

Т.Т. МАКАРОВА, И.А. ЧЕМЕРКИНА

**УШНОЙ ШУМ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ***ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины»  
(дир. – акад. НАМНУ, проф. Д.И. Заболотный)*

Одной из частых жалоб при обращении к отоларингологу и невропатологу является ушной шум. Шумом в ушах называют неприятное слуховое ощущение, возникающее при отсутствии внешнего источника звука [4]. Шум или звон в ушах представляет собой равномерное, относительно продолжительное одно или двустороннее звуковое ощущение, диффузно распространяющееся в голове [3]. Если звук воспринимается только пациентом, говорят о субъективном шуме, если исследователь также может услышать его с помощью фонендоскопа, констатируют объективный шум. Объективный шум – обычно длительный, пульсирующий и выслушивается при каждом ударе сердца. В то же время объективные шумы бывают сосудистыми и мышечными, например, объективно выслушиваемые шумы при миоклонии мышц среднего уха, при миоклонии среднего неба [1].

Причиной неппульсирующего шума в ушах может быть любой патологический процесс, локализирующийся по ходу слухового проводящего пути от уха до коры головного мозга: в области наружного слухового прохода, среднего, внутреннего уха или в ретрокохлеарной области, в структурах звукопроводящего аппарата, нерва, проводящих путей, коре [2]

В большинстве случаев причиной служит патологический процесс в улитке. Отоневрологическое обследование более 100000 лиц с поражением слухового анализатора привело к заключению, что субъективный шум может возникать при поражениях слухового анализатора на самых различных уровнях: периферического рецептора, корешка VIII пары черепных нервов, слуховых ядер и путей в стволе мозга, подкорковых отделах и коре головного мозга [2]. С физиологической точки зрения, шум можно трактовать как патологический застойный очаг возбуждения в слуховом анализаторе [2].

Наиболее сильные и мучительные шумы возникают при поражении звукопроводящих сред (наружного, среднего, внутреннего уха), и рецепторного аппарата. Шумы, связанные с поражением среднего и внутреннего уха, локализуются в ушах, при ретрокохлеарном поражении – в голове. Характер шума не указывает

на локализацию поражения. Возможными причинами шума в ушах могут быть акустическая травма, пресбиакузия, синдром Меньера, тимпаносклероз, шваннома преддверно-улиткового нерва, арахноидит мосто-мозжечкового угла, опухоли задней черепной ямки, токсическое воздействие лекарственных средств, вирусные инфекции, бактериальные инфекции, сосудистые нарушения, травмы и другие специфические заболевания уха (синдром Лермуайе, отосклероз, болезнь Педжета, острая сенсоневральная тугоухость [6], перилимфатическая фистула, поверхностный гемосидероз ЦНС и другие).

Шум в ушах бывает крайне неприятным, и иногда делает жизнь невыносимой. Шум обычно выражен ночью и нередко вызывает бессоницу. При непрекращающемся шуме часто развиваются хроническая тревожность и депрессия.

