

приглухуватість, характерна для змішаної форми отосклерозу.

Результати

Серед обстежених 117 пацієнтів трьох груп в анамнезі відмічені спадкові кінетози у 47,0% випадків. Із них у 14,0 % випадків при симетричній приглухуватості відзначена симетрична гіперрефлексія експериментальної ністагмової реакції при функціональній стимуляції з відсутністю спонтанної симптоматики (спонтанного ністагму та порушень функції рівноваги), яка вказувала на скриту підвищену симетричну збудливість вестибулярної функції за змішаним типом у цих пацієнтів. Підвищена вестибулярна збудливість, співпадала з наявністю спадкових кінетозів, що виникали у них при тривалих транспортних навантаженнях.

У 28,0 % випадках при асиметричних змішаних слухових порушеннях виникали спадкові кінетози, які проявлялись асиметричністю вестибулярних реакцій. Вони, як й при симетричних порушеннях, у ранньому післяопераційному терміні (1-2 день після проведення хірургічної операції) зафіксовані у вигляді гострого стану вестибулярної дисфункції за периферичним типом з виникненням спонтанної симптоматики (появою спонтанного ністагму, вестибуло-вегетативних рефлексів – нудоти та блювоти, а також порушень статичної й координації рухів). Цей стан потребував своєчасної медикаментозної корекції.

У 5,0 % випадків зареєстровані набуті кінетози, які проявлялись при транспортних навантаженнях при появі шуму у вусі, відчутті закладання та зниження слуху. За даними комплексного обстеження у цих пацієнтів виявлена змішана форма отосклерозу.

Співставлення даних вестибулярної дисфункції зі структурними змінами на МСКТ, які проявлялись явищами розрідження кісткової тканини з переходом на вікна (овальне та кругле) у хворих зі змішаною формою отосклерозу у 3 випадках, звуженням розмірів овальних вікон з обох боків у 2 випадках, явищами демінералізації у завитці, у півколових каналах та у присінку у 4 випадках та явищ отоспонгіозу від овального вікна по ходу півколових каналів з обох боків у 2 випадках, ознак високого стояння цибулини яремної вени з наявністю кісткового дефекту між каналом та стінкою внутрішнього слухового каналу (дивертикул цибулини) – в одному випадку. Проведений аналіз свідчить про помірний кореляційний зв'язок ($r=0,63$) між виявленими порушеннями.

Висновки

1. Вивчено особливості клінічного перебігу показників функціональних вестибулярних розладів у поєднанні зі структурними змінами у вušному лабіринті, які підвищують якість діагностики, сприяють вибору оптимальних лікувальних заходів при отосклерозі.

2. Визначено, що вроджені кінетози, які проявляються симетричною гіперрефлексією експериментального ністагму є прогностичним чинником у формуванні вестибулярної дисфункції при отосклерозі за змішаним типом.

3. Встановлено, що набуті кінетози можуть бути ранньою ознакою основного захворювання, що потребує своєчасного дообстеження та уточнення у динаміці.

4. Досліджена при отосклерозі необхідність превентивного лікування при явній чи скритій вестибулярній дисфункції, гострого вестибулярного стану, вроджених та набутих форм кінетозів, а також при знахідках на МСКТ.

© Н.С. Міщанчук, О.М.Борисенко, А.Л. Бобров, Ю.П.Терницька, 2019

*К.Ю. КУРЕНЬОВА, О.О. КОРОВАЙ, Ю.М. КОЗАК-ВОЛОШАНЕНКО, Л.М. БАКА
(КИЇВ, УКРАЇНА)*

РОЗПОДІЛ СКАРГ МІСЦЕВОГО ТА ЗАГАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ У ПАЦІЄНТІВ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ГІПОТОНУСНОЮ ДИСФОНІЄЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АМПЛІТУДИ АРВМ

Низкою дослідників доведено неабияку роль стану слухового аналізатора у виникненні та розвитку функціональних порушень голосу, оскільки існує тісний взаємозв'язок голосоутворюючої і слухової систем, який реалізується, насамперед, за рахунок центральних механізмів

взаємодії (Б.М. Сагалович, 1991; О.С. Орлова, 1991 та ін.). Автори (Д.И. Заболотный, Т.А. Шидловская, 1998; Т.А. Шидловська, 1998; 2011; Т.А. Шидловська і співавт., 2004 та ін.) вказують що найтяжчий перебіг функціональних дисфоній спостерігається у хворих з більш

вираженими функціональними змінами в стовбуромозкових структурах слухового аналізатора за даними слухових викликаних потенціалів (СВП).

