

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Проблема тугоухости в настоящее время приобретает все большую актуальность в медицинском и социальном аспекте. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в решении проблемы за последние годы, число лиц с дефектами слуха возрастает в значительной степени за счет сенсоневральной тугоухости (СНТ). Нейросенсорная тугоухость (НСТ) является одним из распространенных заболеваний и одной из актуальных проблем оториноларингологии. 1–6% населения земного шара страдает выраженной тугоухостью, затрудняющей социальное общение.

В монографии проанализированы этиология, патогенез, современные методы диагностики и лечения больных с сенсоневральной тугоухостью, разработан алгоритм диагностики и лечения больных с сенсоневральной тугоухостью, даны рекомендации врачам.

Данная монография предназначена для магистров оториноларингологии, клинических ординаторов и врачей оториноларингологов.

Шайхова Халида Эркиновна - д.м.н., профессор кафедры Оториноларингологии и стоматологии ТМА.

Globe
EDIT



Халида Шайхова

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ



9 7 8 6 2 0 0 6 4 8 7 0 9

Globe
EDIT

Халида Шайхова

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С
СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ**

FOR AUTHOR USE ONLY

FOR AUTHOR USE ONLY

Халида Шайхова

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
У ПАЦИЕНТОВ С
СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ
ТУГОУХОСТЬЮ**

FOR AUTHOR USE ONLY

GlobeEdit

Imprint

Any brand names and product names mentioned in this book are subject to trademark, brand or patent protection and are trademarks or registered trademarks of their respective holders. The use of brand names, product names, common names, trade names, product descriptions etc. even without a particular marking in this work is in no way to be construed to mean that such names may be regarded as unrestricted in respect of trademark and brand protection legislation and could thus be used by anyone.

Cover image: www.ingimage.com

Publisher:

GlobeEdit

is a trademark of

Dodo Books Indian Ocean Ltd. and OmniScriptum S.R.L publishing group

120 High Road, East Finchley, London, N2 9ED, United Kingdom

Str. Armeneasca 28/1, office 1, Chisinau MD-2012, Republic of Moldova,
Europe

Printed at: see last page

ISBN: 978-620-0-64870-9

Copyright © Халида Шайхова

Copyright © 2023 Dodo Books Indian Ocean Ltd. and OmniScriptum S.R.L
publishing group

FOR AUTHOR USE ONLY

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

УДК: 616-28-008.14:616-071.1

ШАЙХОВА ХАЛИДА ЭРКИНОВНА

МОНОГРАФИЯ

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ
ТУГОУХОСТЬЮ**

2023г.

В монографии проанализированы этиология, патогенез, современные методы диагностики и лечения больных с сенсоневральной тугоухостью, разработан алгоритм диагностики и лечения больных с сенсоневральной тугоухостью, даны рекомендации врачам.

Данная монография предназначена для магистров оториноларингологии, клинических ординаторов и врачей оториноларингологов.

FOR AUTHOR USE ONLY

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

КЖ - качество жизни

КЖСЗ - качество жизни, связанное со здоровьем

СНТ - сенсоневральная тугоухость

ХСНТ - хроническая сенсоневральная тугоухость

ЦНС - центральная нервная система

ГЛБ - гематолабиринтный барьер

ДХСНТ - двухсторонней хронической сенсоневральной тугоухостью

FOR AUTHOR USE ONLY

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность работы. Проблема тугоухости в настоящее время представляет приобретает все большую актуальность в медицинском и социальном аспекте. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в решении проблемы за последние годы, число лиц с дефектами слуха возрастает в значительной степени за счет сенсоневральной тугоухости (СНТ). Нейросенсорная тугоухость (НСТ) является одним из распространенных заболеваний и одной из актуальных проблем оториноларингологии. 1–6% населения земного шара страдает выраженной тугоухостью, затрудняющей социальное общение [2,9]. При этом НСТ доминирует среди всех форм тугоухости, составляя 74% [6,10,16,18]. Следует отметить, что с каждым годом обращаемость за медицинской помощью больных с различными формами НСТ неуклонно растет [2,9,15]. Возможно, это связано с лучшей диагностикой (широкое внедрение аудиометрической аппаратуры в амбулаторную практику). С другой стороны, нельзя исключить и реальное возрастание количества нарушений слуха по нейросенсорному типу.

Сенсоневральная тугоухость (СНТ), по данным экспертов ВОЗ (2010), относится к числу социально значимых заболеваний, поражающих все возрастные группы населения. Проблемы со слухом присутствуют у 4–6 % населения земного шара, и к 2020 г. прогнозируется увеличение численности населения с социально значимым снижением слуха более чем на 30%. (Бабияк В.И., Гофман В.Р., 2012)

Важность вопросов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с тугоухостью определяется во многом тем, что данная патология относится к числу социально значимых и поражает все возрастные группы населения [3]. Сенсоневральная тугоухость несомненно влияет на качество жизни пациентов, а в последние годы отмечается неуклонный рост числа больных с данной патологией.

В последние годы отмечена тенденция изучения регионального аспекта

патологии, что объясняется ее изменяющейся распространенностью.

Сенсоневральная тугоухость - полиэтиологическое заболевание, основным субъективным и объективным проявлением которого являются нарушение разборчивости речи и повышение тональных порогов по костному звукопроведению на частоты звука, в основном, выше 1-2 кГц [26].

В ее основе лежит индивидуальная предрасположенность органических и функциональных структур слухового рецептора и анализатора к повреждающему действию эндогенных и экзогенных факторов [38, 32].

В современной международной клинической практике для комплексной оценки состояния пациентка определяют показатели качества жизни. В соответствии с новой парадигмой клинической медицины качество жизни (КЖ) пациента является либо главной, либо дополнительной целью лечения [7,9]. Для оценки эффективности лечения у больных с сенсоневральной тугоухостью следует опираться не только на объективные данные, но и на субъективную оценку больного своего состояния, изучать качество жизни, связанного с его здоровьем.

Качество жизни, как социальная категория, выражает степень удовлетворения всех потребностей человека в обществе с определенными культурно-историческими, социально-психологическими, моральными и этическими традициями, образом жизни и экономическим развитием. С медицинской точки зрения КЖ характеризуется как способность индивида к адекватной деятельности в обществе на уровне, определяемом комплексом его медико-биологических и социально-психологических качеств [1,6,7,].

В последние годы активно изучаются изменения КЖ в онкологии, при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, в хирургии, педиатрии [2,4,8,10].

В оториноларингологии исследование КЖ было проведено у больных риносинуситами, отосклерозом, секреторным средним отитом [6,8].

Опросник MOS SF-36 Medical Outcomes Study Short Form, разработанный J.E.Ware с соавт. в 1988 г, является наиболее распространенным общим опросником изучения качества жизни (КЖ), нашедшим широкое применение, как в популяционных, так и в специальных исследованиях качества жизни (КЖ) (Новик А.А., Ионова Т.И., 2010)

Социальная значимость СНТ обусловлена развитием у ряда больных трудоспособного возраста прогрессирующей тугоухости, ограничивающей профессиональную пригодность и социальную пригодность [5,9].

Таким образом, исследование качества жизни больных ХСНТ является важной научной задачей отечественной оториноларингологии, необходимость решения которой предопределило актуальность настоящего исследования, выбор цели и постановку задач данной работы.

ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Эпидемиология сенсоневральной тугоухости

Сенсоневральная тугоухость относится к негнойной патологии уха. Ее синонимы — нейросенсорная тугоухость, кохлеарный неврит, неврит слухового нерва, кохлеопатия.

Актуальность вопросов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с тугоухостью определяется во многом тем, что эта патология по данным экспертов ВОЗ (2012) относится к числу социально значимых, поражает все возрастные группы населения [59, 51, 68]. Проблемы со слухом присутствуют у 9-11% населения земного шара [14, 24].

По данным ВОЗ 2012 года нарушениями слуха в мире страдают 350 млн. человек (учитывалось понижение слуха, превышающее 40 дБ на лучше слышащее ухо), и к 2020 году прогнозируется увеличение численности населения с социально значимым снижением слуха более чем на 30%. В России насчитывается более 13 млн. лиц с социально значимыми нарушениями слуха, в том числе более 1 млн. детей и подростков [81, 82].

За пятнадцать лет показатель распространенности тугоухости увеличился в 1,5 раза. Частота нарушений слуха у новорожденных наблюдается у ~ 0,1 % детей (в 2005 году родилось 1502,5 тысяч детей). Ежегодно в России прибавляется около 1500 глухих новорожденных [43, 49]. слизистой оболочки полости носа [31,76,48].

К настоящему времени не выработан единый подход к учету лиц с нарушениями слуха, вследствие этого имеет место разброс данных. Шведские аудиологи Т. Lundborg и J. Wilson в мире насчитывают 70 млн. людей с нарушением слуха (учитывали понижение слуха, превышающее 56 дБ на лучше слышащее ухо) [19,36]. По расчетам канадского исследователя Р.В. Alberti [29] число лиц с нарушениями слуха достигает 120 млн.(учитывалось понижение слуха, превышающее 40 дБ на лучше слышащее ухо), что составляет 4,2% всей популяции земного шара. По

данным исследователей в Италии в среднем выявляется 3 ребенка с двусторонней глухотой на 1000 обследованных [63, 86], в Греции — у 1,5 — 6,0 [86], в Бразилии - 2,3 на тысячу младенцев [94].

Многие авторы отмечают продолжающийся рост числа больных тугоухостью особенно в промышленно развитых странах с 6% до 9% [10, 47, 31].

По данным отечественных оториноларингологов среди ЛОР-патологии сенсоневральная тугоухость занимает достаточно большой удельный вес — 7,8-12,1 % с тенденцией к его увеличению [45, 48, 85]. Заболеваемость повсеместно нарастает, СНТ омолаживается и поражает в основном трудоспособных людей [52, 39].

С увеличением возраста частота встречаемости тугоухости и глухоты возрастает экспоненциально, особенно после 40 лет [27, 73]. По данным Г.А. Таваркиладзе определяется выраженная зависимость между возрастом и диагностированным снижением слуха: у лиц в возрасте 45 - 64 лет снижение слуха выявляется в 18% случаев, в возрасте 65 — 74 — в 30%, а в 75 лет — в 47%. Во всех возрастных группах нарушение слуха преобладает у мужчин (18% по сравнению с 12,6% у женщин) [34, 35].

Слуховая дисфункция формируется у 5-14% людей между 45-64 годами, у 30% - после 65 лет и у 50% в возрасте 80 лет [48]. 80% населения старше 65 лет имеют пресбиакузис [79]. Тугоухостью страдают 70% людей в возрасте 70 - 79 лет, 92% - 80 - 89-летних и до 100% - старше 90 лет. По данным Американского института здоровья 30 - 35% людей в возрасте от 65 до 75 лет и 40 - 50% старше 75 имеют снижение слуха, затрудняющее общения [67]. У пациентов трудоспособного возраста с нарушением слуха в 48,0% случаев развивается перцептивная форма тугоухости, смешанная форма отмечена у 30,7% [73]. Поражение звуковоспринимающего аппарата диагностируют у 60-80% больных гипоакузией [51, 57, 17].

Тугоухость нередко приводит к снижению или утрате профессиональной работоспособности [24].

СНТ неблагоприятно влияет на качество жизни пациентов, влечет за собой инвалидизацию и нарушение социальной адаптации больных [16, 64, 34,39,63,84,17]. Сложная медико-социальная проблема коммуникационных заболеваний, к которым относится тугоухость, в ближайшем будущем будет оставаться одним из приоритетных направлений медицины.

1.1.2 Этиология и патогенез сенсоневральной тугоухости

Сенсоневральная тугоухость является собирательной нозологией, под которой подразумевают поражение слухового анализатора: органа Корти, проводящих путей внутреннего уха и ЦНС, включая корковый анализатор. СНТ является полиэтиологической патологией. Объемная классификация основных этиологических факторов СНТ, предложенная Е.А. Евдоценко и А.Л. Косаковским (1989), включает 13 основных причин [75]:

- инфекционные заболевания, особенно вирусные;
- хронические инфекции (сифилис, бруцеллез и др.);
- травматические повреждения:
 - а) черепно-мозговая травма;
 - б) аку и баратравма;
 - в) повреждение улитки при операциях на среднем ухе;
- воспалительные процессы:
 - а) среднего уха;
 - б) внутреннего уха (серозный и гнойный лабиринтит);
 - в)внутричерепные осложнения (менингит различной этиологии: эпидемический, туберкулезный, отогенный и др., арахноидит, особенно в области мостомозжечкового угла);
 - г)других ЛОР органов;
- остеохондроз шейного отдела позвоночника;
- токсическое поражение:
 - а) лекарственными веществами;
 - б) промышленными и бытовыми ядами;

- новообразования:

а) среднего уха;

б) внутреннего слухового прохода;

в) мозга;

- аллергические заболевания;

- пресбиакузис;

- профессиональные факторы;

- наследственные заболевания;

- врожденные пороки развития;

- комбинированные поражения органа слуха.

Однако в ответ на воздействие равнозначных экзогенных факторов сенсоневральная тугоухость развивается только у 10 - 30% работающих в условиях профессиональных вредностей. Существует индивидуальная чувствительность к шуму [31]. Лечение аминогликозидами приводит к тугоухости лишь 6 — 25% пациентов [100].

Принимая во внимания факт, что частота воздействия отопатогенных факторов на человека значительно выше, чем количество появления СНТ (в том числе внезапной), можно говорить о существовании определенной группы с повышенным риском. Эти люди имеют дефект эндогенной природы и, попадая в неблагоприятные условия внешней среды, теряют слух [21, 22].

Многочисленными исследованиями были выделены маркеры перинатальных повреждений центральной нервной системы и органа слуха у новорожденных и детей раннего возраста [6, 19, 66, 25, 36, 61, 16, 67, 72, 82].

К ним относятся:

- демографические (возраст матери, акушерский анамнез);

- материнские (хронические заболевания, вредности: алкогольная, наркотическая, никотиновая зависимость и т.д.);

- плодно-материнские (Rh-фактор, вирусные, внутриутробные инфекции,

прием фармакологических препаратов);

- плацентарные (нарушение кровообращения, отслойка плаценты);

- родовые (асфиксия, гипоксия, патология родового акта);

-неонатальные (масса тела при рождении, оценка по шкале Апгар, респираторные, сердечно-сосудистые и другие нарушения) [62].

К настоящему времени определены мутации генов, приводящих к наследственным формам снижения слуха, и идентифицированы многие белки, кодируемые ими, а также гены, контролирующие развитие внутреннего уха, организацию и ориентацию волосковых клеток [7, 21, 22, 54, 38, 96, 98, 15, 92]. По мнению Э.Г. Беличевой ОСНТ является генетически гетерогенным заболеванием, на характер которого влияет фенотип больного, отражающий индивидуальные гомеостатические возможности [21, 22].

Несмотря на различные этиологические моменты, непосредственной причиной СНТ, по мнению многих авторов, является нарушение гемодинамики внутреннего уха (церебральной гемодинамики) и, как следствие, развитие острой или хронической ишемии рецепторной зоны органа Корти [3,4, 5, 33, 38, 58, 57, 58, 70, 84, 95, 323,].