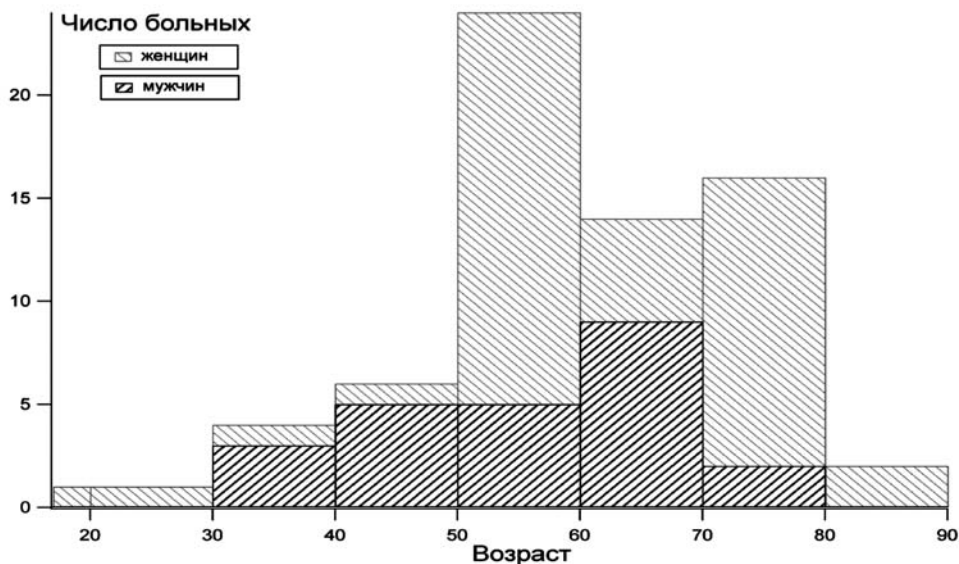
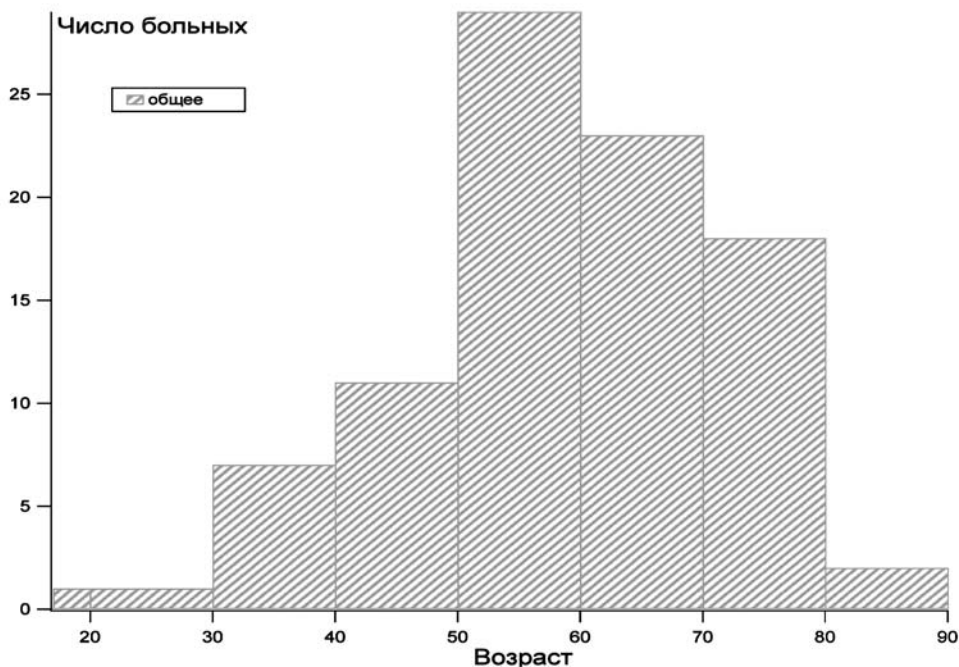
В связи с вышеизложенным изучение клинических проявлений, диагностики, а в дальнейшем и возможностей лечения больных с ушным шумом представляется достаточно актуальным.

В консультативную поликлинику ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины» в 2006-2010 годах обратилось 92 человека с жалобами на ушной шум. Из них мужчин было 24 (26,1%) и женщин – 68 (73,9%) в возрасте от 20 до 84 лет. Длительность заболевания – от 2 нед до 25 лет. Распределение пациентов с ушным шумом по возрасту представлено на рис. 1.

На этом рисунке наглядно показано преобладание больных с ушным шумом в возрасте от 50 до 70 лет. Более подробно распределение пациентов по полу и возрасту показано на рис. 2.

На рис. 2 мы видим преобладающее число женщин во всех возрастных группах, однако если в возрасте 30-40 и 40-50 лет число женщин и мужчин отличается незначительно (в 1,3 и 1,2 раза), то в возрастных группах 50-60 и 70-80 лет разница весьма значительна. В возрастной группе 50-60 лет женщин в 4,8 раза больше, чем мужчин, а в группе 70-80 лет в 8 раз.

Обследование больных заключалось в проведении отоларингологического обследования, аудиометрии, неврологического обследования, МРТ головного мозга, ультразвукового исследова-



дования магистральных сосудов головы, общеклинического и биохимического анализов крови, коагулограммы. Выполненное обследование позволило дифференцировать для специального лечения пациентов с оториноларингологической, нейрохирургической и нейроинфекционной патологией.

*Пример.* Больная Б., 64 лет, обратилась с жалобами на шум в ушах, ухудшение слуха после гриппа на протяжении 2 нед., беспокоило также головокружение. В неврологическом статусе: симптом Горнера слева, глухота справа, горизонтальный среднеразмашистый нистагм, болезненность при движении глазных яблок, сухожильные и периостальные рефлексy D < S,

симптом Штрюмпелля справа. Резко выражена асинергия Бабинского. Менингеальных симптомов не выявлено. ЛОР-статус: AD – субтотальный дефект барабанной перепонки, отделяемого нет; AS – N. На МРТ головного мозга определяется наличие объемного образования в мосто-мозжечковом углу справа, округлой формы, размером 1,9x1,9x1,4 см, неоднородной структуры за счет сосудов и кистозного компонента. Диагноз: невринома правого слухового нерва. Больная направлена в клинику для хирургического вмешательства.

