

Бустонов М. О., Шамсидинов Б. Н., Худжамуллов Т. Ш., Азизов К. Н.

СЕНСОНЕВРАЛЬНАЯ ТУГОУХОСТЬ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кафедра оториноларингологии ТИППМК
Центр реабилитации слуха, голоса и речи

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость у детей, диагностика, лечение.

Актуальность

Сложное и мультифакторное по своей сути заболевание - сенсоневральная тугоухость (СНТ) - нуждается в индивидуальном подборе лечения, широком применении всех диагностических методик, анализе полученных данных. Комплексные мероприятия в своей основе требуют от врача высокой квалификации.

Помощь детям в реабилитации той или иной сенсорной функции (слух, зрение и т.п.) до сих пор остается приоритетным направлением развития современной медицины.

В оториноларингологии в отношении функции слуха первоначально практиковалось чтение с губ, пальцевая азбука, то есть, замена восприятия одной сенсорной системой на расшифровку внешних сигналов другой. Долгое время это оставалось единственным способом реабилитации применительно к детям с полной или частичной потерей слуха.

Общепризнанно, что раннее реабилитационное вмешательство очень важно для обучения речи тугоухих детей, и, следовательно, методикам объективной оценки слуха мы уделяем особое внимание. Определение тактики реабилитационных мероприятий во многом зависит от детальной оценки слуха по всем частотам, в первую очередь, речевого диапазона. [2]

Реабилитационный процесс у лиц с нарушением слуха является важнейшей частью слухопротезирования. Зачастую недостаточно правильно подобрать слуховой аппарат, так как существует масса субъективных ощущений нарушенного слуха. Многие пациенты жалуются на качество звучания собственного голоса (высокий, тихий), на нарушение разборчивости речи окружающих, наличие шума, эхо эффекта и т.д. В связи с этим перед реабилитаторами стоит задача адаптировать пациента к индивидуальному слуховому аппарату. Работа реабилитологов строится в тесной взаимосвязи всех специалистов

отдела: сурдологов, невропатолога, отоневролога, психолога и т.д. Такой комплексный подход позволяет создать оптимальные условия для реабилитации, подобрать личностно ориентированную дифференцированную программу с учетом индивидуальных особенностей, что приводит к наиболее быстрому и качественному результату [1].

СНТ у детей в значительной степени является следствием перинатальной патологии, воздействия токсических и аллергических факторов, окружающей среды, отмечается увеличение роли вирусной и сосудистой патологии в этиологии этого заболевания. Социальная значимость проблемы обусловлена влиянием нарушений слуха у детей на их речевое развитие, формирование интеллекта и личности ребенка. Ограниченный доступ раздражителей с раннего возраста приводит к формированию депривационных изменений в центральной нервной системе, особенно при развитии тугоухости у грудных и детей раннего возраста.

Цель работы

Разработка психоневрологических реабилитационных мероприятий в зависимости от этиологии.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 262 ребенка в возрасте от 2 месяцев до 14 лет с СНТ различной степени и давности.

После собранного анамнеза, оценки состояния ребенка производили осмотр носа, носоглотки, глоточного устья слуховых труб, глотки, отоскопию.

Отомикроскопию оценивали при помощи операционного микроскопа фирмы "Karl Zeiss" (Германия).

При необходимости производились рентгенография и компьютерная томография височных костей.

Для оценки состояния слуховой функции, после акуметрии и камертоналичного исследования, с помощью аудиометра марки МА-31 (Германия) проводили пороговую тональную аудиометрию, изучали дифференциальный порог восприятия силы звука, речевую аудиометрию. Комплексное обследование детей включало отоневрологическое, неврологическое и офтальмологическое обследование.

Результаты и их обсуждение

В структуре этиологических факторов преобладали инфекционные заболевания (67%); применение ототоксических антибиотиков привело к нарушению слуха у 8% больных; контузионные поражения внутреннего уха имели место в 6% случаев (последствия тяжелой черепно-мозговой травмы, аэроботравма и акустическая травма внутреннего уха). У остальных больных нарушение слуха отмечено в связи с заболеванием перинатального периода, резус-несовместимостью, психогенной травмой, лабиринтитом. В единичных случаях выявлена генетическая быстро прогрессирующая форма заболевания. Сравнительный анализ причин заболевания выявил возрастание роли нейроинфекции, токсического фактора, поствакцинального энцефалита. Среди пациентов преобладали дети ясельного возраста (47%). В 23% случаев заболевание выявлено у детей дошкольного возраста, остальную группу детей составили школьники.

Преобладала тяжелая степень сенсоневральной тугоухости (3-я и 4-я степени потери слуха - 79%, 2-я степень тугоухости - 19%), и лишь трое детей поступили в Центр реабилитации с 1-ой степенью тугоухости.

