



УДК: 616. 28-008. 14-08-039. 71

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ЛЕЧЕНИЯ КОХЛЕОПАТИЙ В АСПЕКТАХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

В. П. Типикин

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова

(Начальник каф. отоларингологии – засл. врач РФ, проф. М. И. Говорун)

По различным литературным источникам, от 4 до 10% населения нашей планеты страдает теми или иными расстройствами слуха, что делает изучение проблемы нарушения слуха социально значимой [1, 2].

В настоящее время в изучении проблем диагностики и лечения кохлеопатий используется эмпирический подход [3, 6]. Многообразие методик исследования слуха, лекарственных форм и лечебных методик требует наличия верифицированных данных об эффективности их применения. Использование принципов доказательной медицины помогает получить такие данные [5, 9].

Активное внедрение экономики здравоохранения и страховой медицины заставляют искать не только наиболее эффективные, но и финансово наименее затратные, как для пациента, так и для медицинского учреждения, методы лечения хронических кохлеопатий [5]. Проведение контролируемых клинических испытаний с целью определения сравнительной эффективности различных схем лечения, позволяет выделить именно такие методы. Немаловажным фактором оценки результатов лечения являются не только снижение порогов воспринимаемого звука, но и оценка собственного состояния больным после проведенной терапии. Комплексный подход к оценке эффективности лечения и реабилитации больных с кохлеопатиями с позиций доказательной медицины должен учитывать субъективную оценку больным результатов лечения, поскольку именно субъективные показатели отражают восприятие пациентом степени собственного благополучия [3, 5, 8].

С целью разработки системы оценок эффективности лечения хронических кохлеопатий и выбора наиболее экономически выгодных для пациентов и лечебных учреждений схем указанного лечения, нами проведено обследование и лечение методами вазоактивной инфузионной терапии, транскраниальной электростимуляции [7] и оксигенобаротерапии [4] 90 больных с перцептивной тугоухостью различной этиологии в возрасте от 17 до 74 лет, из них 28 женщин и 62 мужчины.

Все больные были распределены на 3 группы:

I группа – получала вазоактивную инфузионную терапию,

II группа – транскраниальную электростимуляцию в сочетании с вазоактивной инфузионной терапией,

III группа – оксигенобаротерапию в сочетании с вазоактивной инфузионной терапией.

Эффективность лечения оценивалась объективными аудиологическими методами обследования и субъективной оценкой больными своего состояния. В число аудиологических входили:

- осмотр ЛОР-органов,
- исследование остроты слуха на шепотную речь,
- камертональные пробы,
- комплексное аудиологическое обследование.

Субъективное отношение к эффективности лечения оценивалось с помощью теста САН. Тестирование проводилось в начале и конце госпитализации.

По результатам лечения выделены 3 подгруппы больных в составе каждой группы:

1. Больные, у которых не отмечалось объективной и субъективной положительной динамики.
2. Больные, у которых отмечалось уменьшение порогов восприятия звука согласно данным тональной аудиометрии.
3. Больные, у которых отмечалась субъективная положительная динамика, не сопровождаемая значимым уменьшением порогов восприятия звука согласно данным тональной аудиометрии.



Все исследуемые группы были рандомизированы при помощи компьютерной программы генератора случайных чисел, была использована стратификационная рандомизация. Исследование было проспективным и проводилось с ослеплением и контролем динамики субъективного состояния. Организация исследования соответствовала понятию метода единственной разницы. В таблице 1 представлено распределение больных по подгруппам в обследованных группах.

Таблица 1

Распределение больных по подгруппам в обследованных группах

	I группа	II группа	III группа
I подгруппа	11 (36,67%)	12 (40%)	11 (36,67%)
II подгруппа	10 (33,33%)	10 (33,33%)	10 (33,33%)
III подгруппа	9 (30%)	8 (26,67%)	9 (30%)

Из представленных в таблице 1 данных следует, что результаты лечения, выраженные в количестве пациентов с положительной динамикой, в разных группах различаются незначительно в процентном эквиваленте. При этом, разница, выраженная в абсолютных числах, сводится к изменениям уровня ± 2 пациента, что, учитывая общее количество выборки, нельзя считать значимым отличием.

В исследуемых группах отмечалась положительная динамика согласно данным тональной пороговой аудиометрии. Распределение пациентов с улучшением порогов слуха в группах представлено на рисунке.