Внутреннее ухо имеет особенную сосудистую систему. Капиллярная сеть ушного лабиринта представлена артериоло-венулярными аркадами, имеющими общее направление от основания к верхушке и расположенными в спиральной связке между фибриллами базилярной мембраны и в сосудистой полоске. В их стенке, представленной одним слоем эндотелия, отсутствуют гладкомышечные волокна [34, 57, 58]. Эти эндотелиальные клетки представляют морфологический субстрат гематолабиринтного барьера [10]. Все остальные капилляры имеют типичное строение (эндотелий и гладкомышечные клетки) и являются непосредственным продолжением единственной кровоснабжающей улитку лабиринтной артерии [1, 12, 52]. Последняя относится к вертебробазилярному бассейну кровоснабжения головного мозга, который

представлен двумя позвоночными артериями (первые ветви подключичных артерий), проходящими в костном канале отверстий поперечных отростков шейных позвонков, вступающих в полость черепа на уровне II шейного позвонка [14]. Вблизи заднего края моста позвоночные артерии с обеих сторон сливаются в базилярную (основную) артерию головного мозга. От нее отходит верхняя мозжечковая артерия и передняя нижняя мозжечковая артерия, ветвью которой в 65-84 % являются лабиринтная артерия и ее конечная ветвь a. auditiva, питающая рецепторы внутреннего уха [12, 20]. По данным Н.Л. Кунельской с соавт. в 66,3% лабиринтная артерия является ветвью передненижней мозжечковой артерии и лишь в 33,7% - ветвью базилярной артерии [10]. Лабиринтная артерия чаще располагается по верхнему краю пирамиды височной кости и потом входит во внутренний слуховой проход, образуя петлю или «шпильку» перед его входом или в нем самом. Из-за малого диаметра эта артерия отнесена к группе субмиллиметрических. Особенности кровоснабжения являются предрасполагающими факторами нарушения питания рецепторного аппарата внутреннего уха при различных патологических состояниях: гипертензия, гипотонус, спазм, кровоизлияние, нейроциркуляторная дистония, дистонические изменения в сосудах при атеросклерозе.

Сосудистый фактор является ведущим в развитии СНТ независимо от генеза [13, 15, 17, 18, 94, 95].

Особенности кровоснабжения внутреннего уха и высокая чувствительность его рецепторов к гипоксии создают благоприятные условия для нарушения микроциркуляции [77,91]. Характер кровоснабжения лабиринта предрасполагает к его быстрому нарушению. Ряд авторов в эксперименте показали, что через 60 секунд после развития аноксии улитки исчезают микрофонный эффект и потенциалы действия, а через 30 минут они полностью подавляются [57]. Полная ишемия внутреннего уха приводит к дегенеративным изменениям сенсорного

эпителия и спирального ганглия уже через 5-6 часов, а через сутки возникает полный некроз структурных элементов лабиринта с последующим некрозом и оссификацией [30].

Артериальная недостаточность и венозный застой в улитке вследствие ангионевротических изменений в вертебробазиллярной системе приводит к нарушению доставки и утилизации кислорода, ферментов и других веществ, необходимых для нормального метаболизма нейроэпителия внутреннего уха.

Определенную роль в формировании СНТ, головокружений и вестибулярных расстройств играет нарушение венозного оттока из полости черепа, приводящее к повышению давления во внутреннем ухе и возникновению гидропса лабиринта [15, 39, 46, 48, 69, 62].

Рецепторы внутреннего уха представляют собой возбудимую ткань, способную генерировать биоэлектрический потенциал [106]. Нет полной ясности в механизме его генерации, но несомненным остается факт специфического метаболизма нейроэпителия улитки и нейротрансмитерной передачи с участием нейромедиаторов [23, 54].

Ушной лабиринт имеет гематолабиринтный барьер более сильный, чем гематоэнцефалический [55]. И.М. Маерович доказал существование коммуникантных взаимодействий между барьерными системами внутреннего уха и головного мозга на основании наличия однотипных реакций гематолабиринтного и гематоэнцефалического барьеров на воздействие внешних факторов (физических, химических и гемодинамических) [32]. Резкое повышение проницаемости гематолабиринтного и гематоэнцефалического барьеров может наступить при многих повреждающих внутреннее ухо факторах (повышение атмосферного давления, черепно-мозговая травма, инфекция, интоксикация, гипертензия, гиперсенсibilизация организма) [26, 65,].

Сосудистый компонент патогенеза СНТ любой этиологии реализуется вследствие нарушения микроциркуляции внутреннего уха. Авторы

отмечают разные причины нарушения кровоснабжения органов в системе микроциркуляции. Увеличение тонуса артериол, дискоординация прекапиллярных сфинктеров, повышение вязкости крови, протромбинового индекса и гематокрита, повышение агрегации тромбоцитов и гиперкоагуляции, приводящие к развитию сладж-феномена, который вызывает ухудшение микроциркуляции с образованием микротромбов, повреждение эндотелия сосудов и развитие кислородной недостаточности органа [10, 24, 71, 28]. Роль гипоксии в патогенезе СНТ разной этиологии доказана в экспериментальных и клинических работах [54, 97].

Белково-липидный состав плазмы также влияет на характер кровотока по микроциркулярному руслу. Повышение концентрации плазменного холестерина приводит к значительному увеличению вязкости плазмы и крови [29, 27, 31, 35].

Н.А.Петухова рассматривает СНТ с позиций липидного дистресссиндрома [190]. Дислипопропротеинемия вызывает снижение диффузии кислорода от эритроцитов к тканям, что носит системный характер. Авторы считают, что его причиной является не только нарушения микроциркуляции, но и истинное ухудшения диффузии, связанное с высоким содержанием липидов в эритроцитах и эндотелиоцитах, а также с повышением концентрации липопротеидов в плазме крови [13, 18, 66, 92,]. При нормализации концентрации липидов в плазме вязкость крови снижается, улучшается микроциркуляция и органный кровоток [45, 46]. Существует прямая зависимость между липопротеинемией и повышенной агрегацией эритроцитов с повышенной гиперкоагуляцией крови [37, 42].

С. Glueck показал, что липопротеиды низкой и очень низкой плотности повышают агрегацию и адгезию кровяных пластинок, индуцированную тромбином, что приводит к высвобождению серотонина, вазоконстрикции и нарушению микроциркуляции [14].

И.Б. Солдатов считал основной причиной тугоухости и вестибулопатий

нарушения АПУД-системы, элементы которой находятся в области сосудистой полоски в виде диффузно разбросанных специализированных клеток (апудоцитов), секрет которых обладает гормональными свойствами [28].

Дисфункция нейрогуморальной регуляции оказывает на орган слуха адаптационно-трофическое влияние и играет значительную роль в патогенезе СНТ [38]. Начало и развитие СНТ сопровождается стрессовым состоянием, оказывающим влияние на опиоидную и аденогипофизарнонадпочечниковую системы, что обеспечивает адекватные компенсаторно-приспособительные сосудистые и тканевые реакции [53, 73, 75].

Каждой из форм СНТ присущи свои патогенетические различия, отражающие разнородность этиологических факторов, но существуют и общие закономерности механизма их развития, которые в конечном итоге приводят к характерным и однотипным нарушениям слуха [85].

Гипоксемия и метаболический ацидоз являются важнейшими компонентами патогенеза поражений внутреннего уха. Активный метаболизм в основном осуществляется в сосудистой полоске, спиральном органе и спиральном ганглии. Нарушение метаболизма в первую очередь ведет к потере функции, а затем к гибели волосковых клеток. Важным звеном патогенеза острой сенсоневральной тугоухости при действии различных этиологических факторов является внутриулитковая гипоксия [22]. Биохимическая гетерогенность на уровне окислительного метаболизма может лежать в основе различных реакций на недостаток кислорода, детерминированных генетическим полиморфизмом [8, 21].

Определенную роль в патогенезе ХСНТ играет кальциевый обмен (кальций-фосфорный метаболизм) [20].

В ранние сроки поражения нейроэпителий может находиться в состоянии угнетения, изменения носят функционально обратимый характер. Именно в этой стадии, проявляющейся сосудистым спазмом, капиллярным стазом

и набуханием ядер волосковых клеток, возможно лечение.

1.1.2 Профилактика сенсоневральной тугоухости

В Энциклопедическом словаре медицинских терминов имеется два определения понятия «профилактика» [76]:

1) профилактика в медицине - совокупность предупредительных мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья; профилактика является основным принципом охраны здоровья населения России;

2) профилактика — совокупность мероприятий, направленных на предупреждение конкретных заболеваний или патологических состояний.

Профилактика может быть первичной и вторичной. Первичная профилактика - это система социальных, гигиенических, воспитательных и медицинских мер, направленных на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также путем повышения резистентности организма к воздействию факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды, способных вызвать патологическую реакцию.

Вторичная профилактика — это совокупность мер, направленных на пресечение или ослабление возникшего в организме патологического процесса и предупреждение на этой основе тяжелых и прогностически неблагоприятных форм неинфекционных болезней.

По мнению М.Е. Загорянской с соавт. в профилактике тугоухости в зависимости от того, на каком этапе заболевания она осуществляется, можно выделить три ее типа или уровня [80]. Первичная профилактика предупреждает само возникновение болезни. Меры вторичной профилактики позволяют обнаружить болезнь на ранних стадиях, а своевременное лечение может остановить ее развитие. Третичная профилактика относится к действиям, направленным на предотвращение прогрессирования заболевания после его диагностики.

Проблема профилактики СНТ в современной литературе тесно связана с профессиональной патологией слуха и фоновыми заболеваниями. Профилактика профессиональных нарушений слуха заключается в проведении мероприятий, препятствующих их возникновению или прогрессированию при работе в условиях контакта с неблагоприятными для слухового анализатора факторами. Большая часть мероприятий направлена на устранение или уменьшение влияния этих факторов [70, 71]. Механизмы коллективной профилактики предусматривают совершенствование технологического процесса, применение массовых средств защиты (изоляция источников шума). Индивидуальная профилактика заключается в применении индивидуальных средств защиты: специальных костюмов, противозумных вкладышей, наушников, шлемов. Рациональное трудоустройство пациентов с выявленными нарушениями слуха с целью уменьшения или устранения влияния производственного шума, вибрации, ототоксических химических веществ и других неблагоприятных факторов производства [70, 72].

На слуховой анализатор влияют не только производственные, но и непроизводственные факторы. Например, применение ряда ототоксических препаратов (аминогликозидные антибиотики, стрептомицины, петлевые диуретики, салицилаты и т.д.). Пациентам с тугоухостью назначение этих препаратов допустимо лишь по жизненным показаниям с одновременным назначением Р-адреноблокаторы (проранолол), детоксикационных средств (гемодеза, реополиглюкина и т.п.), антигистаминных препаратов, витаминов, кавинтона, мидокалма, ноотропила, ацетилхолинэстеразных средств (прозерина) [2, 21, 35, 91,].

Факторами риска развития СНТ являются артериальная гипертензия, гипотония, шейный остеохондроз с вертебробазиллярной недостаточностью, избыточная масса тела, повышенное содержание холестерина, сахарный диабет, атеросклероз сосудов головного мозга. Адекватное лечение этих заболеваний, а также сопутствующей ЛОР

патологии (хронических и острых гнойных средних отитов, экссудативных средних отитов и др.) считается профилактикой СНТ [4, 5, 17, 51, 170,].

Первичной профилактикой тугоухости в антенатальном (дородовом), перинатальном (родовом) и неонатальном (послеродовом) периодах, а также в детском и юношеском возрасте является [80]:

- просветительская работа среди населения, разъясняющая недопустимость брака между близкими родственниками для предотвращения генетически обусловленных дисфункций слуха;
- вакцинация от краснухи женщин;
- профилактика и антенатальное лечение сифилиса;
- правильное питание матери для предупреждения метаболических нарушений;
- совершенствование акушерской помощи для предотвращения родовой травмы, гипо- и аноксии плода и ребенка;
- предварительное определение Rh - фактора и группы крови беременной и проведение адекватных мероприятий для предотвращения и лечения конфликтов по Rh- и ABO системе и гемолитической желтухи новорожденных;
- избегать назначения препаратов с ототоксическим действием беременным, кормящим и детям;
- вакцинация детей от менингита, кори, краснухи, паротита, гриппа;
- правильное лечение респираторных заболеваний для профилактики средних отитов;
- раннее выявление и рациональная терапия средних отитов.

Раннее выявление нарушений слуха и диагностика их доклинических форм должно идти на протяжении всей жизни с периода новорожденности, что позволяет проводить своевременную медицинскую и социальную реабилитацию детей и взрослых и предотвращать их инвалидизацию [60].

1.1.3 Качество жизни пациентов с сенсоневральной тугоухостью

Определение качества жизни (КЖ) первоначально было введено как социологическая категория, которая отражает многообразие условий жизни и служит для оценки степени удовлетворения потребностей человека, не поддающихся прямому количественному измерению. В глобальном масштабе концепция КЖ не учитывает в полной мере состояния здоровья,

поэтому для практических целей было сформулировано понятие — «связанное со здоровьем качество жизни» (СЗКЖ), которое появилось в Index Medicus в 1977 году.

В современной международной клинической практике для комплексной оценки состояния больного определяют показатели качества жизни. Качество жизни - интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [59, 92].

Качество жизни, связанное со здоровьем (КЖСЗ), - это интегральный показатель, содержащий три компонента:

- 1) функциональное состояние, включающее в себя такие характеристики, как работоспособность, толерантность к физической нагрузке, выполнение повседневной работы, независимость, общение, интеллектуальную деятельность, уверенность в принятии решений, эмоциональные проявления и т.д.;
- 2) симптомы, связанные с основным и сопутствующим заболеванием или его лечением;
- 3) восприятие и психическое состояние, включающие в себя депрессию или возбуждение, которые могут быть следствием, как самого заболевания, так и применяемых лекарственных веществ, а также социальную активность, половую функцию, удовлетворение медицинской помощью, контактом с врачом и т.д. [59, 60, 92].

Традиционными критериями эффективности лечения в клинических исследованиях являются физикальные данные и лабораторные показатели. Но медико-биологические параметры не характеризуют самочувствия больного и его жизнедеятельности. При определенных заболеваниях оценка пациентом своего состояния является самым важным показателем здоровья [59].

Анализ так называемых субъективных показателей, включающих данные о симптомах болезней, отношении больного к своему самочувствию и функциональным возможностям, детально разработан, а их измерительные свойства четко очерчены. Кроме того, объективные биомедицинские показатели, регистрируемые инструментальными методами, оказались более изменчивыми, вариабельными, чем субъективные [46]. Именно поэтому исследовательская группа ВОЗ предложила рассматривать вопросы эффективности и качества медицинской помощи с учетом трех основных критериев: адекватности, экономичности, научно-технического уровня. При этом под адекватностью медицинской помощи понимают необходимость достижения приемлемого для больного «качества жизни» [85].

Исследование КЖ в медицине имеет огромное значение. Это позволило вернуться к важнейшему принципу клинической практики «лечить не болезнь, а больного». В соответствии с новой парадигмой клинической медицины качество жизни пациента является либо главной, либо дополнительной целью лечения [59]:

- КЖ является главной целью лечения пациентов при заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни;
- КЖ является дополнительной целью лечения пациентов при заболеваниях, ограничивающих продолжительность жизни (главной целью в этой группе является увеличение продолжительности жизни);
- КЖ является единственной целью лечения пациентов в инкурабельной стадии заболевания.

СНТ представляет чрезвычайный интерес в области изучения КЖ пациентов. И.М. Сеченов в книге «Избранные философские и психологические произведения» (1947) писал: «Из всех органов чувств слух дает нам наибольшее разнообразие впечатлений». Социальная значимость слуха для человека огромна. Благодаря слуху формируется речь, возможно общение между людьми. Слуховая дисфункция в раннем детстве (прелингвальная тугоухость) драматически сказывается на формировании речи. Считается, что снижение слуха и глухота являются первичным дефектом, наличие которого обязательно вызывает появление вторичных расстройств.

Эти расстройства, как правило, проявляются отставанием в речевом развитии, нередко сопровождаются задержкой психического и интеллектуального развития, что ведет к социальной дезадаптации [17, 20]. Не меньшей проблемой является нарушения слуха у взрослых, формирующиеся у 5-14% людей между 45-64 годами, у 30% - после 65 лет и у 50% в возрасте 80 лет [48]. Наличие социально-психологических барьеров не позволяет больным с нарушением слуха активно включаться в жизнь общества и полноценно в ней участвовать.

