

Н. П. АИРАПЕТЯН

СЛУХОВАЯ ФУНКЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА

Изучено состояние слуховой функции у 64 больных, страдающих острыми и хроническими гайморитами.

Анализ полученных результатов свидетельствует, что у значительного числа больных с острыми и хроническими гайморитами имеется выраженная в той или иной степени патология слуховой функции. Как правило, нарушения слуховой функции носят характер звукопроводящей тугоухости. Однако с увеличением длительности и тяжести воспалительного процесса в ряде случаев появляется более выраженное повышение порогов, особенно по костной проводимости, и появление смешанной формы тугоухости, что, в свою очередь, свидетельствует об определенном вовлечении в патологический процесс элементов внутреннего уха.

Вопрос о механизме и характере влияния различных патологических изменений в носовой полости и придаточных пазухах на состояние слуховой функции до настоящего времени остается спорным и малоизученным.

Большинство авторов, занимавшихся этой проблемой, склонны объяснять изменение слуха при заболеваниях носа и придаточных пазух нарушением вентиляционной функции слуховой трубы [1, 3—5].

Л. Е. Комендантов [2] утверждает, что снижение слуха у больных с гайморитами является результатом «нарушения кровообращения головы, сопровождающимся нарушением кровообращения внутреннего уха».

Ряд авторов [6] высказали мысль, что при заболеваниях носа и придаточных пазух больной «постоянно отправляет через трубу микробные агенты», оказывающие воздействие на слуховую функцию, т. е. подтвердили возможность существования ранее описанного в литературе феномена «сморкания через уши» и его влияние на слух. Однако, развивая дальше эту мысль, они пришли к заключению, что при заболеваниях носа и придаточных пазух возможно возникновение «скрытого воспаления» в барабанной полости, приводящего к «нервно-трофическим расстройствам в мукоперистоме, обеспечивающим капсулу лабиринта иннервацией и кровообращением, необходимым для питания». Это, в свою очередь, может оказывать быстрое и выраженное влияние на слуховую функцию.

Как видно из вышеизложенного, до настоящего времени отсутствует единое мнение по вопросу о причинах и характере изменения слуха при заболеваниях носа и придаточных пазух.

С целью изучения данного вопроса нами было проведено обследование 64 больных в возрасте от 16 до 50 лет, страдающих острыми и хроническими гайморитами. У всех больных изучалась степень затруднения носового дыхания по методу В. Г. Ермолаева и проходимость слуховых труб при помощи манометра Светлакова. Исследование слуховой функции осуществлялось при помощи тональной пороговой и надпороговой (метод Люшера, Си-си-тест) аудиометрии на аудиометре марки МА-30. Для изучения состояния вегетативной нервной системы, а также функциональной направленности ее отделов использовались фотоэритемная и адреналин-дионинная пробы.

Все больные были разделены на 2 группы: I группа—с острыми гайморитами (20), II группа—с хроническими гайморитами (44).

Анализ полученных результатов показал, что в I группе больных затруднение носового дыхания наблюдалось у 18 человек. Однако высокая степень затруднения (III и IV по В. Г. Ермолаеву) была выявлена нами лишь у 7 человек. Нарушение функции слуховых труб отмечалось у 13 чел. Слуховая функция оказалась измененной у 8 больных. Понижение слуха носило характер звукопроводящей тугоухости с повышением порогов воздушной проводимости в среднем не больше чем на 5—15 дБ, преимущественно в зоне низких частот. Пороги костной проводимости повышались также преимущественно в зоне низких частот в среднем не больше чем на 5 дБ.

Исследование вегетативной нервной системы показало превалирование возбудимости парасимпатического ее отдела у 9 (42,8%) и симпатического отдела у 7 больных (33,3%). У 4 человек (23,3%) отмечалась амфотония. Интересно отметить, что из 9 человек с парасимпатикотонией у 6 больных отсутствовало нарушение проходимости слуховых труб и у 7 человек страдала слуховая функция.

Во II группе больных (с хроническими гайморитами) затруднение носового дыхания наблюдалось у 26, причем высокая степень—только у 9 человек. Нарушение проходимости слуховых труб было отмечено у 11 человек. Изменения слуховой функции, выявленные у 23 человек, у 17 носили характер звукопроводящей, а у 6—смешанной тугоухости. Звукопроводящая тугоухость у больных II группы отличалась от таковой у больных I группы несколько более выраженным повышением порогов как по воздушной (в среднем 10—20 дБ.), так и по костной проводимости (в среднем на 5—10 дБ.), преимущественно в зоне низких частот.

