

// Фундаментальные исследования № 10, 2014. – С. 1127–1131.

2. Лелевич, В.В. Особенности обмена гамма-аминомасляной кислоты в печени крыс при разных режимах алкогольной абстиненции / В.В. Лелевич, А.Г. Виницкая, С.В. Лелевич и др. // Биомедицинская химия, 2014. – Т. 60, вып. 5. – С. 561–566.

3. Марков, Х.М. О биорегуляторной системе L-аргинин – оксид азота / Х.М. Марков // Патологическая физиология и экспериментальная терапия, 1996. – № 1. – С. 34–39.

4. Arginine Reverses Ethanol-Induced Inflammatory and Fibrotic Changes in Liver Despite Continued Ethanol Administration / Amin A. Nanji [et al.] // The Journal Of Pharmacology And Experimental Therapeutics, 2001. – № 299. – P. 832–839.

5. Cellular and Mitochondrial Effects of Alcohol Consumption / Manzo-Avalos S.[et al.] // Int J Environ Res Public Health, 2010. – Dec; 7(12). – P. 4281–4304.

6. Fusco, D. Effects of antioxidant supplementation on the aging process / D. Fusco, G. Colloca, M.R. Lo Monaco // Clin Interv Aging, 2007. – Vol. 2. № 3. – P. 377–387.

7. Harman, D Role of antioxidant nutrients in aging: Overview / D. Harman // Age, 1995. – Vol. 18. № 2. – P. 51–62.

8. Uzbay, I.T. Effects of fluoxetine on ethanol withdrawal syndrome in rats / I.T. Uzbay [et al.] // Psychiatr Res, 2004. – Jul-Aug. №38(4). – P. 445–450.

## ОТОСКЛЕРОЗ У ДЕТЕЙ

*Алещик И.Ч., Хоров О.Г., Ракова С.Н.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Отосклероз – это генетическое заболевание, возникающее по причине образования спонгиозной кости (очага) вокруг основания стремени, которое теряет свою подвижность. Результатом заболевания является расстройство проведения звука, после чего развивается тугоухость. Преобладающий возраст 15-40 лет, чаще болеют женщины (2:1). Наблюдаются случаи проявления заболевания и в возрасте 12-14 лет. Отосклероз развивается постепенно, поражая сначала одно ухо, а через несколько месяцев переходит на второе.

Согласно данным литературы, гистологический отосклероз наблюдается в среднем у 10-12% населения планеты и определяется только по данным аутопсии [1]. Клинический отосклероз выявляется у 0,1-1% населения земного шара [1]. Его эпидемиологическая распространенность, по данным J. Perez-Lazaro (2005), составляет 5,67 пациента на 100 тыс. жителей [1]. Юношеская форма отосклероза встречается примерно у 10% пациентов и приводит к тяжелой тугоухости [2].

Статистические данные о распространенности клинического отосклероза касаются главным образом его стапедиальной формы, сопровождающейся

кондуктивной или смешанной тугоухостью, субъективным ушным шумом и, редко, нарушением функции вестибулярного аппарата. Наряду с этим накоплено много сведений об отосклеротическом поражении костной капсулы улитки, проявляющемся только сенсоневральной тугоухостью [3].

Выделяют несколько причин возникновения отосклероза:

1. Наследственность – заболевание проявляется у нескольких поколений, у членов семьи можно проследить генетические дефекты. Если у женщины во время беременности проявился отосклероз, то существует высокая вероятность того, что она передаст заболевание ребенку. В её организме происходят эндокринные и метаболические изменения, результатом которых является дисфункция щитовидной и паращитовидных желез [4].

2. Инфекционное воздействие – влияет на генетически детерминированную предрасположенность к отосклерозу, к примеру, таким заболеванием может быть корь [4].

3. Триггерные факторы хронической акустической травмы – приводят к нарушениям кровоснабжения костной капсулы лабиринта, кальцинозу хрящевой ткани [4].