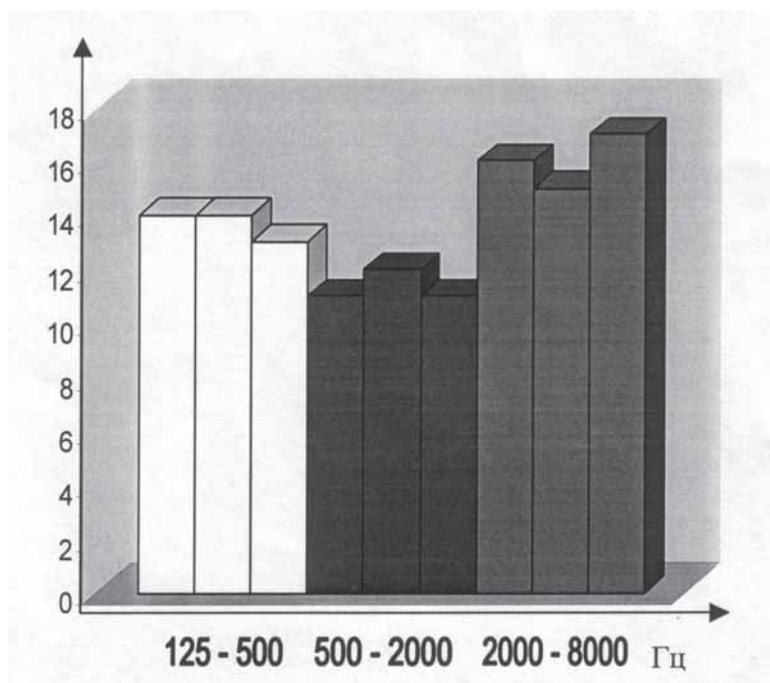


Рис. 1. Распределение пациентов с улучшением порогов слуха в группах.
 По оси абсцисс – диапазон исследуемых частот в Гц
 По оси ординат – количество пациентов с улучшением слуха

Исходя из данных, представленных на рисунке 1, видно, что во всех группах достигнутая положительная динамика значимо не различается и, в большей степени, затрагивала низкие и высокие частоты, в целом же была равномерна во всем диапазоне исследуемых частот.



Динамика субъективных жалоб, оценивавшаяся по улучшению разборчивости речи и уменьшению или исчезновению субъективного ушного шума, представлена в таблице 2.

Таблица 2

Динамика субъективных жалоб

Группы Больных	Субъективный Ушной Шум		Улучшение Разборчивости Речи (чел)
	Был (чел)	Остался (чел)	
I группа	20	12	16
II группа	19	10	17
III группа	20	11	14

В I группе исчезновение субъективного ушного шума было отмечено у 8 из 20 пациентов; во II группе – у 9 из 19 пациентов; в III группе – 9 из 20. Из этого следует, что положительная динамика относительно субъективного ушного шума в группах значимо не различалась. Улучшение разборчивости речи, было отмечено в I группе у 16 (53,34%) больных, во II группе у 17 (56,67%), в III группе у 14 (46,67%). Таким образом, суммарная положительная динамика субъективных жалоб в исследуемых группах не имела выраженных различий.

Самооценка состояния у пациентов так же изменялась в ходе проводимого лечения по показателям самочувствия, активности и настроения. Динамика этих изменений представлена на диаграмме 2 в виде разности между конечными и исходными показателями САН в каждой группе.

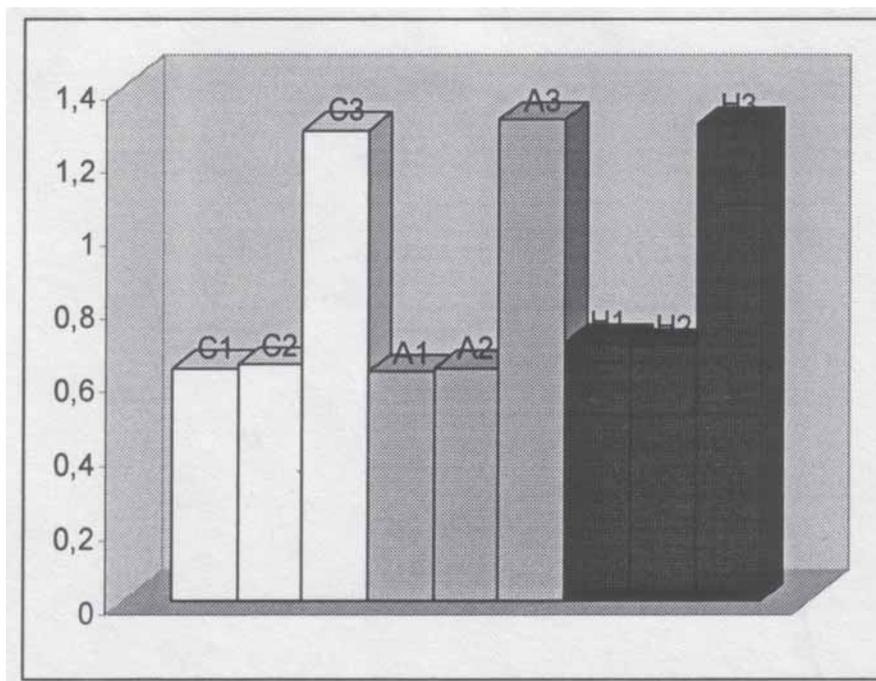


Рис. 2. Разность между конечными и исходными показателями САН в каждой группе.