Следует отметить ряд причин, препятствующих адекватной оценке проблемы обществом:

- пациент с нарушениями слуха не умирает от них, соответственно, озабоченность проблемой тугоухости и глухоты остается за пределами интересов общества;
- нарушение слуха - это скрытая от глаз патология, пациенты предпочитают не афишировать ее;
- нарушения слуха могут связываться со старением, что также не способствует афишированию пациентами собственной проблемы;
- частью проблемы является и то, что нормально слышащие люди, не осознают, насколько разрушительное действие нарушения слуха оказывают на личность больного [35].

В абсолютном большинстве случаев на фоне дефектов слуха развиваются различные пограничные нервно-психические расстройства. Наиболее часто авторы наблюдают аутичность, нарушение эмоциональной реактивности, коммуникативного поведения, снижение инициативности [108].

Кроме того, ушной шум (тиннитус), который встречается при острой форме СНТ в 94,9% и в 91,8% - при хронической [45], может стать мощной психоэмоциональной травмой с развитием невротических реакций [29, 82,].

Степень выраженности нарушений проявляется от субъективных переживаний, психического дискомфорта, эмоциональной лабильности до неврастеноподобных состояний с фобическими, тревожнопохондрическими компонентами фиксации.

Длительная тугоухость формирует изменения психического статуса больного. Появляется подозрительность, замкнутость, тревожность, агрессивность, неуверенность в себе, патологическая застенчивость. У слабослышащих людей развивается в определенной степени социальная изоляция и дезадаптация, что является формой хронического психического стресса [25,60,75, 86]. Нарушения в коммуникативной сфере отрицательно влияют на личность. Трудности в общении приводят больного с нарушением слуха к депрессии и повышенной тревожности, которые встречаются в 4 раза чаще, чем у здоровых [85].

Функциональные расстройства психики, сопутствующие нарушению слуха, заслуживают особого внимания в плане психосоциальной реабилитации пациентов [130,30, 33].

В настоящее время исследование КЖ проводится практически во всех областях медицины, в том числе и в оториноларингологии [58 86, 111, 87].

К основным направлениям исследования КЖ в медицине относятся следующие: стандартизация методов лечения, экспертиза новых методов лечения с использованием международных критериев; обеспечение полноценного индивидуального мониторинга состояния больного с

оценкой ранних и отдаленных результатов лечения; проведение социальномедицинских популяционных исследований с выделением группы риска; разработка фундаментальных принципов паллиативной медицины; обеспечение динамического наблюдения за группами риска и оценки эффективности профилактических программ; повышение качества экспертизы новых лекарственных препаратов; экономическое обоснование методов лечения с учетом таких показателей, как «цена-качество», «стоимость-эффективность» и других фармакоэкономических критериев [60].

Инструментом исследования КЖСЗ является Опросник. В зарубежной литературе при оценке КЖСЗ пациентов с нарушением слуха используются общие опросники MOS SF-36, Quality of Well-Being Index (QWB), Nottingham Health Profile (NHP), Peds QL™ 4,0, Generic Care Scales (Peds QL). Общие опросники могут использоваться для оценки КЖ как здоровых, так и больных независимо от вида заболевания. Существуют специальные опросники для исследования КЖСЗ в сурдологии и аудиологии (Audiological Disabilities Preference Index, Glasgow Hearing Aid Benefit Profile, Ear Infection Survey, Nijmegen Cochlear Implant Questionnaire, Vertigo Handicap Questionnaire, Tinnitus Handicap Support Scales. К сожалению, они не прошли культурную и языковую адаптацию в России. Адаптированными для России опросниками в настоящее время являются MOS SF-36 и ВОЗКЖ - 100. Опросник MOS SF-36 Medical Outcomes Study Short Form, разработанный

J.E.Ware с соавт. в 1988 г. [30], является наиболее распространенным общим опросником изучения КЖ, нашедшим широкое применение, как в популяционных, так и в специальных исследованиях КЖ [60, 91].

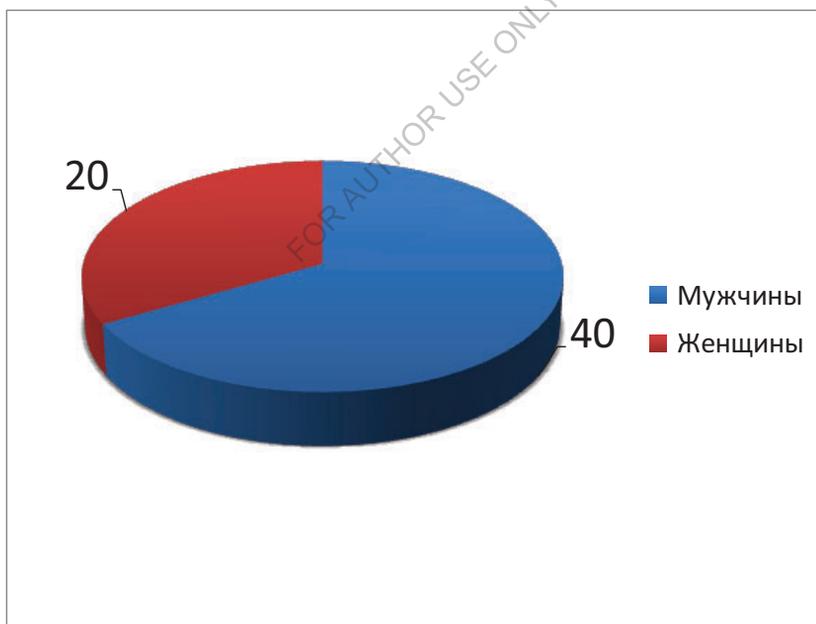
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика больных. Клинические методы исследования

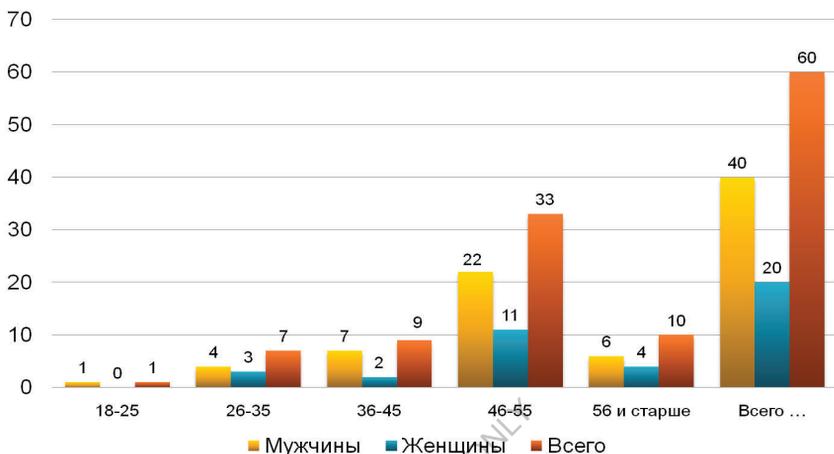
Работа выполнена в ЛОР-отделении третьей клиники Ташкентской медицинской академии (ТМА) с 2013 по 2015 г.г.

В диссертацию включены результаты обследования 60 пациентов с двусторонней хронической сенсоневральной тугоухостью (Н. 90.3 по Международной классификации болезней (МКБ 10)). Все пациенты проживали в Узбекистане. Возраст наблюдавшихся больных был от 18 лет до 67 лет (табл. 1).

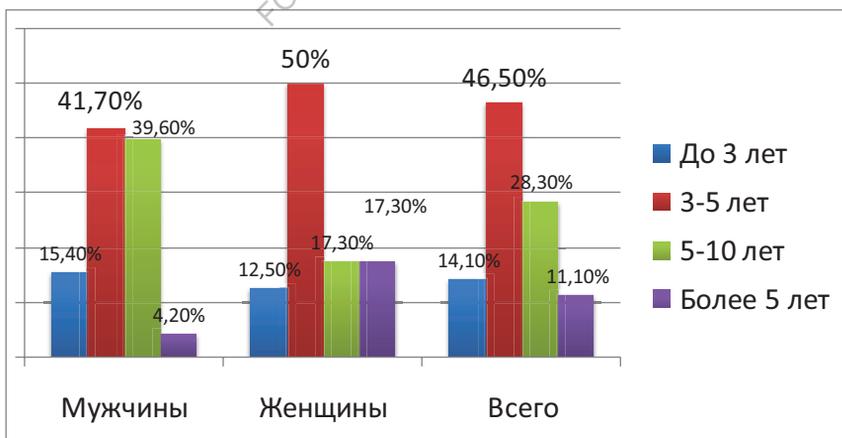
Распределение больных по полу (диаграмма 2.1.1)



**Распределение больных в зависимости от
возраста.,(Диаграмма.2.1.2)**



Из данных диаграмму следует, что ХСНТ болеют лица возраста (от 36 до 55 лет). Мужчин было 40 человека, женщин - было 20 человека



Диagr. 2.1.3. Распределение больных в зависимости от длительности заболевания.

Данные о продолжительности заболевания представлены на Рис 2.3, согласно которому большинство (46,5%) больных страдали СНТ от 3 до 5 лет и от 5 до 10 лет (28,3%).

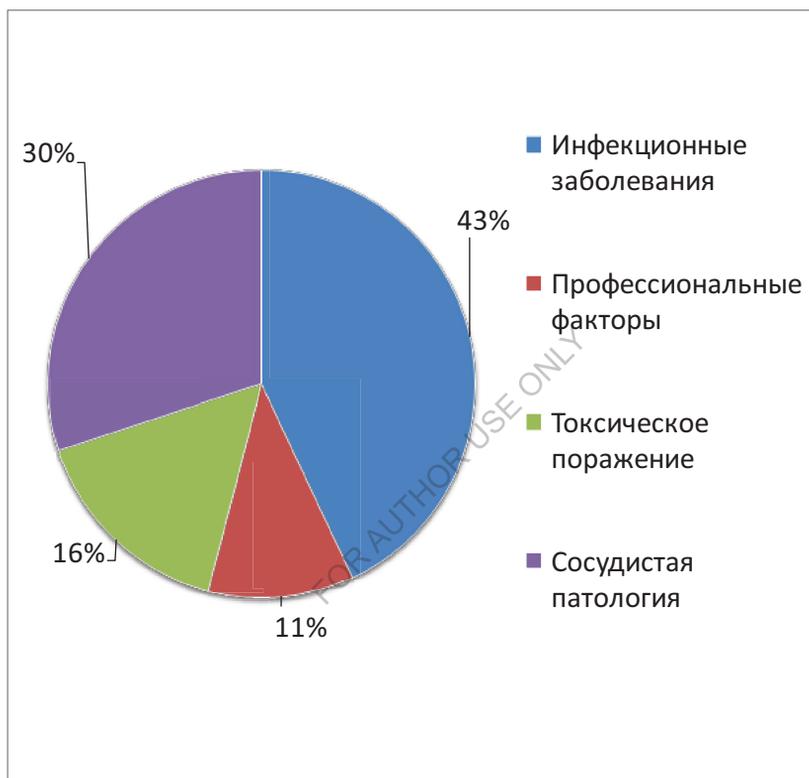


Диаграмма.2.1.4 Этиологические факторы СНТ

Из диаграмме видно, что лидирующими и равнозначными по частоте встречаемости этиологическими факторами СНТ были сосудистая патология (артериальная гипертензия, гипотония, дисциркуляторная дистония и др.), вирусная инфекция и остеохондроз шейного отдела позвоночника, затем следует патология среднего уха.

Как было выяснено из анамнеза, этиологическим фактором развития ДХСНТ у 20% больных явились инфекционные заболевания. 11% больных связывают свое заболевание профессиональные факторы. 15% больных отмечают, остеохондроз шейного отдела позвоночника. У 9% больных выявлена токсическое поражение. 19% пациентов заболевание связывается воспалительные процессы среднего и внутреннего уха. У 26% сосудистая патология.

Больные были разделены на 4 группы, распределение пациентов на группы в зависимости от степени тугоухости.

Группа контроля 20 лиц с нормальным слухом аналогичного возраста

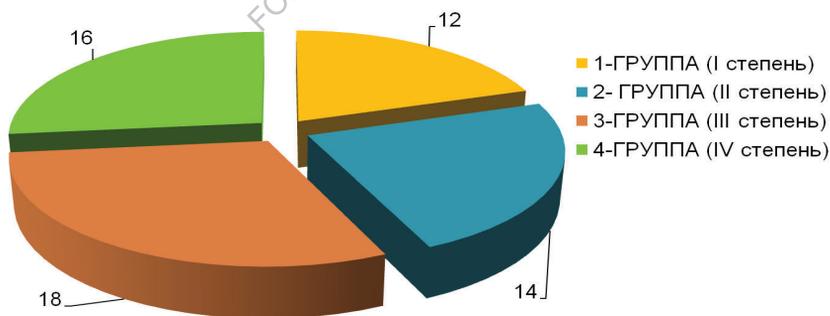


Диаграмма 2.1.5 Распределение пациентов на группы в зависимости от степени тугоухости.

Так, первую группу составили 12 пациентов с I-й степенью тугоухости, вторую группу- 14 пациентов с II-й степенью, третью -18 пациентов III-й степенью и четвертую-16 пациентов с IV-й степенью тугоухости.

Исследование состояния ЛОР-органов имело целью исключение заболеваний уха, глотки и гортани. Основной задачей обследования больных являлось тщательное изучение состояния уха и их качества жизни.

Детально изучались жалобы больных(Диаг.2.1.6)



Из диаграммы видно что основная жалоб пациентов 100% снижение слуха, 86% шум в ушах, 69% раздражительность, 49% апатия, 38% боязнь разговора из-за плохой слышимости, 72% сложности в общении с людьми.

2.2 Оценка качества жизни по опроснику SF-36, адаптированного на узбекский язык.

ОПРОСНИК SF-36 адаптированного на узбекский язык.

Ф.и.о. _____

Дата заполнения _____

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья

(обведите одну цифру)

Отличное 1

Очень хорошее 2

Хорошее 3

Посредственное 4

Плохое 5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад.

(обведите одну цифру)

Значительно лучше, чем год назад 1

Несколько лучше, чем год назад 2

Примерно так же, как год назад 3

Несколько хуже, чем год назад 4

Гораздо хуже, чем год назад 5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

(обведите одну цифру в каждой строке)

Да,	Да, немного	Нет,
значительно	ограничива-	совсем
огра-	ет	не

	ничивает		ограни- чивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

(обведите одну цифру в каждой строке)

Да Нет

А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности.	1	2
Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

(обведите одну цифру)

Совсем не мешало.....	1
Немного.....	2
Умеренно	3

Сильно.....4

Очень сильно5

7.Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

(обведите одну цифру)

Совсем не испытывал(а) 1

Очень слабую.....2

Слабую3

Умеренную.....4

Сильную5

Очень сильную.....6

8.В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)? (обведите одну цифру)

Совсем не мешала 1

Немного.....2

Умеренно3

Сильно.....4

Очень сильно5

9.Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

(обведите одну цифру)

	Все время	Большу ю часть времен и	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным (ой) что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?

(обведите одну цифру)

- Все время 1
 Большую часть времени 2
 Иногда 3
 Редко 4
 Ни разу 5

11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Опре- делен- но вер- но	В основ- ном верно	Не знаю	В основ- ном не- верно	Опреде- ленно не- верно
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Опросник имеет следующие шкалы:

1. Физическое функционирование (PF).
2. Ролевое (физическое) функционирование (RP).
3. Боль (P).
4. Общее здоровье (GH).
5. Жизнеспособность (VT).
6. Социальное функционирование (SF).
7. Эмоциональное функционирование (RE).
8. Психологическое здоровье (MH).

Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический (5 – 8 шкалы).

Методика вычисления основных показателей по опроснику SF-36.