Наиболее эффективным методом лечения является стапедопластика [1]. Во время операции удаляются ножки стремечка, в подножной пластинке формируется отверстие (механически или с использованием лазера) и в него устанавливается протез, укрепленный на наковальне [5]. В последнее время в хирургическом лечении стали применять импланты среднего уха CODACS, новый оптимальный протез из нитинола NiTiBOND, применяемого вместо стремечка, импланты Vibrant Soundbridge и Bonebridge, активные слуховые импланты среднего уха, кохлеарную имплантацию у пациентов с отосклерозом в кохлеарной стадии, аутохрящ ушной раковины [6].

Результаты стапедопластики показывают хорошие результаты. Улучшение функциональных результатов наблюдаются у 71 – 88% пациентов через 2–3 месяца после операции [5, 6]. О результатах хирургического лечения у детей в литературе данных нет. Результаты операций на стремечке обычно описываются путем презентации лучших результатов на тональной аудиометрии или уменьшения улиткового резерва. Немногие научные работы сосредоточены на качестве жизни пациентов после операции. Однако, в случае пациентов с отосклерозом, лучшие результаты тональной аудиометрии не всегда свидетельствуют о лучшем восприятии звуков, ожидания пациентов не всегда оправдываются.

**Цель работы:** оценить функциональные результаты хирургического лечения отосклероза у детей и взрослых на основании клинических данных и аудиометрии.

**Материал и методы исследования.** Изучено 245 историй болезни пациентов, страдающих отосклерозом, которым в УЗ «ГОКБ» в период с 2002 по 2016 год выполнялась стапедопластика. Женщин было 175 (71,4%), мужчин – 70 (28,6%), соотношение 2,5:1. Всем выполнена операция стапедопластика. Операция на правом ухе выполнена у 126 (51,4%) пациентов, на левом ухе – у 119 (48,6%) пациентов. Возраст составил от 9 до 63 лет (средний возраст

46,3±8,7 лет). Дети до 18 лет – 12 (4,9%) пациентов, возраст 18-29 лет – 46 (18,8%), возраст 30-39 лет – 71 (29,0%), возраст старше 40 лет – 116 (47,3%) пациентов. Городские жители составили 172 (70,2%) пациентов, сельские жители – 73 (29,8%) пациента.

Изучили изменения воздушной и костной проводимости на частотах 500, 1000, 2000, 4000 Гц и улиткового резерва по данным аудиограмм, шепотной речи и ушного шума до операции и через 3 месяца после операции.

Результаты и их обсуждение. В жалобах до операции у 172 (70,2%) пациентов присутствовал субъективный ушной шум, из них среди взрослых у 160 (68,7%) пациентов и у всех 12 (100%) детей.

После операции среди взрослых субъективный ушной шум исчез или стал значительно меньше у 136 (85,0%) пациентов, остался только у 24 (15,0%) человек.

Уменьшение интенсивности или прекращение ушного шума отметили 10 (83,3%) детей, ушной шум на прежнем уровне у 2 (16,7%) ребенка.

Шепотная речь у взрослых до операции составила 1,4±0,5 м, разговорной речи – 2,9±1,6 м. У детей шепотная речь до операции – 0,9±0,2 м, разговорная речь – 2,7±1,1 м.

После операции шепотная речь у взрослых составила 5,1±0,4 м, у детей – 4,6±0,8 м. Данное увеличение достоверно у детей и взрослых ( $p<0,05$ ).

По данным аудиометрии улитковый резерв (УР) у детей до операции на частоте 500 Гц составил в среднем 37±1,1 дБ, на частоте 1000 Гц – 37±1,2 дБ, на частоте 2000 Гц – 32±0,9 дБ и на частоте 4000 Гц – 35±1,0 дБ. УР у взрослых на частоте 500 Гц составил в среднем 29±0,25 дБ, на частоте 1000 Гц – 32±0,2 дБ, на частоте 2000 Гц – 24±0,25 дБ и на частоте 4000 Гц – 29±0,25 дБ. На всех частотах УР у взрослых достоверно меньше ( $p<0,05$ ), чем у детей. У детей быстрее и более глубоко наступает снижение слуха.

После операции УР у детей уменьшился на всех частотах: на 500 Гц он составил 19±1,0 дБ, на 1000 Гц – 18±1,2 дБ, на 2000 Гц – 18±0,6 дБ, на частоте 4000 Гц – 17±0,7 дБ. Данное уменьшение УР достоверно ( $p<0,05$ ).