Нині широке розповсюдження знайшов метод імпедансної аудіометрії, який дає можливість до деякої міри оцінити стан стовбуромозкових структур головного мозку за даними амплітудних характеристик АРВМ (акустичного рефлексу внутрішньовушних м'язів) (Burkey et al, 1996).

Метою даної роботи стало дослідження розподілення місцевих та загальних скарг у пацієнтів з хронічною функціональною гіпотонусною дисфонією (ХФГД) в залежності від амплітуди АРВМ. Проведені нами дослідження АРВМ у 155 хворих на функціональну гіпотонусну дисфонію показали, що у 20 хворих (12,83%) амплітуда акустичного рефлексу знаходилася в межах норми і становила $(0,21 \pm 0,006)$ та $(0,22 \pm 0,004)$ см³ при іпси- та контралатеральній стимуляції відповідно. Ці хворі були нами виділені у групу I. У 52 досліджуваних хворих (33,58 %) мала місце низька амплітуда АРВМ, яка склала $(0,07 \pm 0,006)$ та $(0,08 \pm 0,005)$ см³ відповідно при іпси- та контралатеральній стимуляції. Хворі на ХФГД з низькою амплітудою АРВМ були віднесені нами до групи III. До II групи увійшли 83 хворих (53,54 %) з помірно зниженою амплітудою АРВМ до $(0,14 \pm 0,009)$ та $(0,15 \pm 0,009)$ см³ при іпси- та контралатеральній стимуляції відповідно.

Розподіляючи місцеві скарги хворих на ХФГД в залежності від амплітуди АРВМ (групи I, II та III) нами було виявлено, що незалежно від амплітуди АРВМ, практично всіх хворих на ХФПГ турбувала захриплість голосу. Дискомфорт в області гортані мав місце в 100% випадків у хворих з помірно та значно зниженою амплітудою АРВМ (групи II та III) і у 75% випадків у I групі з нормальними значеннями амплітуди акустичного рефлексу. Скарги на покашлювання та підвищену втомлюваність голосового апарату значно менше турбували хворих I групи (в 40 та 50% відповідно), ніж осіб II та III груп. У другій групі відсотковий вміст таких скарг ста-

новив 83,13 та 86,74%, а у III – 73,13 та 94,23% відповідно. Ще більш цікавим виявився розподіл загальних скарг в залежності від величини амплітуди АРВМ. У хворих I групи з нормальною амплітудою АРВМ зовсім не було скарг на запаморочення та порушення пам'яті. Пацієнтів II групи з помірним зниженням амплітуди АРВМ зазначені скарги турбували в 18,07 та 32,53% відповідно, а хворих зі значно зниженою амплітудою акустичного рефлексу – в 76,9 та 75,0%.

Менше 10% досліджуваних I групи скаржилися на тяжкість в голові, порушення сну та дискомфорт в області серця і 15% - на лабільний АТ. В II групі зазначені показники склали 57,83; 46,99; 36,14 та 48,19% відповідно. В III групі скарги на відчуття тяжкості в голові спостерігалися в 84,61% випадків, на порушення сну - 80,77%, а серцебиття та дискомфорт в області серця - в 69,23%. Лабільний АТ турбував хворих III групи в 78,85% випадків. Тобто скарги на відчуття тяжкості в голові, порушення сну, лабільний АТ та дискомфорт в області серця набагато частіше спостерігалися у хворих на ХФГД III групи з низькою амплітудою АРВМ (отже, з певною дисфункцією стовбуромозкових відділів слухового аналізатора).

Емоційна нестійкість була притаманна майже всім пацієнтам III групи (92,3%) і переважній більшості (85,0%) хворих I групи. В II групі досліджуваних емоційна нестійкість турбувала 59,04% хворих.

Проведені нами дослідження демонструють наявність більш виражених скарг загального характеру у хворих на функціональні дисфонії зі зниженою амплітудою АРВМ. Також слід відмітити більшу схильність хворих цієї групи до рецидивування захворювання. Так, середня кількість рецидивів на протязі року у пацієнтів III групи була найвищою – $(5,44 \pm 0,26)$ на протязі року, а у пацієнтів I та II груп становила $(1,75 \pm 0,1)$ та $(3,42 \pm 0,7)$ відповідно.

Таким чином, на нашу думку, величина амплітуди АРВМ може бути використана в якості об'єктивного критерію для визначення тяжкості перебігу функціональних дисфоній.