Под нашим наблюдением находилось 28 пациентов в возрасте от 52 до 70 лет с ушным шумом и длительностью заболевания до 3 мес.

Обследуемые часто жаловались на ощущение тяжести в голове по утрам, отечность тканей орбит, шаткость при ходьбе, ухудшение памяти, внимания. Снижение слуха-сенсоневральная тугоухость различной степени отмечалась у 17 человек. В неврологическом статусе у больных с ушным шумом наиболее часто выявлялись недостаточность конвергенции глазных яблок, гипестезия в парааурикулярной зоне с одной или двух сторон, легкая асимметрия носогубных складок, горизонтальный средне-размашистый нистагм, симптом Маринеску-Радовичи, хоботковый рефлекс. В двигательной сфере определялась легкая анизорефлексия с наличием симптома Штрюмпелля с одной или двух сторон. При исследовании координаторной сферы – неуверенность или промахивание при пальце-носовой и пяточно-коленной пробах, асинергия Бабинского, элементы мозжечковой, сенситивной, вестибулярной атаксии. Менингеальных симптомов не было ни в одном случае.

По данным МРТ головного мозга, у большинства лиц ушным шумом наблюдалась неравномерность конвекситальных ликворных пространств, часто в височно-лобной области, с наличием неравномерно расположенных гипер- и гиподенсивных очагов, расширенных пространств Вирхова-Робена. По данным УЗДГ сосудов головы и шеи, эхо-признаков окклюзии и стеноза не выявлено, отличались значительный функциональный спазм артерий всех уровней в обоих бассейнах, часто с преобладанием в вертебрально-базиллярном бассейне, форма доплерограммы гипертонического типа (спазматического), нестенозирующий церебральный атеросклероз в ряде случаев, вертеброгенные деформации позвоночных артерий, функция со-

единительных артерий сохранена у всех пациентов, признаки венозной дисциркуляции также определялись у всех – выраженные венозные нарушения во всех отделах, больше в задних.

Обнаруженные таким образом явления ангиоспазма церебральных сосудов и венозного застоя у всех с ушным шумом позволили предположить целесообразность включения в комплекс их лечения препаратов, улучшающих мозговое кровообращение (кавинтон, оксбрал) и венозный отток (троксевазин, детролекс). Троксевазин был назначен 22 больным, детролекс – 6 в течение 1 мес. Улучшение после рекомендованного курса терапии отмечалось у 16 (57,1%) обследуемых. Следует отметить, что полученные данные носят предварительный характер и требуют дальнейшего изучения.

### **Выводы**

1. Ушной шум наблюдается преимущественно у пациентов старших возрастных групп – 50-84 лет.
  2. Среди лиц с ушным шумом преобладают женщины.
  3. Ультразвуковым исследованием сосудов головы и шеи у больных с ушным шумом наиболее часто выявляются функциональный вазоспазм церебральных артерий, явления венозной дисциркуляции, церебрального атеросклероза.
  4. Включение в комплекс лечения пациентов с ушным шумом препаратов, улучшающих мозговое кровообращение и венозный отток, в ряде случаев (57,1%) приводит к положительному эффекту при длительности заболевания менее 3 мес.
1. Благовещенская Н.С. Топическое значение нарушений слуха, вестибулярной функции, обоняния и вкуса при поражениях головного мозга. – М.: МедГИЗ, 1962. – 272 с.
  2. Благовещенская Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы. – М.: Медицина, 1990. – 328 с.
  3. Марко Мументалер, Хейндрик Маттле / Неврология. Пер. с нем. / Под ред. О.С. Левина. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 920 с.
  4. Неврология / Под ред. М. Самуэльса (Пер. с англ.). – М.: Практика, 1997. – 640 с.
  5. Холин А.В. Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы. – СПб.: Гиппократ, 2000. – 192 с.
  6. Шидловська Т.В. Шидловська Т.А. Косаковський А.Л. Діагностика та лікування сенсоневральної приглухуватості: Навч. посібник для лікарів. -К.: НМАПО ім. П.Л.Шупика, 2008. – 432 с.

Поступила в редакцию 04.10.11.

© Т.Т. Макарова, И.А. Чемеркина, 2011