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения	Возможный диапазон значений
Физическое функционирован ие (PF).	3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к.	10 – 30	20
Ролевое (физическое) функционирован ие (RP).	4а, 4б, 4в, 4г.	4 – 8	4
Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное	Возможный диапазон

		значения	значений
Боль (P)	7, 8.	2 – 12	10
Общее здоровье (GH)	1, 11а, 11б, 11в, 11г.	5 – 25	20
Жизнеспособность (VT)	9а, 9д, 9ж, 9и.	4 – 24	20
Социальное функционирование (SF)	6, 10.	2 – 10	8
Эмоциональное функционирование (RE)	5а, 5б, 5в.	3 - 6	3
Психологическое здоровье (MH)	9б, 9в, 9г, 9е, 9з.	5 – 30	25

В пунктах 6, 9а, 9д, 9г, 9з, 10, 11 – производится обратный счет значений. Формула вычисления значений: [(реальное значение показателя) – (минимально возможное значение показателя)] : (возможный диапазон значений) 100.

требования к представлению результатов:

1. указание числа наблюдений для каждого признака;
2. описательная статистика – М +/-SD, Me (LQ; UQ), % (n/N);
3. точность результатов (оценки, P); ДИ (для основных результатов исследования) и P;
4. указание на использованные статистические методы (параметрические и непараметрические) и статистические пакеты.

Рекомендуемые статистические пакеты для обработки результатов – StatSoft Statistica v.6.0, SPSS 9.0.

Опросник качества жизни SF-36 переведен на узбекский язык и адаптирован к узбекской популяции.

Анкетирования проводилось путем письменного анкетирования с использованием анкеты SF-36 адаптированного на узбекский язык, где пациенты самостоятельно четко и адекватно смогли ответить на поставленные перед ними вопросы.

Качество жизни пациентов всех групп оценивалось путем письменного анкетирования с использованием анкеты SF-36 адаптированного на узбекский язык, где пациенты самостоятельно четко и адекватно смогли ответить на поставленные перед ними вопросы. SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, шкала жизнеспособности, эмоциональное состояние, социальное функционирование, шкала боли и состояние общего здоровья. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Statistica версии 6.0 (StatSoft, Inc., США). Количественные данные представлены расчетом средних значений и стандартным отклонением ($M \pm s$).

2.3. Методы исследования

Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее сбор анамнеза и осмотр ЛОР органов, аудиологическое обследование. Последнее включало исследование восприятия шепотной и разговорной речи, пороговую тональную аудиометрию (по воздушному и костному звукопроводению), акустическую импедансометрию (тимпанометрия).

Тональную пороговую аудиометрию проводили на Аудиометр Qualitone mpls.mn55416. (США) в диапазоне чистых тонов 125-250-500-1000-2000-4000-8000 Гц.

Акустическую импедансометрию проводили на (Импедансометр, Маico) с зондирующим сигналом: 226 Гц+3% и УЗД 6 85,5+2,0 дБ звуковой громкости по общепринятой методике.

Диагностическое оборудование (Рис.2.1)



Аудиометр Qualitone MPLS.MN 55416. (США)

Импедансометр (Maico) (Рис.2.2)



Аудиометрия



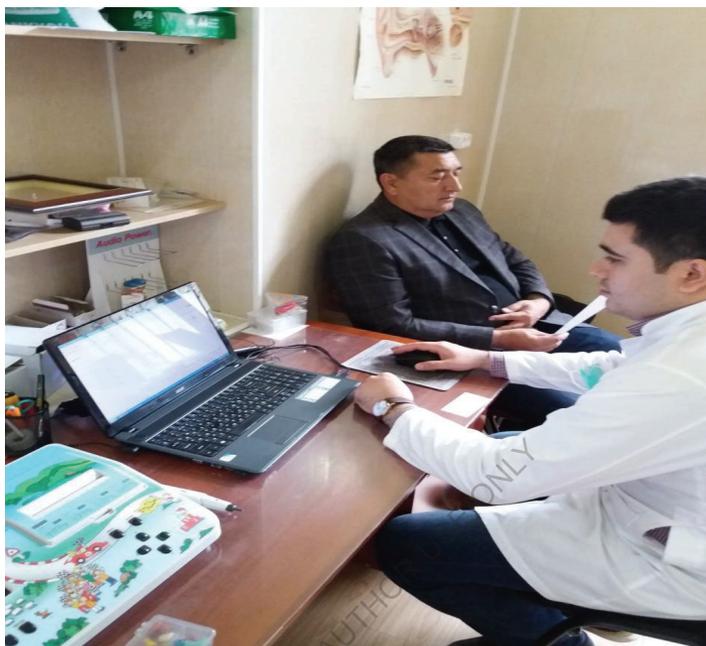
Больной: Мирзаев Абдукаххор 26 лет.
Д/З: Двухсторонней хронической сенсоневральной тугоухостью
II-ст(Рис.2.3)



Импедансометрия (Рис.2.4)

Проводится анкетирование с использованием анкеты SF-36 адаптированного на узбекский язык.(Рис.2.5)





Больной: А 56 лет.

Д/З: Двухсторонней хронической сенсоневральной тугоухостью III-ст(Рис.2.6)

2.4. Результаты аудиологического исследования больных с СНТ.

Степень снижения слуха у пациентов определяли по классификации, принятой в сурдологии (табл.2.2.3)

Классификация степеней тугоухости(Табл.2.2.1)

Степень тугоухости по классификации, принятой в России	Степень тугоухости, принятой за рубежом*	Средняя потеря слуха на разговорных частотах, ДБ
норма	normal range (норма)	0-20
I	slight (минимальная)	21-25
	mild (небольшая)	26-40
II	moderate (умеренная)	41-55
III	moderately severe (средней выраженности)	56-70
IV	severe (выраженная)	71-90
глухота	profound hearing loss (глухота)	>91

* Davis H. Guide for the Classification and Evaluation of Hearing Handicap, Trans Amer Acad Otolaring, 1965, pp. 740 — 751.

Для определения степени потери слуха необходимо определить среднее арифметическое порогов воздушной проводимости на частотах 500, 1000, 2000, 4000 Гц и сравнить со значениями в таблице. Значения средней потери слуха (в дБ) у больных с СНТ представлены в таблицах - (2.2.3)

Значения средней потери слуха у больных с СНТ I степени

(Табл.2.2.2)

Гц	250	500	1000	2000	4000	8000
Левое ухо	9,4±0,8	15,3±0,6	17,8±0,9	24,6±1,5	30,9±1,3	39,4±1,7
Правое ухо	9,4±0,7	15,2±0,5	16,9±0,7	23,8±1,4	30,1±1,1	37,5±1,1

Значения средней потери слуха у больных с СНТ II степени

(Табл 2.2.3)

Гц	250	500	1000	2000	4000	8000
Левое ухо	14,9±1,3	21,3±1,5	44,9±2,7	56,4±1,2	67,8±3,7	71,3±3,2
Правое ухо	14,6±1,9	25,4±1,7	45,9±1,3	57,7±2,2	66,8±2,1	70,7±2,1

Значения средней потери слуха у больных с СНТ III степени

(Табл 2.2.4)

Гц	250	500	1000	2000	4000	8000
Левое ухо	17,2±1,3	39,6±1,2	67,7±1,5	74,1±1,6	81,9±1,3	89,5±2,4
Правое ухо	16,4±1,9	38,8±1,4	65,8±1,2	76,9±1,4	84,1±1,4	91,7±2,2

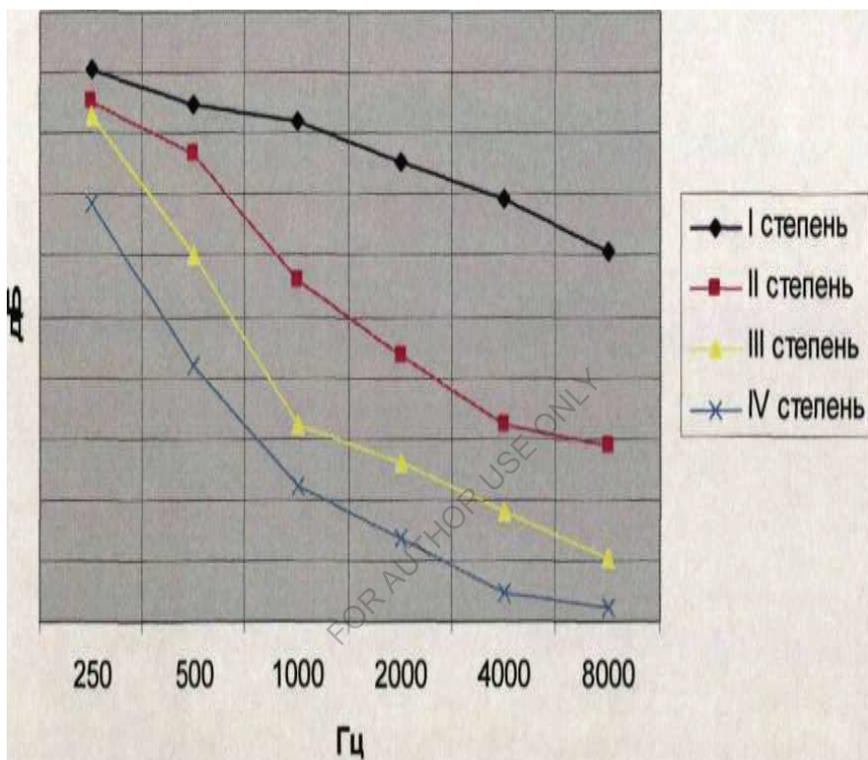
Значения средней потери слуха у больных с СНТ IV степени

(Табл 2.2.5)

Гц	250	500	1000	2000	4000	8000
Левое ухо	29,4±1,7	58,3±1,6	79,3±2,1	87,7±3,4	96,9±3,3	97,1±4,6
Правое ухо	31,4±1,4	57,8±1,3	77,8±1,4	86,4±4,5	95,2±4,3	97,8±5,9

Усредненные аудиометрические кривые больных СНТ по степеням

(Рис.2.7)



Аудиометрические больных СНТ

Данные тимпанометрии и исследования слухового рефлекса (ипси- и контралатерального), проводимые на Импедансометр (Maico), представлены в таблице. (табл 2.2.8)

Средние значения импедансометрии у больных СНТ

(табл 2.2.6)

Степень СНТ	Градиент (декаПа)	Уровень громкости (ДБ)		Пик подвижности (см ³)	Пиковое давление (декаПа)	Объем слухового прохода (см ³)
		ипси	контра			
I	71,35 ±4,64	88,21 ±1,97	92,11 ±3,34	0,92 ±0,п	-2,83 ±0,02	1,91 ±0,09
II	69,67 ±2,32	91,46 ±1,76	95,73 ±2,67	0,88 ±0,12	-2,57 ±0,04	1,96 ±0,08
III	67,82 ±1,12	99,26 ±2,36	102,32 ±1,78	0,84 ±0,09	-2,72 ±0,06	1,82 ±0,02
IV	61,97 +3,46	101,85 +3,25	104,32 +4,68	0,76 + 0,02	-5,48 +0,07	1,87 + 0,07

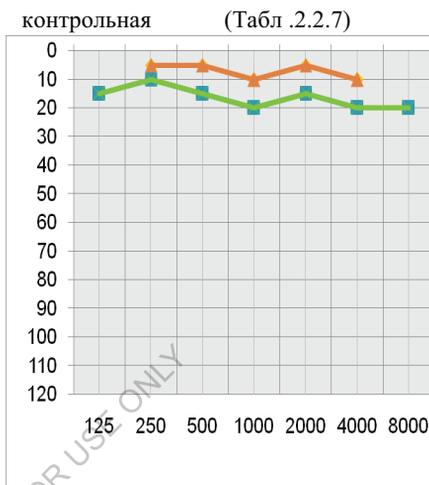
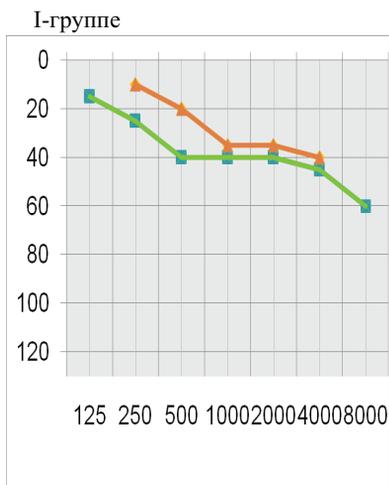
Градиент несколько снижен у больных с IV степенью СНТ по сравнению с I, II, III степенями, но не выходит за пределы нормы (50-110 для взрослых).

У пациентов с I степенью СНТ наблюдали нормальный уровень громкости ипсилатерального (для 500 и 4000 Гц - 80, 90 и 100 дБ, а для 1000 и 2000 Гц — 85, 95 и 110 дБ) и контралатерального рефлекса (90, 100 и 110 дБ). При II, III, IV степени СНТ отсутствие слуховых рефлексов наблюдали соответственно в 11,4%, 17,6% и 23,2% случаев. При III (99,26+2,36; 102,32+1,78) и IV(101,85+3,25; 104,32+4,68) степени они были повышены.

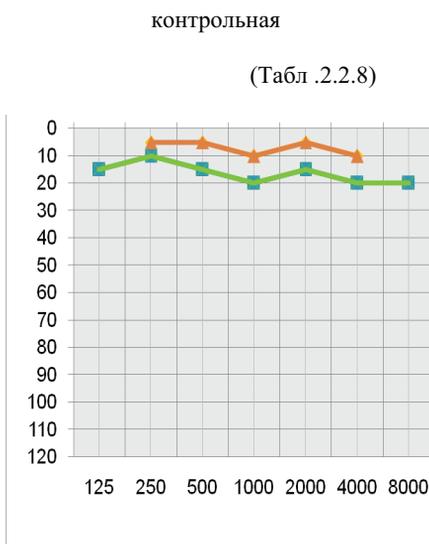
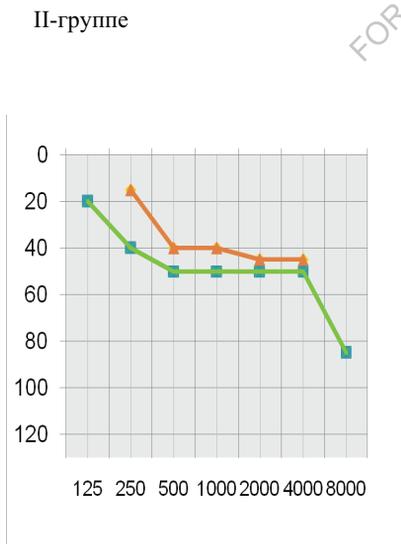
Показатели пика подвижности (комплианса), пикового давления и объема слухового прохода соответствовали норме (нормальные значения показателей соответственно: 0,2-1,4 см , +50 декаПа, 0,2-2,4 см) [269].

Таким образом, анализ данных импедансометрии показал максимальные изменения у пациентов с III и IV степенями СНТ.

Средние значения тональной аудиометрии



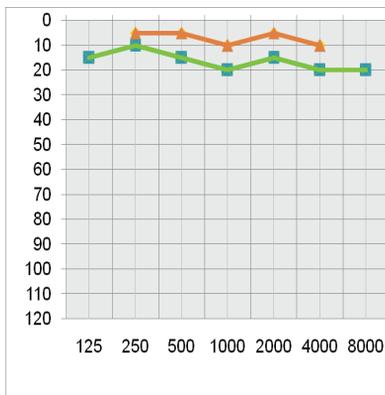
Средние значения тональной аудиометрии



Средние значения тональной аудиометрии

III-группе

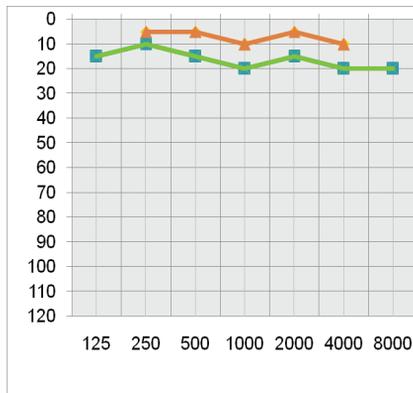
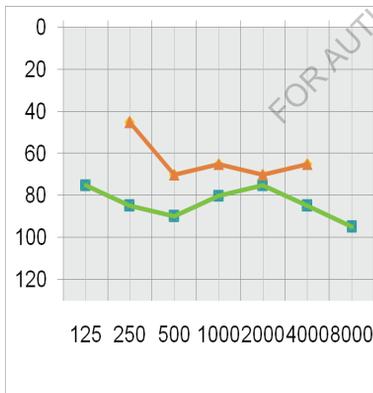
контрольная
(Табл .2.2.9)



Средние значения тональной аудиометрии

IV-группе

контрольная
(Табл .2.3.1)



ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СНТ

Критерий качества жизни (КЖ) используют для определения эффективности лечения в медицинских программах, преимуществ метода лечения при равноценных эффектах, как медикаментозных терапевтических воздействий, так и хирургических пособий. Улучшение КЖ после проведенной терапии служит оптимальным критерием в выборе именно такой лечебной тактики. КЖ может служить показателем, на основе которого возможна разработка программ, мониторинг состояния здоровья пациента после проведенного лечения в ранние и отдаленные сроки [160].

