



УДК: 616. 28–008. 14–073

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ В КРАЕВОМ СУРДОФОНОЦЕНТРЕ

Е. А. Приходько, Г. К. Кржечковская

ГУЗ Ставропольский краевой клинический центр

специализированных видов медицинской помощи

(Главный врач – проф. В. И. Кошель)

(Зав. центром сурдологии, слухопротезирования и фониатрии –

засл. врач РФ, к. м. н. Г. К. Кржечковская)

Рост числа пациентов, страдающих сенсоневральной тугоухостью, обусловлен многочисленными причинами. В связи с этим остаются актуальными вопросы современной диагностики, лечения острого и хронического нарушения слуха [2, 3, 4, 5]. Особая значимость в возникновении тугоухости отводится сосудистым заболеваниям.

Раннее выявление нарушений слуха, тщательное обследование больного с различной степенью тугоухости с целью выявления основной причины ухудшения функции слуха приобретает важное значение в определении тактики ведения пациента. Разработан к использованию алгоритм индивидуального слухопротезирования [1, 6].

Однако, нередко выявление тугоухости и проведение слухопротезирования завершается однократным приемом. С каждым годом увеличивается число лиц, стремящихся продать слуховой аппарат без предварительного тщательного обследования больного и последующего наблюдения с оценкой эффективности использования проданной модели аппарата. Поэтому наблюдение больного в рамках определенной схемы на протяжении ряда лет является значимым в решении актуальной проблемы лечения, реабилитации, профилактики тугоухости.

Кадровый потенциал и оснащенность нашего сурдофоноцентра создают условия для проведения целенаправленной работы.

Цель работы. Разработать алгоритм пролонгированного реабилитационного комплекса с использованием структурной модели приема пациента с сенсоневральной тугоухостью.

Структурная модель приема пациента сурдологического профиля состоит из двух последовательных этапов:

Структурная модель процесса диагностического приема больного сурдологического профиля

1. Входы: больной, данные места жительства о предварительных мерах.
2. Выходы: клинический диагноз, обоснованный на согласованных клинико-функциональных результатах исследования функции слуха на фоне ЛОР, неврологической патологии, определение реабилитационных мер.
3. Возможные отклонения: отсутствие согласованности комплекса функциональных исследований слуха, клиники, необходимых сведений места жительства, заключения невропатолога-отоневролога.
4. Реакция на отклонение: повторная консультация с перечисленными данными.
5. Участники процесса: больной, медсестра, врач-сурдолог, логопед-сурдопедагог, невропатолог-отоневролог, звукоизолированная камера и аппаратура для проведения: тональной пороговой, надпороговой, речевой и объективной аудиометрии-импедансометрии, при показаниях ОАЭ, СВП.
6. Поток и механизмы выполнения работ (этапы процесса): подготовка рабочего места приема, инструментов, документальное оформление приема, последовательное исследование слуховой функции: психоакустическая, объективная аудиометрия, эндоскопия ЛОР-органов. Обоснование клинико-функционального диагноза, определение степени нарушения слуха врачом сурдологом. Заключение врача отоневролога, план тактики ведения. Назначение реабилитационных мер, рекомендации патогенетически обоснованного лечения ЛОР, неврологической патологии.



Выдача заключения больному с указанием сроков контроля в центре.

Структурная модель процесса реабилитации больного сурдологического профиля

1. Входы: больной клинично-функциональное заключение врача сурдолога с определением степени нарушения слуха, заключение отоневролога, документов на льготу и наличие ранее используемого слухового аппарата (СА), модели СА.
2. Выходы: выдача больному заключения СА (бесплатно, за наличный расчет) с оценкой первичной эффективности, памятки по использованию, адаптации.
3. Возможные отклонения: отсутствие клинично-функционального заключения сурдолога с обоснованием проведения слухопротезирования, более 2-х недельная его давность, отсутствие заключения отоневролога, отсутствие используемой модели СА и документов на льготу.
4. Реакция на отклонение: зависит от данных, но без заключения сурдолога и отоневролога слухопротезирование не проводится.
5. Участники процесса: больной, медсестра, врач сурдолог-слухопротезист, логопед-сурдопедагог, инженер-техник ушного протезирования, компьютеризированный анализатор подбора слуховых аппаратов, программатор для подбора и настройки цифровых слуховых аппаратов, компьютерные программы различных фирм производителей по настройке цифровых СА, специальное оборудование для проведения ремонта СА, изготовления ИУВ, набор СА. Договор с поставщиком о поступлении СА по ФСС для инвалидов.
6. Поток и механизмы выполнения работ (этапы процесса): документальное оформление приема, подготовка рабочего места, инструментов, аппаратуры, эндоскопия ЛОР-органов. Исследование слуха врачом-слухопротезистом, включая речевую аудиометрию и сопоставление с ранее проведенным исследованием. Подбор модели СА с оценкой сурдопедагогом психоакустического восприятия больным обращенной речи. Подбор на анализаторе СА, настройка с помощью компьютерных программ цифровых СА, при показаниях техническая коррекция инженером, изготовление ИУВ с контролем на анализаторе. Документальное оформление выдачи СА по рецепту врача слухопротезиста, по направлению ФСС, оформление слухопротезной карты врачом слухопротезистом и инженером. Беседа с родственниками.