По оси абсцисс – показатели самочувствия, активности и настроения

По оси ординат – числовые значения разности показателей между итоговым и первичным тестированиями в баллах

Из данных, представленных на рисунке 2 следует, что показатели самочувствия, активности и настроения во всех трех группах после проведенного лечения отличались от аналогичных показателей, полученных в результате первичного тестирования пациентов более чем на 0,6. Это свидетельствует о значимости данных изменений. В то же время, в III исследуемой



группе показатели САН после лечения отличались от исходных показателей более чем на 1,28. Соответственно показатель самочувствия в III группе пациентов после лечения отличался от аналогичного показателя в I и II группах более чем на 0,64; показатель активности в III группе отличался от аналогичного показателя более чем на 0,68; показатель настроения в III группе отличался от аналогичного показателя в I и II группах более чем на 0,6. Таким образом, можно сделать вывод о наличии значимой разницы между показателями САН в III группе после проведенного лечения и аналогичными показателями в I и II группах.

Следовательно, при сравнительном анализе результатов лечения в подгруппах с положительной динамикой групп пациентов с хронической кохлеопатией, получавших лечение разными методами, между ними не было получено значимой разницы согласно объективным данным. В то же время отмечено значимое отличие результатов применения сочетания вазоактивной инфузионной терапии с оксигенобаротерапией в области улучшения оценки пациентом результативности лечения.

Выводы:

1. Для гарантирования наиболее эффективного, безопасного и экономичного лечения, основанного на самых надежных из доступных доказательств необходимо соблюдать требования доказательной медицины, предъявляемые к контролируемым медицинским исследованиям.
2. Для доказательности оценки результативности лечения хронических кохлеопатий различной этиологии целесообразно использовать в комплексной оценке эффективности такие показатели как самочувствие, активность, настроение, проводя их исследование до и после проведенного лечения.
3. При сравнительном анализе эффективности различных методов лечения хронических кохлеопатий выявлено достоверное улучшение функции слуха, включающее в себя снижение порога воспринимаемого звука, улучшение разборчивости речи, исчезновение или уменьшение интенсивности ушного шума, во всех группах при отсутствии значимой разницы между ними, что подтверждалось объективными и субъективными методами исследования.
4. В качестве наиболее выгодного в плане экономичности, доступности, простоты применения, как для пациента, так и для лечебного учреждения метода лечения хронических кохлеопатий мы рекомендуем использование вазоактивной инфузионной терапии.
5. Применять оксигенобаротерапию и транскраниальную электростимуляцию в лечении больных хроническими кохлеопатиями рекомендуем только с учетом доказанной нами эффективности в качестве средства, улучшающего общее самочувствие, с компенсацией затрат за счет пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Благовещенская Н. С. Отоневрологические симптомы и синдромы / Н. С. Благовещенская. – М.: Медицина. – 1981. – 316 с.
2. Говорун М. И. Кохлеопатия / М. И. Говорун, В. Р. Гофман, В. Е. Парфенов. СПб.: ВмедА, 2003. – С. 38 – 161.
3. Говорун М. И. Показатели электрокохлеографии и отоакустической эмиссии при кохлеарной и ретрокохлеарной патологии слуховой системы / М. И. Говорун, О. А. Мельников // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 2003. – № 3. – С. 13–15.
4. Кржечковская Г. К. Опыт применения ГБО в комплексном лечении тугоухости / Г. К. Кржечковская // Баротерапия в комплексном лечении раненных, больных и пораженных. – СПб.: ВмедА, – 2003. – С. 78–79.
5. Медицина, основанная на доказательствах (Evidence-based medicine) / В. А. Горьков, А. В. Быков, О. С. Медведев и др. // Архіви доказової медицини. – 2002, № 2. – С. 43–52.
6. Римар В. В. Лечение больных с сенсоневральной тугоухостью. Сообщение III. Сосудистая и другие формы тугоухости / В. В. Римар // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 2004. – № 1. – С. 85–89.
7. ТЭС– терапия сенсоневральной тугоухости: пути к совершенствованию / В. П. Лебедев, Е. М. Цирульников, В. В. Бойцова и соавт. // Рос. оторинолар. – 2003. № 3 (6). – С. 97 – 100.
8. Alain Li Wan Po. Evidence-Based Pharmacotherapy/ Alain Li Wan Po// The Pharmaceutical Journal. March 2, 1996. – Vol. 256, N. 6. – P. 308–312.
9. Fletcher, R. H. Clinical medicine meets modern epidemiology and both profit/ R. H. Fletcher// Ann. Epidemiol. 1992. 2. – P. 325 – 333.