Методология КЖ включает:

1. Разработку протокола исследования.
2. Выбор инструмента исследования (опросника).
3. Опрос (интервьюирование) больных.
4. Шкалирование опросника и формирование базы данных.
5. Статистическую обработку, анализ и интерпретацию

результатов исследования.

Разработка протокола исследования осуществляется до начала исследования. Протокол исследования КЖ не меняется по ходу исследования, его требования являются обязательными для всех исполнителей и могут быть изменены лишь с согласия руководителя исследования.

В протоколе исследования КЖ должны быть включены:

- Определение целей и задач исследования;
- Критерии исключения больных из исследования;
- Разработка дизайна исследования;
- Разработка клинической карты;

1

- Описание инструмента исследования;
- Обоснование объема выборки, выбора метода

рандомизации, требования по мониторингу;

- Таблица учета данных;
- Рекомендации для специалистов, проводящих исследование КЖ.

Цели и задачи должны быть сформулированы в соответствии с возможностью метода, должны быть выполнимы в сроки, отведенные для исследования.

При разработке критериев исключения больных необходимо ориентироваться на возраст больных, который должен соответствовать типу опросника, целям и задачам исследования. Важно исключать из групп обследуемых больных пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, которая потенциально может повлиять на результаты исследования.

Разработка дизайна исследования должна включать описание следующих пунктов:

- точки обследования - должны определяться в соответствии с целями и задачами исследования, свойствами выбранного опросника;
- указание способа, заполнения опросника (выдается ли он больному для самостоятельного заполнения дома, высылается ли по почте, либо заполняется путем телефонного интервьюирования).

Клиническая карта должна включать необходимую демографическую и клиническую характеристику больных, должна быть простой и удобной для дальнейшего ее внесения в базу данных.

В специальной литературе представлено большое количество методик оценки качества жизни. Среди инструментов, оценивающих КЖ больных, общеприняты и распространены опросники. В описании инструмента исследования должна быть дана краткая характеристика опросника исследования КЖ. Необходимо указать направленность опросника

применительно к данному исследованию, т.е. расставить акценты над изучаемыми характеристиками, которые будет оценивать опросник КЖ.

W. Spitze E. и соавт. выделяют 10 необходимых условий, которые должны удовлетворять методики оценки качества жизни:

- простота (краткость, ясность для понимания);
- широта охвата аспектов качества жизни;
- соответствие содержания методик реальным общественным условиям и определение его эмпирически на основании обследования пациентов, опроса врачей и других работников здравоохранения;
- количественная оценка показателей качества жизни;
- отражение качества жизни пациентов с одинаковой эффективностью независимо от их возраста, пола, профессии и вида заболевания;
- тщательное установление валидности (точности) вновь созданной методики;
- одинаковое удобство использования методики для пациентов и для исследователей;
- высокая чувствительность методики;
- различия получаемых данных о качестве жизни при исследовании разных групп пациентов;
- корреляция результатов оценки качества жизни с помощью специальных методик с результатами других методов исследования пациентов [109].

В рекомендациях для специалистов, проводящих исследование КЖ, связанного со здоровьем указывается необходимость информирования больного до начала исследования об его целях и задачах, информирования о добровольности участия больного в исследовании, о конфиденциальности полученной от пациента информации, об условиях протокола исследования, о необходимости правильного и своевременного заполнения предложенных ему опросников.

Необходимо получить от больного письменное информированное согласие на участие в протоколе исследования.

Адаптированными для России опросниками в настоящее время являются MOS SF-36

Опросник MOS SF-36 Medical Outcomes Study Short Form, разработанный J.E.Ware с соавт. в 1988 г. [90], является наиболее распространенным общим опросником изучения КЖ, нашедшим широкое применение, как в популяционных, так и в специальных исследованиях КЖ [60, 91].

"SF-36 Health Status Survey".¹ SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни(КЖ), он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург).

Опросник SF-36 был нормирован для общей популяции США и репрезентативных выборок в Австралии, Франции, Италии. В США и странах Европы были проведены исследования отдельных популяций и получены результаты по нормам для здорового населения и для групп больных с различными хроническими заболеваниями (с выделением групп по полу и возрасту) В русской версии опросника SF-36 анкета включает 36 вопросов, которые отражают 9 концепций (шкал) здоровья: физическую работоспособность, социальную активность, степень ограничения физической работоспособности и социальной активности, психическое здоровье, энергичность или утомляемость, боль, общую оценку здоровья и его изменения в течение последнего года [28]. Опросник SF-36 обеспечивает количественное определение качества жизни по указанным шкалам. Ответы на вопросы выражают в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов шкалы соответствует более высокому уровню КЖ.

Шкалы опросника MOS SF-36

(Табл .3.1.1)

№ п/п	Условное обозначение	Шкала	Число пунктов	Определение	Компонент здоровья
1	2	3	4	5	6
1.	PF (Physical Functioning).	Физическое функционирование	10	Возможность человека выполнять физическую нагрузку	Физический
2.	RP (Role Physical).	Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	4	Физическая способность человека выполнять свою профессиональную работу или работу по дому (пенсионеры)	

(Табл.3.1.2)

1	2	3	4	5	6
3.	BP (Bodily Pain).	Физическая боль	2	Выраженность боли	
4.	GH (General Health).	Общее восприятие здоровья	5	Субъективная оценка общего состояния здоровья	
5.	VT (Vitality).	Жизнеспособность	4	Субъективная оценка настроения, энергичности, жизненных сил	
6.	SF (Social Functioning)	Социальная активность	2	Эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми	

7.	RE (Role Emotional).	Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	3	Эмоциональная способность человека заниматься профессиональной работой или работой по дому (пенсионеры)	Психический
8.	MH (Mental Health).	Психическое здоровье	5	Субъективная оценка эмоционального состояния	
9.	CH (Change Health).	Сравнение самочувствия с предыдущим годом	1	Изменения оценки здоровья в течение последнего года	

Оценка качества жизни по опросник SF-36 адаптированного на узбекский язык.

ОПРОСНИК SF-36 адаптированного на узбекский язык.

Ф.и.о. _____

Дата заполнения _____

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья

(обведите одну цифру)

Отличное 1

Очень хорошее 2

Хорошее 3

Посредственное 4

Плохое 5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад.

(обведите одну цифру)

- Значительно лучше, чем год назад 1
- Несколько лучше, чем год назад 2
- Примерно так же, как год назад 3
- Несколько хуже, чем год назад 4
- Гораздо хуже, чем год назад 5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
Подняться пешком по лестнице на	1	2	3

несколько пролетов.

Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
---	---	---	---

Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3
---	---	---	---

Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
--	---	---	---

З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
---	---	---	---

И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
--------------------------------------	---	---	---

К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3
--------------------------------------	---	---	---

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности.	1	2
Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Выполняли свою работу или другие Дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6.Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

(обведите одну цифру)

Совсем не мешало.....	1
Немного.....	2
Умеренно	3
Сильно.....	4
Очень сильно	5

7.Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

(обведите одну цифру)

Совсем не испытывал(а).....	1
Очень слабую.....	2
Слабую	3
Умеренную.....	4
Сильную	5
Очень сильную.....	6

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)? (обведите одну цифру)

- Совсем не мешала 1
- Немного..... 2
- Умеренно 3
- Сильно..... 4
- Очень сильно 5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

(обведите одну цифру)

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным (ой) что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя	1	2	3	4	5	6

спокойным(ой) и

умиротворенным (ой)?

Д. Вы чувствовали себя

полным (ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
----------------------------	---	---	---	---	---	---

Е. Вы чувствовали себя

упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
------------------------------------	---	---	---	---	---	---

Ж. Вы чувствовали

себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
----------------------	---	---	---	---	---	---

З. Вы чувствовали себя

счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
-----------------	---	---	---	---	---	---

И. Вы чувствовали себя

уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6
---------------	---	---	---	---	---	---

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?

(обведите одну цифру)

Все время 1

Большую часть времени 2

Иногда 3

Редко 4

Ни разу 5

11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?

(обведите одну цифру в каждой строке)

Опре-	В	Не	В	Опреде-
делен-	основ-	знаю	основ-	ленно
но вер-	ном		ном не-	не-

	но	верно		верно	верно
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Опросник имеет следующие шкалы:

9. Физическое функционирование (PF).
10. Ролевое (физическое) функционирование (RP).
11. Боль (P).
12. Общее здоровье (GH).
13. Жизнеспособность (VT).
14. Социальное функционирование (SF).
15. Эмоциональное функционирование (RE).
16. Психологическое здоровье (MH).

Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический (5 – 8 шкалы).

Методика вычисления основных показателей по опроснику SF-36.

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения	Возможный диапазон значений
------------	---------	---	-----------------------------------

Физическое функционирование (PF).	3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к.	10 – 30	20
Ролевое (физическое) функционирование (RP).	4а, 4б, 4в, 4г.	4 – 8	4

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения	Возможный диапазон значений
Боль (P)	7, 8.	2 – 12	10
Общее здоровье (GH)	1, 11а, 11б, 11в, 11г.	5 – 25	20
Жизнеспособность (VT)	9а, 9д, 9ж, 9и.	4 – 24	20
Социальное функционирование (SF)	6, 10.	2 – 10	8
Эмоциональное функционирование (RE)	5а, 5б, 5в.	3 - 6	3
Психологическое здоровье (MH)	9б, 9в, 9г, 9е, 9з.	5 – 30	25

В пунктах 6, 9а, 9д, 9г, 9з, 10, 11 – производится обратный счет значений. Формула вычисления значений: [(реальное значение показателя) – (минимально возможное значение показателя)] : (возможный диапазон

значений) 100.

Требования к представлению результатов:

5. указание числа наблюдений для каждого признака;
6. описательная статистика – $M \pm SD$, Me (LQ; UQ), % (n/N);
7. точность результатов (оценки, P); ДИ (для основных результатов исследования) и P;
8. указание на использованные статистические методы (параметрические и непараметрические) и статистические пакеты.

Рекомендуемые статистические пакеты для обработки результатов – StatSoft Statistica v.6.0, SPSS 9.0.

Опросник качества жизни SF-36 переведен на узбекский язык и адаптирован к узбекской популяции.

1. **Физическое функционирование (Physical Functioning - PF)**, отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. **Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning**

- **RP)** – влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

3. **Интенсивность боли (Bodily pain - BP)** и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. **Общее состояние здоровья (General Health - GH)** - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже бала по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. **Жизненная активность (Vitality - VT)** подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

6. **Социальное функционирование (Social Functioning - SF)**, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. **Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional - RE)** предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. **Психическое здоровье (Mental Health - MH)**, характеризует настроение наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Оценка результатов.

1. Значение по шкале «Физическое функционирование (Physical Functioning - PF)»:

1) Суммарный балл, полученные при ответах на вопросы: 3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к

$$PF_{\text{sum}} = PF_{3a} + PF_{3б} + PF_{3в} + PF_{3г} + PF_{3д} + PF_{3е} + PF_{3ж} + PF_{3з} + PF_{3и} + PF_{3к}$$

2) Полученный суммарный балл пересчитывался по следующему ключу:

$$PF = (PF_{\text{sum}} - 10) / 20 * 100$$

2. Значение по шкале «Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning - RP)»:

1) Суммарный балл, полученные при ответах на вопросы: 4а, 4б, 4г, 4д

$$RP_{\text{sum}} = RP_{4a} + RP_{4б} + RP_{4г} + RP_{4д}$$

2) Полученный суммарный балл пересчитывался по следующему ключу:

$$RP = ((RP_{\text{sum}} - 4) / 4) * 100$$

3. Значение по шкале «Интенсивность боли (Bodily pain - BP)»:

1) Перекодируйте баллы, полученные при ответе на вопросы №7 и №8, в соответствии с одним из указанных ключей.

Если даны ответы на оба вопроса, то перекодируйте «сырой» балл по каждому вопросу по следующему ключу:

Табл 3.1.3

сырой» балл вопрос №7 (BP7)	пересчетный балл (BP7'')	сырой» балл вопрос №8 (BP8)	пересчетный балл (BP8'')
1	6	1 и при условии, что BP7=1	6
2	5.4	1 и при условии, что BP7 имеет значение от 2 до 6	5
3	4.2	2	4
4	3.1	3	3
5	2.2	4	2
6	1	5	1

В. Если дан ответ на вопрос №7 и пропущен ответ на вопрос №8, то перекодируйте «сырой» балл за вопрос №7 по следующему ключу, пересчетный балл для вопроса №8 указывается тот же, что и для седьмого вопроса.