УР после операции у взрослых также уменьшился на всех частотах: на 500 Гц он составил в среднем 26±0,47 дБ, на частоте 1000 Гц – 28±0,68 дБ, на частоте 2000 Гц – 21±0,21 дБ и на частоте 4000 Гц – 23±1,1 дБ. Уменьшения УР достоверно наблюдалось на всех частотах ( $p<0,05$ ).

УР у детей в сравнении со взрослыми на частотах 500, 1000 и 4000 Гц уменьшился достоверно ( $p<0,05$ ).

#### **Выводы.**

1. Отосклерозом чаще болеют женщины (2,5:1) в возрасте около 40 лет.
2. Среди всех пациентов отосклерозом дети составляют 4,9%.
3. У детей более быстро и глубоко наступает снижение слуха.
4. Хирургическая реабилитация слуха у детей дает значительно лучший функциональный результат.
5. Улитковый резерв у детей и взрослых после операции достоверно уменьшился на всех частотах.
6. После операции субъективный шум в ушах сохранился только у 16,7% детей и 15% взрослых.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Perez–Lazaro, J. Effectiveness assessment of otosclerosis surgery / J. Perez–Lazaro // Acta Oto–Laryng. – 2005. – Vol. 125. – № 3. – P. 935–945.
2. Kulakova, L. A. Nablyudenie nasledstvennogo (yunosheskogo) otoskleroza / L. A. Kulakova, I. V. Bodrova // Vestnik otorinolaringologii. – 2012. – N 2. – S. 69–70.
3. Bloch, S. The spatial distribution of otosclerosis: a quantitative study using design–based stereology / S. Bloch, M. Sorensen // Acta Oto–Laryngologica. – 2010. – Vol. 130. – P. 532–539.
4. Chole, R. Pathophysiology of otosclerosis / R. Chole, M. McKenna // Otol Neurotol. – 2001. – Vol. 22. – P. 249–257.
5. Kos, M. Short– and longterm results of stapedotomy and stapedectomy with a teflonwire piston prosthesis / M. Kos, P. Montandon, J. Guyot // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2001. – P. 907–911.
6. Zuur, A. Retrospective analyses of early postoperative hearing results obtained after stapedotomy with implantation of new titanium stapes prosthesis / A. Zuur, G. De Bruijn, R. Lindeboom, R. Tange // Otology and Neurotology. – 2003. – V. 24. – P. 863–867.

## РЕДКИЕ СЛУЧАИ ЛИМФОМЫ БЕРКИТТА С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Алещик И. Ч., Равданович Ю. Л., Дюрдь Т. И.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Лимфомы – неоднородная группа злокачественных опухолей, включающая лимфому Ходжкина и неходжкинские лимфомы (НХЛ). Лимфомы составляют около 4% от всех злокачественных опухолей и занимают 6-е место по смертности от онкологических заболеваний [1]. Лимфома Беркитта (ЛБ) – одна из разновидностей В-клеточных НХЛ с высокой фракцией пролиферирующих клеток (Ki-67 80-100%). Среди всех вариантов НХЛ этот тип опухоли составляет 2%. Характерными клиническими особенностями спорадической лимфомы Беркитта являются: короткий анамнез заболевания, генерализованные стадии на момент диагностики, экстранодальные поражения, преимущественное поражение органов брюшной полости (печень, желудок, тонкий и толстый кишечник, селезенка), центральной нервной системы, костного мозга, лимфатических узлов, чаще встречается у мужчин в возрасте 35-40 лет. У детей составляет 30-50% всех лимфом, средний возраст пациентов 8-12 лет [2]. При ЛБ в 80% случаев поражаются органы брюшной полости. Наиболее частой локализацией опухоли у заболевших европейцев (спорадический тип) являются абдоминальные лимфатические узлы и толстая кишка с вторичным вовлечением мезентериальных лимфатических узлов, яичников, почек, молочных желез. Поражение центральной нервной системы наблюдается в 60–70%, костного мозга – у 20% пациентов.