Выдача памятки, заключения.

Динамику слуха фиксировали каждый раз в карте аудиологического заключения, которая всегда находилась у пациента и являлась информативно рекомендательным документом для ЛОР-врача по месту жительства пациента.

Наблюдали с сенсоневральной тугоухостью 596 пациентов в возрасте от 22 до 65 лет, женщин – 325, мужчин – 271 в течение 5 лет. Основными причинами, на фоне которых возникло нарушение слуха, выявили вегето-сосудистую дистонию, гипертоническую болезнь, остеохондроз шейного отдела позвоночника. Периодичность обращения в сурдофоноцентр рекомендовали пациенту при первичном приеме через полгода, затем через 1–2 года при ощущении стабильного слуха или в течение первых 3–5 дней при его ухудшении. Кроме основных этапов обследования, отраженных в структурной модели, проводили комплексное исследование.

Психоакустические и объективные методы контроля слуха каждый раз включали шепотно-разговорный и акуметрический тест, тональную пороговую, надпороговую, речевую аудиометрию. Объективные регистрации: тимпанограмму, акустический мышечный рефлекс. По показаниям тестировали шум в ушах по описательным, психоакустическим, объективным методикам. Всем проводили психологическое тестирование.

В соответствии с международной классификацией с тугоухостью I–II степени было 110 пациентов, II–III степени 346, III–IV степени наблюдали у 140 больных. При этом 329 больных с тугоухостью II–III и III–IV степени имели группу инвалидности. Все пациенты предъявляли жалобы на снижение слуха, периодически возникающий шум в ушах, переменное артериальное давление, иногда боль в области шеи. При этом невысокий уровень тревоги обнаружили у 52% пациентов, высокий отметили у 16%, у остальных уровень тревоги был низ-



ким. При регистрации шума в ушах у 10% больных яркость жалоб превышали уровень интенсивности психоакустического тестирования. У остальных пациентов при психоакустическом контроле шум в ушах был не более 10 дБ над тональным порогом. Для предупреждения ухудшения состояния под контролем отоневролога все больные получали курс сосудистой терапии в соответствии с выявленной сосудистой патологией с целью проведения третичной профилактики сенсоневральной тугоухости.

Из числа всех пациентов 506 использовали моноурально различные модели слуховых аппаратов (СА). С тугоухостью I–II степени 90 человек не были слухопротезированы в силу различных причин. Одной из них следует отметить воздержание из-за отсутствия средств для приобретения цифровой модели комфортной слышимости. 20 пациентов с тугоухостью I–II степени использовали СА, из них у 11 проведено открытое протезирование.

Из всех слухопротезированных 22% (117) использовали аналоговые модели и 50% из них не проявляли особого желания замены в связи с определенным привыканием к этой модели и считали излишними материальные затраты на приобретение другого аппарата. Аналоговые модели использовали в основном отечественного производства: различные модели Сонат (ООО «Исток Аудио Трейдинг»), аналоговые модели ОАО «Ритм». 78% пациентов (389) протезированы цифровыми моделями слуховых аппаратов производства Phonak, Bernafon, Oticon, GN ReSound, Siemens, а также отечественного производства ООО «Исток Аудио Трейдинг» моделями серии «Санта».

Во время повторных консультаций после проведения профилактических мер осуществляли тонкую настройку используемой модели и 178 больным по показаниям изготовили индивидуальные вкладыши.

Несмотря на комплекс тщательно проводимых мер в течение 5 лет, у 112 больных регистрировали отрицательную динамику слуха. Из них 92 пациента обратились с жалобами на ухудшение слуха в течение первых 5 дней. После обследования с консультацией сурдолога, отоневролога, терапевта больные были госпитализированы в краевое ЛОР отделение с экстренным проведением курса индивидуально подобранной сосудистой терапии с учетом перенесенной стрессовой ситуации, повышенного артериального давления. После курса терапии у 69 больных слуховая функция была восстановлена до прежнего уровня (до ухудшения). Однако у 23 пациентов улучшить слух не удалось, несмотря на повторный курс терапии через 2 месяца. У 14 пациентов возможности используемой модели СА позволили провести перенастройку в пределах технической мощности аппарата. 9 больным по медицинским показаниям пришлось провести подбор более мощной модели в связи с ухудшением слуха с обеих сторон до тугоухости III–IV степени. У 20 больных отрицательная динамика слуха на 5–10 дБ на фоне сосудистой патологии фиксирована за счет скалярных нарушений и после индивидуально подобранной терапии регистрировали положительную стабилизацию слуха, несмотря на обращение этих пациентов за помощью в течение месяца.