Табл 3.1.4

сырой» балл вопрос №7 (BP7)	пересчетный балл (BP7'')	пересчетный балл (BP8'')
1	6	6
2	5.4	5.4
3	4.2	4.2
4	3.1	3.1
5	2.2	2.2
6	1	1

2) Подсчитайте значение по шкале по формуле:

$$BP = [((BP7'' + BP8'') - 2) / 10] * 100$$

4. Значение по шкале «Общее состояние здоровья (General Health - GH)»

Подсчитайте сумму: $GH_{sum} = GH1'' + GH11a + GH116'' + GH11b + GH11r''$

5) Подсчитайте значение шкалы по формуле:

$$GH = ((GH_{sum} - 5) / 20) * 100$$

5. Значение по шкале «Жизненная активность (Vitality - VT)»

2) Подсчитайте сумму: $SF_{sum} = SF6'' + SF10$

3) Подсчитайте значение шкалы по формуле: $SF = ((SF_{sum} - 2) / 8) * 100$

7. Значение по шкале «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional - RE)»

1) Подсчитайте сумму баллов, полученных при ответе на вопросы: 5а, 5б, 5в

$$RE_{sum} = RE5a + RE5b + RE5в$$

2) Подсчитайте значение шкалы по формуле: $RE = ((RE_{sum} - 3) / 3) * 100$

8. Значение по шкале «Психическое здоровье (Mental Health - MH)»

3) Подсчитайте сумму: $MH_{sum} = MH9б + MH9в + MH9г'' + MH9е + MH9з''$

4) Подсчитайте значение шкалы по формуле: $MH = ((MH_{sum} - 5) / 25) * 100$

9. Значение общих показателей «Физический компонент здоровья (Physical health - PH)» и

«Психологический компонент здоровья (Mental Health - MH)» 8

1) Подсчитайте Z-значения по восьми шкалам опросника по формулам:

$$PF-Z = (PF - 84,52404) / 22,89490$$

$$RP-Z = (RP - 81,19907) / 33,797290$$

$$BP-Z = (BP - 75,49196) / 23,558790$$

$$GH-Z = (GH - 72,21316) / 20,16964$$

$$VT-Z = (VT - 61,05453) / 20,86942$$

$$SF-Z = (SF - 83,59753) / 22,37642$$

$$RE-Z = (RE - 81,29467) / 33,02717$$

$$MH-Z = (MH - 74,84212) / 18,01189$$

2) Подсчитайте значение показателя «Физический компонент здоровья (PH)» по формуле:

$$PH_{sum} = (PF-Z * 0,42402) + (RP-Z * 0,35119) + (BP-Z * 0,31754) + (SF -Z * -0,00753) + (MH-Z$$

$$* -0,22069) + (RE-Z * -0,19206) + (VT-Z * 0,02877) + (GH-Z * 0,24954)$$

$$PH = (PH_{sum} * 10) + 50$$

3) Подсчитайте значение показателя «Психический компонент здоровья (MH)»

$$MH_{sum} = (PF-Z * -0,22999) + (RP-Z * -0,12329) + (BP-Z * -0,09731) + (SF * 0,26876) + (MH-Z$$

$$* 0,48581) + (RE-Z * 0,43407) + (VT-Z * 0,23534) + (GH-Z * -0,01571)$$

$$PH = (MH_{sum} * 10) + 50$$

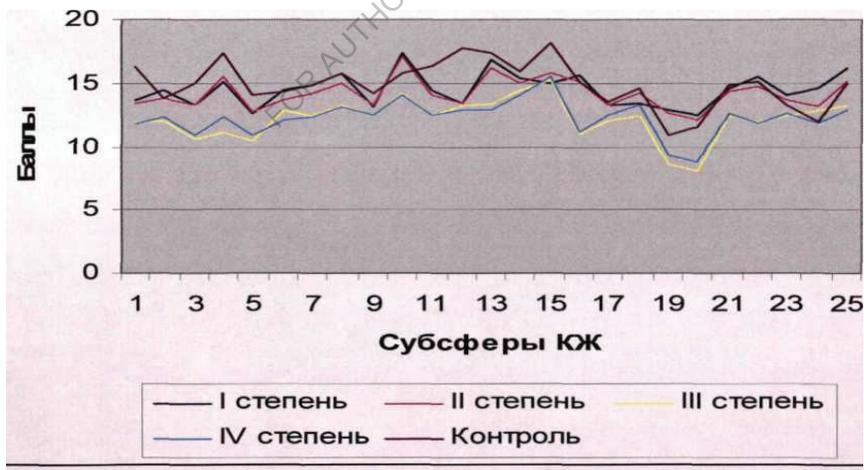
Качество жизни у больных хронической сенсоневральной тугоухостью

Табл 3.1.5

Показатели	I степень n=50	II степень n=50	III степень n=50	IV степень n=50	Конт роль (2114)
Физическое функционирование (PF)	78,2±3,4	76,4±3,6	75,8±2,6	75,69±3,1	76,9±22,0
Ролевое (физическое) функционирование (RP)	63,9±2,7	63,7±3,1	60,1±2,8	59,8±3,2	64,9±37,0
Боль (P)	66,8±3,1	65,7±2,8	64,6±3,1	63,8±1,8	66,4±25,0
Общее здоровье (GH)	51,8±2,7**	50,9±3,1**	39,6±2,4*,**	35,3±2,1*,**	54,1±19,4

Жизнеспособность (VT)	53,8±3,2**	52,3±2,8 **	42,9±2,4*, **	38,3±2,4*, **	56,2±18,2
Социальное функционирование (SF)	66,8±3,4**	61,9±3,6**	51,2±1,98 *	48,7±2,3*, **	68,0±22,1
Эмоциональное функционирование (RE)	62,6±2,8**	59,7±1,9 **	51,8±3,2*, **	47,6±1,9*, **	66,5±36,7
Психологическое здоровье (MH)	56,9±2,5**	54,8±2,2 **	43,2±3,1*, **	42,8±2,6*, **	58,0±16,4
Сравнение самочувствия с предыдущим годом (CH)	56,8±3,8**	54,3±2,9 **	50,9±2,3*, **	48,2±3,4*, **	57,5±6,4

Рис (3.1.1) Качество жизни больных ХСНТ в зависимости от ее степени.



Примечание: цифрами обозначены субсферы: 1 — общее качество жизни и состояние здоровья, 2 - физическая боль и дискомфорт, 3 - сон и отдых, 4 -

жизненная активность, 5 — положительные эмоции, 6 — познавательные функции, 7 - самооценка, 8 - образ тела и внешность, 9 - отрицательные эмоции, 10 - подвижность, 11 - способность выполнять повседневные дела, 12 - зависимость от лекарств, 13 - способность к работе, 14 — личные отношения, 15 - социальная поддержка, 16 — сексуальная активность, 17 — физическая безопасность, 18 - окружающая среда дома, 19 - финансовые ресурсы, 20 - медицинская и социальная помощь (доступность и качество), 21 — возможность для приобретения новой информации и навыков, 22 - отдых и развлечения, 23 - окружающая среда вне дома, 24 — транспорт, 25 — духовная сфера.

Повышение степени тугоухости достоверно снижает КЖ пациентов. Общее КЖ и состояние здоровья по собственной оценке пациентов снижены при всех степенях СНТ

Показатели физической сферы у больных I и II степенями СНТ не отличаются от контроля, у пациентов с III и IV степенями достоверно снижены. У пациентов наблюдается немотивированная усталость, снижение работоспособности, страдает сон, что может быть объяснено их стрессовым и депрессивным состоянием, а также наличием ушного шума.

Субсфера «физическая боль и дискомфорт» исследует неприятные физические ощущения и степень, в которой они мешают человеку в его жизни. На дискомфорт в основном указывают больные с III и IV степенью СНТ, страдающие ушным шумом.

Показатели всех субсфер психологической сферы достоверно отличаются от группы контроля в III и IV степени СНТ. Между группами I и II степени СНТ с III и IV имеются отличия в сферах «положительные эмоции», «познавательные функции», «самооценка», «образ тела и внешность». Очевидны причины таких изменений — снижение слуха, затрудняющее общение.

Достоверное снижение уровня независимости у больных с III и IV степенью СНТ прослеживается во всех субсферах, кроме субсферы «подвижность». Сниженный показатель в субсфере «зависимость от лекарств и лечения» при всех степенях тугоухости может быть использован для оценки отношения пациента к лечению, осознания его необходимости.

Низкие показатели в сфере «социальные отношения» в группах III и IV степени СНТ в большей степени зависят от недостаточной практической социальной поддержки, хотя данные субсферы «личные отношения» не разнятся между группами и контролем. Это свидетельствует об удовлетворенности дружескими и любовными отношениями. Показатели «сексуальной активности» достоверно снижены у пациентов с III и IV степенями тугоухости, что может объясняться затруднением общения с людьми, в том числе противоположного пола, чувством стеснения своего физического недостатка, депрессией.

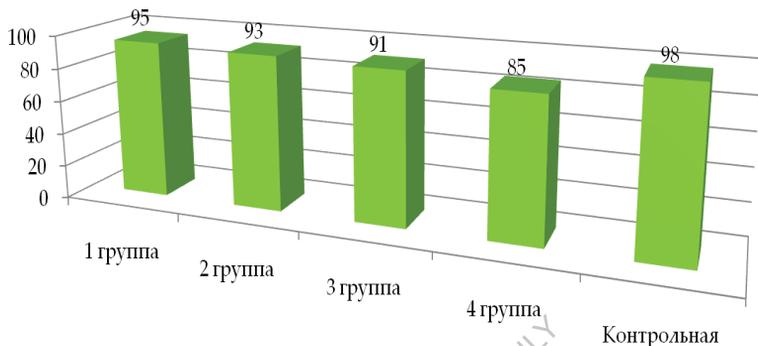
В сфере «окружающая среда» показатели респондентов с тугоухостью и контрольной группы не имели достоверных различий в субсферах «физическая безопасность», «окружающая среда дома» и «окружающая среда вне дома». Показатели ЮК наиболее низкие в субсфере «медицинская и социальная помощь (доступность и качество)», «возможности для приобретения новой информации и навыков», «отдых и развлечения». Эти понятия относятся к социальной сфере.

Изменение значений в «духовной среде» свидетельствуют об ухудшении КЖ у пациентов III и IV степенями СНТ. Высокая степень тугоухости истощает внутренние духовные резервы личности. Больным необходима помощь в сохранении позитивного настроения на выздоровление и адаптацию к реальности.

**Физическое функционирование
(Physical Functioning-PF),**

отражающее степень, в которой отражено самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей (Диалг 3.1)

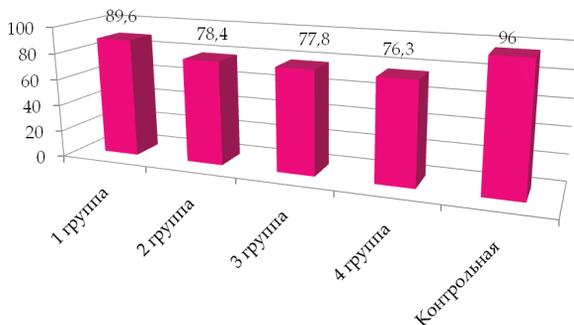
(Диаграмма 3.1.7)



Ролевое функционирование,

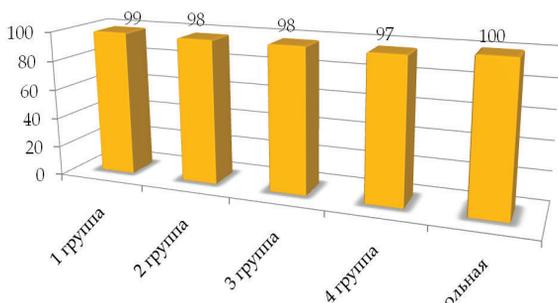
обусловленное физическим состоянием влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

(диаграмма 3.2)



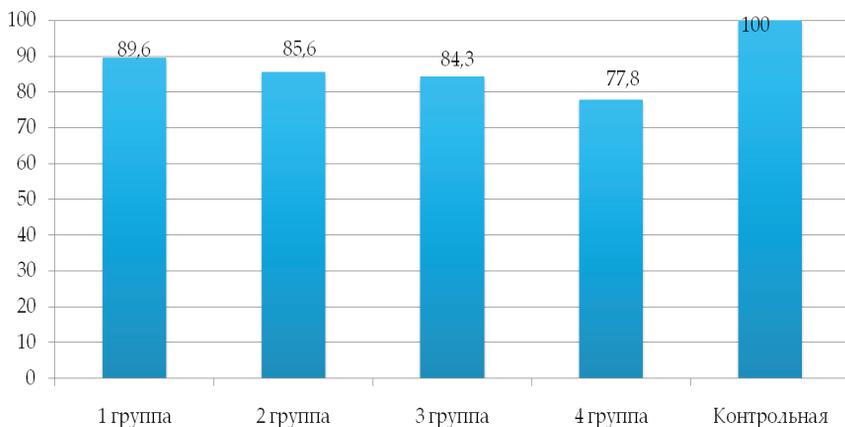
Интенсивность боли (Bodily pain - BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома

диаграмм (3.3)



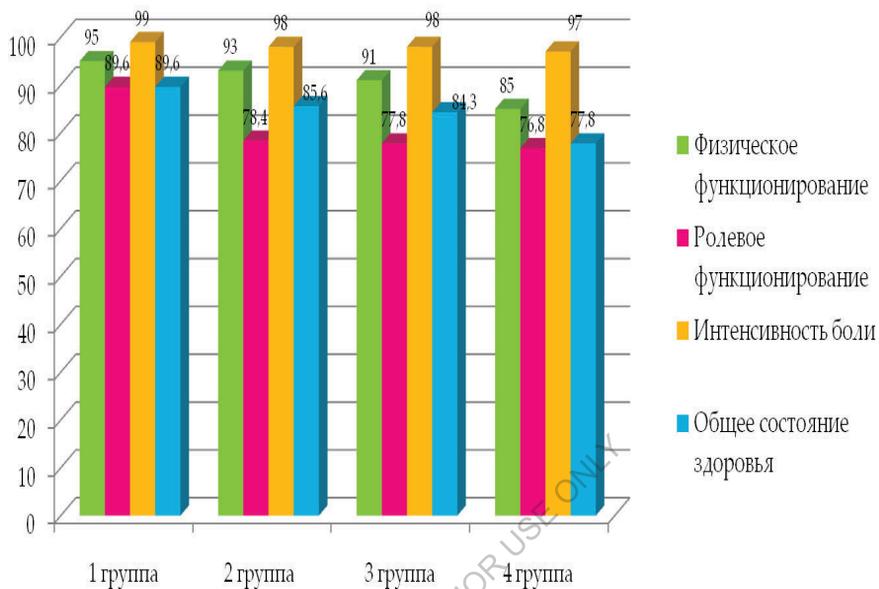
Общее состояние здоровья (General Health - GH) - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже бала по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

(диаграмма 3.4)



Сравнительный анализ физического компонента здоровья

(диаг 3.5)



При оценке физического компонента здоровья определялось снижение по шкале «Общее состояние здоровья» во всех исследуемых группах. Не было выявлено статистически значимых различий между степенью тугоухости и физическим компонентом здоровья.

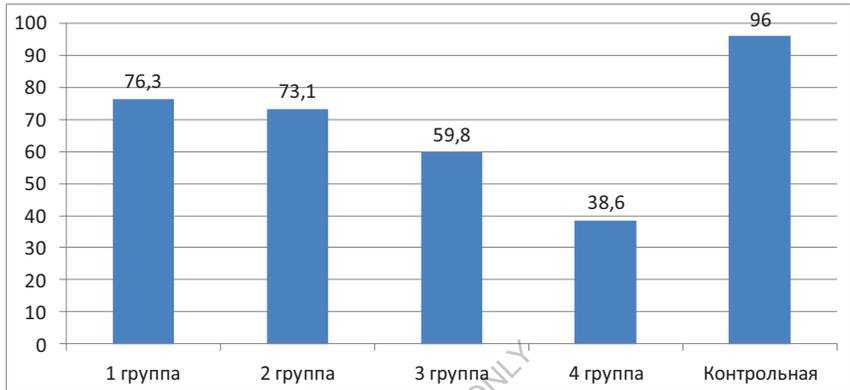
Повышение степени тугоухости достоверно снижает КЖ пациентов лишь общее здоровье по их собственной оценке достоверно снижены при III и IV степенях

Больные СНТ не страдают от болей. Они испытывают дискомфорт от ушного шума, тугоухости.

