининга основаны на определении антител к распространенным микроорганизмам и вирусам-возбудителям внутриутробных инфекций [17]. При этом учитываются не только присутствие антител, но и класс иммуноглобулинов (Ig) и avidность антител. Установлено, что для плода опасность представляет первичная инфекция у матери, то есть инфекция, впервые возникшая во время данной беременности [16, 38].