Таким образом, проведение в течение 5 лет комплекса сосудистой терапии с целью третичной профилактики и реабилитации пациентов с сенсоневральной тугоухостью, позволило получить эффективность проведенных мер у 98,3%. На основании этого разработан алгоритм пролонгированного реабилитационного комплекса пациентов с сенсоневральной тугоухостью, который обоснованно должен быть неразрывным по месту обращения, обследования, наблюдения пациента и включать:

1. Выявление основного фактора, который является первоначальной и последующей причиной возникновения сенсоневральной тугоухости.
2. Учитывать фактор, который постоянно присутствует у пациента и при определенных условиях может быть одной из причин ухудшения слуха.
3. Учитывать психологические, характерологические особенности состояния пациента с целью оценки предъявляемых жалоб, отношения больного к нарушению слуховой функции.
4. Комплекс современного исследования слуха проводить по показаниям при первичном и повторном контроле.



5. Обследование и лечение пациентов при сенсоневральной тугоухости сосудистого генеза обязательно проводить в коллегиальном контакте сурдолога-отоневролога, терапевта.
6. Считать обязательным проведение пролонгированного комплекса третичной профилактики при сенсоневральной тугоухости для предупреждения отрицательной динамики слуха.
7. С целью повышения качества жизни больного проводить современное слухопротезирование с выбором оптимальной модели слухового аппарата.
8. Периодически проводить оценку эффективности лечебно-реабилитационного комплекса при активном диспансерном наблюдении пациента с сенсоневральной тугоухостью.

Таким образом, использование алгоритма пролонгированного реабилитационного комплекса пациентам сурдологического профиля, проведение на качественно современном уровне третичной профилактики позволяет сохранить в стабильном состоянии функцию слуха и своевременно оказать помощь слухопротезированным больным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритм индивидуального слухопротезирования / Г. А. Таварткиладзе, Н. В. Альпидовская, В. Б. Василенко и др. Проблема реабилитации в оториноларингологии. Тр. Всерос. конф. – Самара. – 2003. – С. 180–181.
2. Анятин Р. Г. Реальная оценка результатов лечения больных с хронической кохлеарной недостаточностью / Р. Г. Анятин. Современные проблемы физиологии и патологии слуха. Международный симпозиум: Тез. докл. – М., 1993. – С. 101.
3. Загорянская М. Е. Значение систематического изучения эпидемиологии нарушений слуха для создания стандартов профилактики и лечения тугоухости и глухоты / М. Е. Загорянская, М. Г. Румянцев. // Рос. оторинолар. Приложение. 2007. – СПб. – С. 134–139.
4. Кржечковская Г. К. Современные возможности реабилитации больных с нарушением слуха / Г. К. Кржечковская, Е. А. Приходько, А. В. Шереметова. Проблема реабилитации в оториноларингологии. Тр. Всерос. конф. Самара 2003. – С. 130.
5. Линьков В. И. Острая нейросенсорная тугоухость – вопросы этиологии, патогенеза и роль антигипоксантов в ее ранней терапии: Автореферат дис...докт. мед. наук. / В. И. Линьков. – Л., 1991. – 49 с.
6. Лопотко А. И. Фармакотерапия при сенсоневральной тугоухости / А. И. Лопотко, М. Ю. Бобошко. Пособие для врачей – СПб., 1999. – 22 с.

УДК: 616. 211–002. 193: 616. 248

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИМПТОМОВ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА, СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Ю. Ю. Самуйлов, Г. М. Портенко

*ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Росздрава
(Зав. каф. оториноларингологии с курсом детской оториноларингологии –
проф. Г. М. Портенко)*

По данным ВОЗ, более 40% населения развитых стран имеют признаки, так называемой, аллергической готовности, и научные прогнозы свидетельствуют о дальнейшем росте уровня аллергических заболеваний в популяции [2]. По степени распространенности, медико-социальной значимости, влиянию на здоровье и качество жизни пациентов проблема аллергического ринита (АР) может считаться одной из самых актуальных. За последние два десятилетия заболеваемость АР выросла во всех странах в 3–4 раза, в том числе и в России [5, 7, 10].

Наличие сопутствующей эндонозальной патологии оказывает неблагоприятное влияние на течение АР в связи с прогрессированием нарушения носового дыхания. При длительном неконтролируемом течении АР и недостаточном эффекте проводимой терапии, постоянно протекающее при этом ремоделирование слизистой оболочки полости носа с возникновением необратимых изменений возможно является одним из основных, если не ведущим, фактором патогенеза полипозного риносинусита (ПРС) [12].