Психологический компонент здоровья (Mental Health – МН)

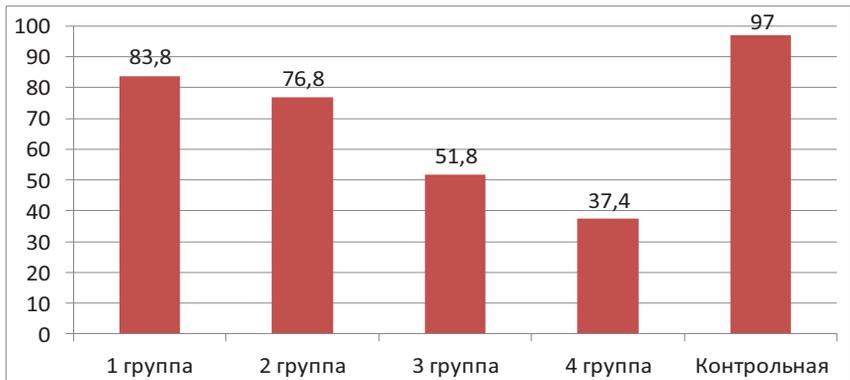
Психическое здоровье

характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций (Диэг 3.6)



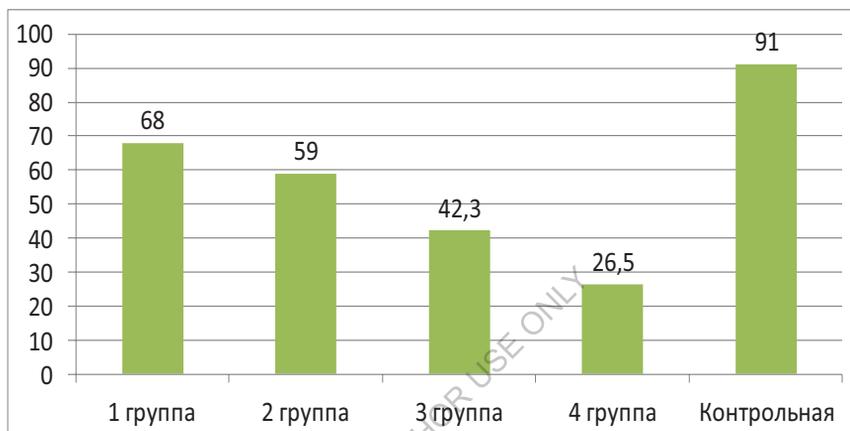
Рольевое функционирование

оценка степени эмоционального состояния, мешающего выполнению работы или другой повседневной деятельности Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы обусловленное ухудшением эмоционального состояния. (Диэг 3.7)



Социальное функционирование

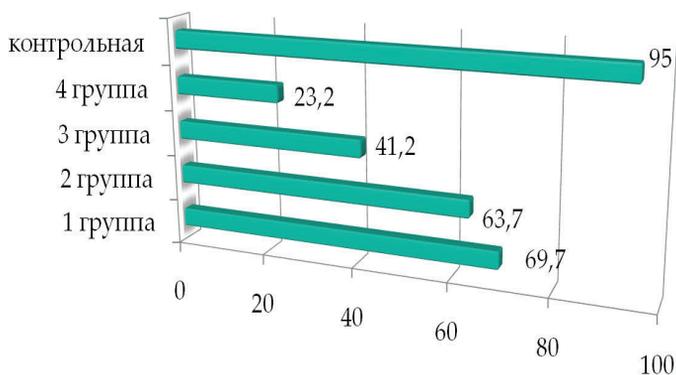
степень, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность(общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.(диаг 3.8)



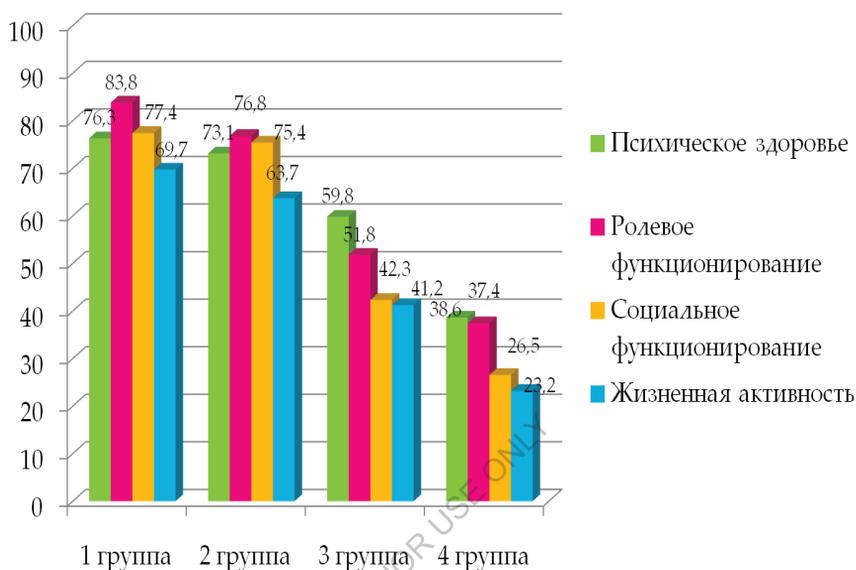
Жизненная активность

ощущение пациентом полным сил и энергии или, напротив, обессиленным.

Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.(Диэг 3.9)



Сравнительный анализ психологического компонента здоровья
(диаг 3.10)



Физический компонент здоровья (физическое здоровье и рольное физическое функционирование, боль) у пациентов с ХСНТ не страдает,

Повышение степени тугоухости достоверно снижает КЖ пациентов лишь общее здоровье по их собственной оценке достоверно снижены при III и IV степенях

Больные СНТ не страдают от болей. Они испытывают дискомфорт от ушного шума, тугоухости. Этот момент объясняет несовпадение показателей при ответах респондентов в похожих шкалах тестов КЖ.

Показатели всех шкал психологического компонента здоровья достоверно отличаются от группы контроля в III и IV степени СНТ. Между группами I и II степени СНТ с III и IV имеются отличия в шкалах

«жизнеспособность», «социальное функционирование», «эмоциональное функционирование», «психологическое здоровье». Социально значимое снижение слуха вызывает изменения психологического здоровья.

Изменение значений в шкале «сравнение самочувствия с предыдущим годом» свидетельствуют об ухудшении КЖ у пациентов III и IV степенями СНТ по сравнению с контролем и I и II степенями. Нередко у больных с высокой степенью тугоухости наблюдается прогрессирующее патологическое состояние. Наличие этой шкалы в тесте SF - 36 дает возможность врачу оценить состояние пациента в динамике.

По данным таблицы следует, что наиболее сильная обратная корреляционная связь присутствует между степенью тугоухости и физической сферой (-0,58). Субсфера «физическая боль и дискомфорт» взаимосвязана со степенью тугоухости отрицательной связью средней силы (-0,51). Этот факт можно объяснить выраженностью дискомфорта и дезадаптации, которые связаны с нарушением слуховой функции по мере прогрессирования процесса.

Отрицательная связь (-0,49) наблюдается так же с субсферой «финансовые ресурсы», так как у больных снижается трудоспособность вплоть до инвалидности и возникает потребность в лечении и приобретении слуховых аппаратов. Выявленная сильная положительная связь степени тугоухости с субсферой «окружающая среда вне дома» (+0,72) характеризует важность для больных социальных, экологических, гигиенических и бытовых условий окружающей среды.

Взаимосвязь имеющегося у пациентов ушного шума и степени его выраженности с субсферой «сон и отдых» (-0,48) обусловлена нарушением засыпания и ухудшением качества сна, достигающего до бессонницы. Абсолютное большинство больных СНТ отмечают появление и усиление шума в ушах в ночной тишине. Нарушение сна приводит к сонливости в дневное время, что снижает работоспособность, ухудшает качество жизни. Субсферы «способность выполнять повседневные дела» и «зависимость от

лекарств и лечения» то же имеют отрицательную корреляционную связь с наличием ушного шума. Это доказывает их информативность в качестве дополнительных показателей тяжести состояния больных ХСНТ.

Нарушение разборчивости речи, которая является критерием тяжести процесса, имеет отрицательную корреляционную связь с психологической сферой (-0,47), в частности оценка субсфер «познавательные функции» (-0,67) и «самооценка» (-0,53) изменяются у больных с более тяжелыми коммуникативными нарушениями. Следовательно, они так же информативны в качестве дополнительного критерия тяжести состояния. Суфсферы «финансовые ресурсы» (-0,51), «отдых и развлечения» (-0,61), «транспорт» (-0,43) имеют отрицательные корреляционные связи средней силы со степенью нарушения разборчивости речи, отражая социальные проблемы пациентов с ХСНТ с более тяжелым течением заболевания.

В базу прогнозирования качества жизни были положены результаты оценки клинических параметров. На основании полученных данных выведено уравнение регрессии:

$$\text{ОКЖ} = 114,3 - 1,3\text{СТ} - 1,1\text{УШ} - 0,9\text{НРР} - \text{ОДЗ}, \text{ где}$$

ОКЖ — общее качество жизни,

СТ — степень тугоухости,

УШ - ушной шум,

РР - нарушение разборчивости речи,

ДЗ — длительность заболевания.

Это уравнение позволяет достоверно прогнозировать оценку общего качества жизни по клиническим данным. Наиболее весомый вклад в прогноз вносят показатели: степень тугоухости, наличие ушного шума и разборчивость речи.

Таким образом, условием высокого качества жизни в значительной степени являются нормальная слуховая функция или ее незначительные нарушения, отсутствие ушного шума и хорошее восприятие речи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сенсоневральная тугоухость в настоящее время является актуальной проблемой в медицинском и социальном аспекте. Несмотря на определенные успехи, достигнутые оториноларингологией за последние годы, число лиц с дефектами слуха возрастает.

Сенсоневральная тугоухость является полиэтиологическим заболеванием. Несмотря на различные причины, ведущая роль в развитии этой болезни является нарушение гемодинамики внутреннего уха (церебральной гемодинамики) и, как следствие, развитие острой или хронической ишемии рецепторной зоны органа Корти.

Выяснение причин и факторов риска развития СНТ позволяет разработать и улучшить методы лечения и профилактики этой патологии.

Сенсоневральная тугоухость, являясь коммуникативным расстройством, ведет к нарушению качества жизни больного. В соответствии с новой парадигмой клинической медицины качество жизни (КЖ) пациента является либо главной, либо дополнительной целью лечения. К сожалению, показатели КЖ не всегда принимаются во внимание оториноларингологами при лечении и диспансерном наблюдении больных с СНТ

За период с 2013 по 2015 год в клинике оториноларингологии ТМА было обследовано и пролечено 60 больных с сенсоневральной тугоухостью.

Этиология СНТ обследованных больных характеризовалась многообразием. Лидирующими и равнозначными по частоте встречаемости этиологическими факторами СНТ были сосудистая патология -26%(артериальная гипертензия, гипотония, дисциркуляторная дистония и др.), у 20% больных явились инфекционные заболевания. 11% больных связывают свое заболевание профессиональные факторы. 15%

больных отмечают, остеохондроз шейного отдела позвоночника. У 9% больных выявлена токсическое поражение. 19% пациентов заболевание связывается воспалительные процессы среднего и внутреннего уха.

Во всех возрастных группах преобладало хроническое течение СНТ.

Изучение КЖ у больных ХСНТ тестами MOS SF - 36 адаптированного на узбекский язык выявило его снижение по итоговой суммарной оценки, а также на уровне многих сфер. Общее КЖ и состояние здоровья по собственной оценке пациентов снижены при всех степенях СНТ (I степень - $13,6 \pm 1,0$, II - $13,4 \pm 0,7$, III - $11,9 \pm 1,0$ и IV - $11,8 \pm 0,7$, контроль - $16,3 \pm 0,5$). Социально значимое снижение слуха вызывает изменения психологического здоровья.

У пациентов наблюдается немотивированная усталость, снижение работоспособности, страдает сон, что может быть объяснено их стрессовым и депрессивным состоянием, а также наличием ушного шума.

Низкие показатели в сфере «социальные отношения» в группах III и IV степени СНТ ($13,5 \pm 0,4$ и $15,9 \pm 0,4$ соответственно, контроль $16,5 \pm 0,5$) в большей степени зависят от недостаточной практической социальной поддержки.

Изменение значений в «духовной среде» свидетельствуют об ухудшении КЖ у пациентов III и IV степенями СНТ (III - $13,3 \pm 0,7$, IV - $12,9 \pm 0,6$, контроль - $15,0 \pm 0,6$). Высокая степень тугоухости истощает внутренние духовные резервы личности. Больным необходима помощь в сохранении позитивного настроения на выздоровление и адаптацию к реальности.

Учитывая хроническое и нередко прогрессирующее течение СНТ, изучение КЖ может служить чувствительным критерием оценки адекватности пациентов, позволяет комплексно оценить факторы, обуславливающие развитие неблагоприятных психосоматических осложнений, стрессовых реакций, усугубляющих течение заболевания. КЖ

также необходимо оценивать для психотерапевтической коррекции.

Нами проведен анализ и оценка взаимосвязи клинических показателей с качеством жизни больных ХСНТ. Анализ полученных данных показал, что на оценку больным ХСНТ собственного качества жизни (ОКЖ) влияют некоторые клинические показатели, отражающие тяжесть течения заболевания: степень тугоухости (СТ), наличие ушного шума (УШ), нарушение разборчивости речи (НРР) , длительность заболевания (ДЗ).

Изучение качества жизни способствует решению социальной проблемы адаптации в обществе больных хронической сенсоневральной тугоухостью.

Длительность заболевания так же играет определенную роль в формировании КЖ.

FOR AUTHOR USE ONLY

ВЫВОДЫ

1. Применение опросника SF-36, адаптированного на узбекский язык, позволяет объективно оценить качество жизни больных с хронической СНТ.
2. При оценке физического компонента здоровья определялось снижение по шкале «Общее состояние здоровья» во всех исследуемых группах. Не было выявлено статистически значимых различий между степенью тугоухости и физическим компонентом здоровья.
3. Оценка психологического компонента здоровья показала статистически значимые различия показателей между исследуемыми группами в отношении всех шкал. Была определена взаимосвязь между степенью нарушения слуха и качеством жизни. Чем более выражена степень тугоухости, тем значительно снижено качество жизни у пациентов с СНТ.
4. Показатели качества жизни пациентов с СНТ служат чувствительным критерием оценки адекватности пациентов, позволяют комплексно оценить факторы, обуславливающие развитие неблагоприятных психосоматических осложнений, стрессовых реакций, усугубляющих течение заболевания и выявить необходимость их коррекции. Изучение КЖ способствует решению социальной проблемы адаптации в обществе больных СНТ

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Опросник SF-36, адаптированный к узбекской популяции, позволяет использовать его в практике ЛОР - врачей и врачей первичного звена для оценки качества жизни пациентов с СНТ.
2. Опросник качества жизни SF-36, адаптированный к узбекской популяции, позволяет проводить раннюю диагностику нарушений физического и психологического состояний пациентов с СНТ, определить степень их выраженности и объективно оценить субъективные ощущения пациентов.
3. При выявлении нарушений физического и психологического состояния пациентов с СНТ с помощью опросника SF-36, адаптированного на узбекский язык, рекомендована консультация психоневролога и психотерапевта.
4. Для выявления клинических и доклинических симптомов СНТ у пациентов с факторами риска по развитию СНТ (артериальная гипертензия, гипотония, шейный остеохондроз с вертебробазилярной недостаточностью, избыточная масса тела, повышенное содержание холестерина, сахарный диабет, атеросклероз сосудов головного мозга, черепно-мозговые травмы, ЛОР патология (хронические и острых гнойных средних отитов, экссудативных средних отитов и др.) необходимо проводить анкетирование и аудиологический скрининг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Острая сенсоневральная тугоухость и актуальность выявления генетических маркеров наследственных тромбофилий. Артюшкин С. А. Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. Санкт-Петербург. 2005. 22 с.
1. Алибеков И.М. Лечение и профилактика сенсоневральной тугоухости антибиотиковой этиологии мидокалмом и ноотропиллом:(клинико экспериментальное исследование): Автореф. дис. канд. мед. наук И.М. Алибеков. — СПб., 2006. — 20с.
2. Ализаде И.Т. Нарушение слуховой функции и микроциркуляции у больных сахарным диабетом / Ализаде И.Т. // Вести, оториноларингологии. - 2007. - № 1.-С. 11-13.
3. Ализаде И.Т. Раннее выявление нейросенсорного компонента тугоухости у больных сахарным диабетом / Ализаде И.Т. // Рос. оториноларингология. - 2010. - № 3(22). - С.38 — 40.
4. Аль Джаюси Язид Абдельхам Диагностика ранних форм нарушений функций ушного лабиринта ангиовертебрального генеза: Автореф. дис. канд.мед.наук / Аль Джаюси Язид Абдельхам - СПб, 2012. - 22с.
5. Альтман Я.А. Руководство по аудиологии / Я.А. Альтман, Г.А. Таваркиладзе. - М.: ДМК Пресс, 2009. - 360с.
6. Анализ генов MTRNR1 (12S р-РНК) и MTTS1 (т-РНК серина) у больных приобретенной нейросенсорной тугоухостью (кохлеопатией) / С.Н. Пониделко, М.И. Говорун, В.Н. Цыган и др. // Рос. оториноларингология (приложение). - 2010. — С.676 — 680.
7. Сенсоневральная тугоухость. Гаппоева Э. Т. Владикавказ. Изд-во СОГУ им. К.Л. Хетагурова 2011. 191 с.
8. Острая и внезапная сенсоневральная тугоухость: этиология, клиника, диагностика, эффективность ранней этиопатогенетической терапии.