Данные надпороговых исследований не выявили существенных различий у больных I и II группы. Так, дифференциальный порог силы звука (проба Люшера) в обеих группах был или равен или несколько превышал 1 дБ., Си-си-тест находился в пределах 25—30%. Между тем у больных со смешанным типом тугоухости наряду с более выраженным повышением порогов по воздушной и костной проводимости отмечалось снижение ДПС до 0,6—0,8 дБ. и увеличение Си-си-теста до 40—50%.

Результаты исследования вегетативной нервной системы показали уменьшение числа больных (по сравнению с I группой) с симпатикото-

нией до 9 человек (20,4%) и амфотонией до 11 человек (22,1%) и увеличение числа больных с парасимпатикотонией до 24 человек (54,5%). При этом у 21 больного с парасимпатикотонией не было выявлено нарушения вентиляционной функции слуховых труб.

Таким образом, у значительного числа больных (31 из 64 больных) с острыми и хроническими гайморитами имеется выраженное в той или иной степени поражение слуховой функции. Как правило, нарушение слуха носит характер звукопроводящей тугоухости. Однако с увеличением длительности и тяжести патологического процесса отмечается более выраженное повышение порогов, особенно по костной проводимости, и появление смешанной формы тугоухости, что, в свою очередь, по-видимому, свидетельствует о вовлечении в патологический процесс элементов внутреннего уха.

Затруднение носового дыхания, наблюдаемое нами у 44 из 64 больных, причем у 16 человек в выраженной степени (III и IV степень по В. Г. Ермолаеву), а также нарушение у 24 из 64 больных вентиляционной функции слуховых труб свидетельствуют о важной роли последних в механизме снижения слуховой функции при острых и хронических заболеваниях придаточных пазух носа.

В то же время отсутствие у ряда больных с понижением слуха затруднения носового дыхания и нарушения вентиляционной функции слуховых труб, а также наличие у них выраженной дисфункции вегетативной нервной системы, проявляющейся, как правило, парасимпатикотонией, дает нам возможность предположить, что в механизме тугоухости при острых и хронических заболеваниях придаточных пазух носа значительную роль играют и рефлексогенные воздействия со слизистой оболочки носовой полости на нервный аппарат среднего или даже внутреннего уха.

Лор-кафедра

Ленинградского института
усовершенствования врачей

Поступила 15/1 1975 г.

Ն. Հ. ՀԱՏԻՐԱՊԵՏՅԱՆ.

ԼՍՈՂԱԿԱՆ ՖՈՒՆԿՑԻԱՆ ԲԹԻ ՀԱՎԵԼՅԱԼ ԽՈՌՈՋԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԴԵՊՔՐՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո մ

Ուսումնասիրված են սուր և խրոնիկ համորիտով տառապող 64 հիվանդների մոտ լսողական ֆունկցիայի վիճակը: Մտացված անալիզների արդյունքները ապացուցում են, որ մեծ թվով սուր և խրոնիկ համորիտով հիվանդների մոտ կա որոշ չափով արտահայտված լսողական ֆունկցիաների պաթոլոգիա: Որպես կանոն լսողական ֆունկցիաների խանգարումը կրում է ձայնահաղորդման բոլոր խլուկյան լսողության բնույթ:

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилов Т. Е. Вестник ушных, горловых и носовых болезней, 1909, 2, стр. 170.
2. Комендантов Л. Е. Влияние характера дыхания на черепно-мозговое давление. ВОРЛ, 1927, стр. 170.
3. Преображенский С. С. Вестник попечительства о глухонемых, 1903, 20, стр. 347.
4. Эйгес С. Н. Гигиена и здоровье рабоче-крестьянской семьи, 1932, 34, стр. 5.
5. Kollar D., Huszár L. Pădiatrie Crenzgeb., 1968, 7, 115.
6. Taptas N. Respiration et machine humaine. Contribution à la physio-pathologie nasale avec applications cliniques dans les affections nasales et auriculaires et cardiopulmonaires. Paris, 1947, XVI, 223.