

ГО «УКРАЇНСЬКЕ НАУКОВЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО ЛІКАРІВ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ»  
ДУ «ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ім. проф. О.С. КОЛОМІЙЧЕНКА НАМН УКРАЇНИ»

**Ж**урнал  
**вушних,  
носових  
і горлових  
хвороб**

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ  
ДВОМІСЯЧНИЙ  
ЖУРНАЛ

Заснований у січні  
1924 року

**№ 5-с**

жовтень  
2018

Спеціальний випуск «Журналу вушних, носових і горлових хвороб» присвячено роботі Щорічної традиційної осінньої конференції Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів з міжнародною участю «Сучасні досягнення в оториноларингології» (1-2 жовтня 2018 р.).

Відповідальна за випуск: **Холоденко Т.Ю.**

Адреса редакції: 01680, м. Київ-680, вул. Зоологічна, 3. Телефон: 483-12-82

Підписано до друку 17.09.2018 р.  
Формат 60x84/8. Друк офсетний. Тираж 1000 прим. Замовлення №

Виготовлено у ТОВ «Вістка».

## ПОРАЖЕНИЯ УХА ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Одним из основных критериев аутоиммунного поражения внутреннего уха является наличие аналогичной сочетанной патологии внутренних органов, опорно-двигательной системы и эффективность применения кортикостероидов и иммунодепрессантов. Как правило, оно сочетается системными поражениями соединительной ткани, с ревматоидным артритом, анкилозирующим спондилитом, васкулитами, рецидивирующим полихондритом, узелковым периартериитом, болезнью Крона, бронхиальной астмой. При превышении 10-летнего срока заболевания, поражение сенсоневрального аппарата встречается почти у 50% пациентов.

Под нашим наблюдением состоит 18 пациентов среднего возраста (20-60 лет) с различными формами аутоиммунной патологии и поражением слуха. Превалирующим поражением слуха у них являлся прогрессирующий ассиметричный двусторонний сенсоневральный компонент, однако, у 12 пациентов из них присутствовал смешанный тип тугоухости, который можно отнести к параллельно развившемуся атриту наковальне-стременного сустава, тимпаносклерозу, гидropsу лабиринта, хроническому тубоотиту, что сопровождалось выраженным шумом, чувством распирания в ушах. Семейный характер тугоухости выявлен у 5 человек. У 4 больных это сопровождалось меньероподобным синдромом, а еще у 5 – несистемными головокружениями. У 7 пациентов с сопутствующим ревматоидным артритом диагностированы неврологические осложнения, связанные с поражением шейного отдела позвоночника в виде атлантоаксиального подвывиха, стеноза позвоночного канала, формирования грыж Шморля, что усугубляло течение заболевания вертебробазиллярной недостаточностью. Аудиологическое исследование выявляло поражение слуха преимущественно на средние и высокие частоты, нередко с нарушением разборчивости речи. При наличии кондуктивного компонента, тимпанометрия выявляла резкое уплощение пика кривых, вплоть до тимпаногаммы типа «В» (8 пациентов), отрицательное давление в барабанной полости. Поскольку диагностика аутоим-

мунной тугоухости опирается преимущественно на особенности клинической картины, признаки прогрессирующей СНТ и наличие ответа на применение кортикостероидов и цитостатиков, необходим регулярный контроль слуха у данной группы пациентов с проведением адекватной терапии совместно с врачами ревматологами. Тем более, что выраженная прогрессия тугоухости наблюдается, как правило, при обострении основного аутоиммунного заболевания. В отличие от других форм СНТ, лечение аутоиммунной формы должно проводиться длительно, до 3-х месяцев. Основными препаратами выбора являются глюкокортикоиды, которые назначали не «пульс-терапией», а длительно, по снижающей схеме 2-3 месяца. Одновременно вводили их в барабанную полость, что позволяло существенно снизить кондуктивный компонент, шум в ушах. Введением кортикостероидов в барабанную полость через евстахиевую трубу достигали уменьшения системной дозы применения препаратов, их неблагоприятных эффектов, и оказывали целенаправленное воздействие как на среднее, так и на внутреннее ухо. При этом достижение терапевтического эффекта нередко удавалось только спустя 3-4 недели терапии. При необходимости назначения иммуносупрессоров (циклофосфана, метотрексата) лечение проводилось под контролем ревматолога с мониторингом биохимических показателей крови.

Контроль состояние слуха проводился, как правило, не ранее, чем через месяц от момента начала терапии. Улучшение функции сенсоневрального аппарата (не менее чем на 15 дБ на средние частоты) мы отмечали у 50% пациентов, уменьшение кондуктивного компонента – практически у всех больных.

Для выявления аутоиммунного поражения слуха необходимо оценивание не только данных аудиологического исследования, но также тщательный сбор анамнеза и контроль общеклинических лабораторных показателей. Своевременность и регулярность проведения терапии может предотвратить прогрессирование снижения слуха и инвалидизацию пациентов.