Беличева Э. Г. Дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. Санкт-Петербург. 2008. 245 с.

9. Сенсоневральная тугоухость. Современные возможности терапии позиции доказательной медицины Косяков С. Я. Москва: МЦФЭР 2008.

10. Нейромедиаторные аминокислоты и сенсоневральная тугоухость. Шахова Е. Г. // Российская оториноларингология. 2008. № 1. С. 174-178

11. Сенсоневральная тугоухость: молекулярно-генетические, структурные и лечебно-профилактические аспекты. (клинико-эксперим. исслед.). Журавский С. Г. Дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. Санкт-Петербург. 2006. 323 с.

12. Особенности гемодинамических и биохимических изменений у рабочих машиностроительного производства с нормальным слухом и сенсоневральной тугоухостью. Козак Волошаненко Ю. Н. // Российская оториноларингология № 1. 2013 С. 109-112.

13. Особенности подхода к коррекции слухопротезированию больных с сенсоневральной тугоухостью. Приходько Е. А. Российская оториноларингология № 5. 2011 С. 125-128.

14. Оптимизация фармакотерапии артериальной гипертензии у лиц пожилого возраста с сенсоневральной тугоухостью. Ирхина Е. А. Дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. Волгоград. 2009. 149 с.

15. Применение динамической коррекции активности симпатической нервной системы у больных с сенсоневральной тугоухостью. Карташова К. И. Автореф. дис. на со-иск. учен. степ. канд. мед. наук. Санкт-Петербург. 2010. 24 с. Автореф. дис. на со-иск. учен. степ. канд. мед. наук. Санкт-Петербург. 2010. 24 с.

16. Басилова Т.А. Психология детей со сложными нарушениями // Основы специальной психологии: Уч. пос. для среди, уч. заведений / Под ред. Л.В. Кузнецовой. - М.: Академия, 2002. - С.76 - 91.

17. Беличева Э.Г. Генетическая обусловленность индивидуальной чувствительности к гипоксии при острой сенсоневральной тугоухости /

Э.Г. Беличева // Рос. оториноларингология. - 2005. - № 6(19). - С. 15 -
Беличева Э.Г.

18. Стандарты диагностики острой и внезапной сенсоневральной тугоухости / Э.Г. Беличева, В.И. Линьков // Рос. оториноларингология (приложение). - 2007. - С.609. - 613.

19. Бикбаева А.И. Состояние церебральной гемодинамики у детей с нейросенсорной тугоухостью / А.И. Бикбаева, Л.В. Валилуева, Р.М. Хабибуллина // Вести, оториноларингологии. - 2002. - № 4. - С.11 — 15.

20. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учеб, пособие для студ. высш. пед. учеб, заведений / Т.Г. Богданова - М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 224с.

22. Бримкулов Н.Н. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни / Н.Н. Бримкулов, Н.Ю. Сенкевич, А.Д. Калиева // Центральноеазиатский мед. журн. - 2010. — № 4 - 5. - С.236 - 241.

23. Воронкин В.Ф. Динамика иммунологических показателей и субпопуляций лимфоцитов в процессе лечения больных острой сенсоневральной тугоухостью / В.Ф. Воронкин, Л.А.Лазарева // Оториноларингология на рубеже тысячелетий: Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ — СПб.: РИА-АМИ, 2011. - С.184 - 187.

24. Гамов В.П. Острая нейросенсорная тугоухость как результат применения ототоксических лекарственных средств / В.П. Гамов // Рос. мед. журн. — 2009. -№ 2. - С.49 - 51.

25. Гаппоева Э.Т. Аспекты восстановления слуховой функции в остром периоде нейросенсорной тугоухости / Э.Т. Гаппоева, Г.А. Георгиади // Оториноларингология на рубеже тысячелетий: материалы XVI съезда оториноларингологов РФ - СПб.: РИА-АМИ, 2001. - С. 188 - 191.

26. Георгиади Г.А Адапционно-регуляторные механизмы в раннем остром периоде сенсоневральной тугоухости / Г.А. Георгиади, Э.Т. Гаппоева // Рос. оториноларингология. - 2004. - № 6(13). - С.6 - 10.

27. Голованова Л.Е. Структура старческой тугоухости у пациентов Санкт-

Петербургского гериатрического центра / Л.Е. Голованова // Рос. оториноларингология. - 2003. - № 3(6). - С.48 — 51.

28. Голованова Л.Е. Лечение хронической сенсоневральной тугоухости методом транскраниальной электростимуляции в различных возрастных группах / Л.Е. Голованова, С.Г. Грязон // Новости оторинолар. и логопатологии. - 2001. - №1(25). - С.36 - 38.

29. Голубовский О.А. Вариант монотерапии при головокружении и субъективном ушном шуме / О.А. Голубовский, О.В. Федорова // Вести, оториноларингологии. - 2002. - № 4. - С.34 - 35.

30. Горбоносое И.В. Оценка влияния риносинусита на качество жизни пациента / Горбоносое И.В. // Российская ринология. - 2004. - №4. — С. 4

31. Гофман В.Р. Нейросенсорная тугоухость, патогенез развития и роль системы мононуклеарных фагоцитов: Автореферат дис. д-ра мед. наук / В.Р. Гофман-Л., 2010.-46с.

32. Гофман В.Р. Медицинские аспекты совершенствования принципов лечения и профилактики больных с нарушениями слуха / В.Р. Гофман, М.И. Говорун, К.В. Герасимов, В.В. Евтушенко // Рос. оториноларингология. - 2004. - № 2(9). - С.45 - 47.

33. Григорьева И.Ф. Консервативное лечение сенсоневральной тугоухости / И.Ф. Григорьева, В.И. Пудов // Новости оториноларингология 2009.-№ 4(16).-С.68-69.

34. Гукович В.А. Современные аспекты патогенетического лечения больных невритом слуховых нервов / В.А. Гукович // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. -2010. - № 6. - С. 18-23.

35. Гуненков А.В. Возрастные изменения слуха (пресбиакузис). Современные подходы к старой проблеме / А.В. Гуненков // Вести, оториноларингологии. - 2007. - № 3. — С. 33 - 35.

36. Дайхес Н.А. Правовые и социальные вопросы в реабилитации тугоухости и глухоты в детском возрасте / Н.А. Дайхес, О.С. Орлова, Г.Д. Тарасова // Рос. оториноларингология. - 2003. - № 3(6). - С.55 - 61.

37. Дроздова Т.В. Нейросенсорная тугоухость профессионального геноза как дезадаптационный процесс головного мозга // Рос. оториноларингология. - 2007. - № 1(26). - С.61 - 65.
38. Евдощенко Е.А. Нейросенсорная тугоухость / Е.А. Евдощенко, А.Л. Косаковский. - Киев: Здоровья, 2010. — 112с.
39. Загорянская М.Е. Значение эпидемиологических методов исследования в профилактике нарушений слуха у детей / М.Е. Загорянская, М.Г. Румянцева // Рос. оториноларингология. - 2003. — № 3(6). - С.79 - 83.
40. Загорянская М.Е. Возможности ранней медико-социальной реабилитации взрослых с нарушением слуха / М.Е. Загорянская, М.Г. Румянцева, Л.Б. Дайняк // Тр. Всерос. конф. с междунар. участием, поев. 80-летию со дня рождения акад. И.Б. Солдатова / Под ред. проф. Ю.К. Янова, В.Ф. Антонива, Н.В. Ереминой. - Самара: ГП «Перспектива»; СамГМУ, 2003. - С.116 - 117.
41. Загорянская М.Е. Нарушения слуха у детей: эпидемиологическое исследование / М.Е. Загорянская, М.Г. Румянцева, Л.Б. Дайняк //Вест, оториноларингологии. - 2003. — № 6. - С.7- 10.
42. Золотова Т.В. Использование электростимуляции и нейропептидов в лечении сенсоневральной тугоухости / Т.В. Золотова // Сб. трудов Юбил. науч —практ. конф. оториноларингологов, поев. 100-летию проф. В.К. Супрунова. - Краснодар, 2002. - С.41- 43.
43. Золотова Т.В. Новые подходы к лечению и профилактике сенсоневральной тугоухости по материалам Ростовской ЛОР клиники / Т.В. Золотова //1 Межрегиональная науч.-практ. конф. оторинолар. ЮФО: Тез. докл. — Ростов-на-Дону, 2004. - С.49 - 53.
44. Золотова Т.В. Обоснование основных лечебно-диагностических алгоритмов при сенсоневральной тугоухости / Т.В. Золотова // Рос. оториноларингология (приложение). - 2007. - С.631 - 636.

45. Иванец И.В. Острая и внезапная нейросенсорная тугоухость: (клинико экспериментальное исследование): Автореф. дис, д-ра. мед. наук / И.В. Иванец. - М., 2011. - 44с.
46. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов / Кабанов М.М., Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П. и др. - СПб., 2009. - 55с.
47. Исследование качества жизни у больных острым и рецидивирующим риносинуситом / А.С. Лопатин, В.С. Козлов, Х. Исмаил и др. // Рос. ринология. — 2004. - № 4. - С. 6 — 8.
48. Карнеева О.В. Экстракорпоральные методы лечения в комплексной терапии нейросенсорной тугоухости / О.В. Карнеева, Г.А. Коновалова, Н.Э. Дорощенко // Оториноларингология на рубеже тысячелетий: Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ — СПб.: РИА—АМИ, 2001. - С.207-210.
49. Козина И.Г. Современные подходы к исследованию качества жизни в оториноларингологии / И.Г. Козина // Рос. оториноларингология (приложение). - 2007. - С.636 - 642.
50. Константинова Н.П. Эффективность комплексного лечения нейросенсорной тугоухости (по данным отдаленных наблюдений) / Н.П. Константинова, С.В. Морозова, У.С.Малявина // Оториноларингология на рубеже тысячелетий: Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ — СПб.: РИА-АМИ, 2001. - С. 214 - 216.
51. Логинова В.Н. Фенибут в лечении нейросенсорной тугоухости / В.Н. Логинова, В.В. Ускова // Метод, рекомендации., Волгоград, 2010. - С. 4.
52. Лопотко А.И. Особенности возрастной инволюции слуховой функции человека: Автореф. ... д-ра мед. наук / А.И. Лопотко. - Л, 2011. - 46с.
53. Лопотко А.И. Особенности возрастной инволюции слуховой функции человека / А.И. Лопотко // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 2010. - № 3(23). - С.36 - 46.

54. Лопотко А.И. Шум в ушах / А.И. Лопотко, Е.А. Приходько, А.М. Мельник, СПб.: 2006. - 278с.
55. Лысенко Л.В. Клинические и психосоциальные соотношения у больных сенсоневральной тугоухостью в связи с задачами их реабилитации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.В. Лысенко. — СПб., 2013.- 19с.
59. Магнитолазерная терапия больных с сенсоневральной тугоухостью В.М. Моренко, И.П. Енин, И.В. Енин, О.М. Курилова // Рос. оториноларингология. - 2014. - № 4(7). - С.80 - 82.
60. Жигулева Л.Ю. Качество жизни и качество медицинской помощи. Вопросы терминологии. / Л.Ю. Жигулева, К.М. Абдулкадыров // Исследование качества жизни в медицине: Мат. конф., СПб. 2000. -С.52 - 54.
61. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине./ А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. СПб.: Элби. 1999. - 140с.
62. Оценка качества жизни в медицине. / А.А. Новик, С.А. Матвеев, Т.И. Пальчун В.Т. Болезни уха, горла и носа. / В.Т. Пальчун, Н.А, Преображенский. М.: Медицина, 2010. - 487 с.
63. Загорянская, М. Е. Значение систематического изучения эпидемиологии нарушений слуха для создания стандартов профилактики и лечения тугоухости и глухоты / Российская оториноларингология. – 2007. Приложение. – С. 134–139.

Quality-of-life outcomes after bone-anchored hearing device surgery in children with single-sided sensorineural deafness. Doshi J

89. et al. // Otol Neurotol. 2013 Jan;34(1):100-3.

Quality of life in elderly adults before and after hearing aid fitting. Mondelli MFet al. // Braz J Otorhinolaryngol. 2012 Jun;78 (3):49-56. Ambrozino S. Neuropsychiatric aspects of tinnitus / S. Ambrozino // J. Laryng. -1981.- Suppl. 4. - P. 169 - 172.

- Quality of life and participation restrictions, a study in elderly. Magalhães R
et al. // *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011 Sep-Oct; 77(5):628-38.
90. Arnold W. Hormonproduziende (Parakrine) Zellen in menschlichen
Immunochromatogrammen / Arnold W., Arnold R., Altermatt HJ. // *Laryng. Rhinol. Otol.*
— 1985.-Vol. 6, N7.-P.359-363.
91. Asacuma S. Acute low-tone sensorineural hearing loss / S. Asacuma //
Nippon-Jibiinkoka-Gakkai-Kaiho. — 2010. - Vol. 102, N 3. - P.299 — 304.
110. Quality-of-life outcomes for adult cochlear implant recipients in New
Zealand. Looi V
et al. // *N Z Med J.* 2011 Aug 12;124 (1340): 21-34.
110. Cochlear implantation has a positive influence on quality of life, tinnitus,
and psychological comorbidity. Olze H
et al. // *Laryngoscope.* 2011 Oct;121(10): 2220-7.
111. The effects of unilateral cochlear implantation on the tinnitus handicap
inventory and the influence on quality of life. Amodi HA
et al. // *Laryngoscope.* 2011 Jul;121(7); 1536-40.
112. The impact of cochlear implantation on tinnitus, stress and quality of life in
postlingually deafened patients. Olze H
et al. // *Audiol Neurootol.* 2012;17(1):2-11.
113. Validation of a quality-of-life measure for deaf or hard of hearing youth.
Patrick DL
et al. // *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011 Jul;145(1):137-45.
114. Longitudinal benefit from and satisfaction with the Baha system for
patients with acquired unilateral sensorineural hearing loss. Newman CW
et al. // *Otol Neurotol.* 2008 Dec;29(8): 1123-31.
115. Occupational noise-induced tinnitus: does it affect workers' quality of life?
Muluk NB
et al. // *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008 Feb;37(1):65-71.
116. Occupational noise exposure and sensorineural hearing loss among workers
of a steel rolling mill. Ologe FE

- et al. // Eur Arch Otorhinolaryngol. 2006 Jul;263(7):618-21.
117. Quality of life and cochlear implantation in Usher syndrome type I. Damen GW
et al. // Laryngoscope. 2006 May;116(5):
723-8.
119. Cochlear implant outcomes and quality of life in the elderly: Manchester experience over 13 years. Orabi AA
et al. // Clin Otolaryngol. 2006 Apr;31(2):116-22.
120. Analysis of the cochlear implant as a treatment technique for profound hearing loss in pre and postlocutive Manrique M
et al. // Acta Otorrinolaringol Esp. 2006 Jan;57 (1):2-23.
121. Unilateral profound hearing loss and the effect on quality of life after cerebellopontine angle surgery Subramaniam K
et al. // Otolaryngol Head Neck Surg. 2005 Sep;133(3):339-46.

FOR AUTHOR USE ONLY

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.	7
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	24
ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СНТ.....	48
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	78
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	83

FOR AUTHOR USE ONLY

FOR AUTHOR USE ONLY

FOR AUTHOR USE ONLY

**More
Books!**



yes
I want morebooks!

Buy your books fast and straightforward online - at one of world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at
www.morebooks.shop

Покупайте Ваши книги быстро и без посредников он-лайн – в одном из самых быстрорастущих книжных он-лайн магазинов! окружающей среде благодаря технологии Печати-на-Заказ.

Покупайте Ваши книги на
www.morebooks.shop



info@omniscryptum.com
www.omniscryptum.com

OMNIScriptum



FOR AUTHOR USE ONLY