Основными факторами, определяющими успех терапии, являются сроки начала лечения и его полноценность. Медикаментозная терапия проводилась с учетом не только улучшения слуха, но и укрепления общепсихического состояния.

Комплексное лечение включало средства, избирательно воздействующие на каждое звено патогенеза: умеренную дегидратацию для снижения внутрилабиринтного давления, глюкокортикоиды для улучшения условий кровообращения внутреннего уха, препараты микроциркуляторного воздействия для устранения венозного застоя, спазмолитики и детоксические средства, антигистаминные препараты, метаболиты центральной нервной системы, седативная терапия для снятия эмоционального напряжения, антихолинэстеразные средства для улучшения проведения им-

пульсов по нервному волокну. У детей, оглохших после нейроинфекции, обязательно применяли рассасывающую терапию. Для достижения эффекта мы также применяли игло- и микроиглотерапию.

По нашим данным, сроки начала лечения и степень тугоухости имеют основное значение в плане восстановления слуха. Наилучшие результаты получены в течение первого месяца после развития заболевания. Неблагоприятным фактором у детей с сенсоневральной тугоухостью является позднее начало лечения (более трех месяцев), последствия перинатальной патологии.

В заключении необходимо отметить, что процесс реабилитации пациентов с нарушением слуха и речи является многофакторной интегративной системой, в реализации которой обязательно принимают участие специалисты различных областей знаний (медики, психологи, педагоги, инженеры, техники), что позволяет максимально эффективно социально адаптировать в общество заинтересованные контингенты больных. Таким детям рекомендуется квалифицированное наблюдение и соответствующая аудиолого-педагогическая помощь, а также коррекция слуха при помощи слуховых аппаратов.

Выводы

1. Триггерным механизмом развития сенсоневральной тугоухости при острых и хронических средних отитах являются микроциркуляторные нарушения в полостях среднего и внутреннего уха.

2. Терапия препаратами, улучшающими микроциркуляцию, реологию крови, метаболизм мозговой ткани: реамберин, кавинтон, ноотропил, необходима при сенсоневральной тугоухости для повышения устойчивости ЦНС и перцептивного аппарата внутреннего уха к гипоксии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основные направления деятельности отдела слухопротезирования и слухоречевой реабилитации научно-клинического центра МЗ РФ. /О. П. Токарев [и др.] // Российская оториноларингология. - 2004. - №3. - С. 122-125с.
2. Тугоухость у детей /Д. И. Тарасов [и др.]. - М: Медицина, 1984. - 239с.

Бустонов М. А., Шамсидинов Б. Н., Худжамуллоев Т. Ш., Азизов К. Н.

Сенсоневральная тугоухость у детей: особенности психоневрологической реабилитации

В структуре этиологических факторов сенсоневральной тугоухости у детей имели значение: детские инфекционные заболевания - 67%; заболевания перинатального периода, резус-несовместимость - 18%; применение ототоксических антибиотиков - 8%; последствия черепно-мозговой травмы - 6%; генетическая быстро прогрессирующая форма заболевания - 1%.

По степени тяжести СНТ: тяжелая степень (3-я и 4-я степени потери слуха) - 79%; 2 степень тугоухости - 19% и 1 степень тугоухости - 2%.

Сенсоневральная тугоухость у детей является мультифакторным заболеванием, нуждается в раннем выявлении и индивидуальном подборе психоневрологических реабилитационных мероприятий.

Бустонов М. О., Шамсидинов Б. Н., Хўҷамуллоев Т. Ш., Азизов К. Н.

Пастшунавоии сенсоневралӣи кӯдакон: хусусиятҳои барқароркунии психоневрологӣ.

Дар сохтори омилҳои этиологӣ пастшунавоии сенсоневралӣи кӯдакон мақоми худро дорад: бемориҳои сироятии кӯдакона - 67%; бемориҳои марҳилаи перинаталӣ, резус-номувофиқӣ - 18%; қабули антибиотикҳои

ототоксикӣ - 8%; боқимондаи осеби магзи сар - 6%; намудҳои бемориҳои зудвазнинии генетикӣ - 1%.

Аз рӯи дараҷаи вазнинии пастшунавоии сенсоневралӣи муайян карда шуд: пастшунавоии дараҷаи вазнин (3-юм ва 4-ум) - 79%; пастшунавоии дараҷаи 2-юм - 19% ва дараҷаи 1-ум - 2%.

Пастшунавоии сенсоневралӣи кӯдакон бемории мултифакторӣ мебошад ва зарурияти бармаҳал пайдо кардан ва гузаронидани чораҳои махсус ва барқароркунии психоневрологиро ба миён меорад.

Bustonov M. O., Shamsidinov B. N., Hujamulloev T. Sh., Azizov K. N.

Sensorineural relative deafness at children: features of psycho neuroiologicai rehabilitation.

In structure etiological factors neurosensory relative deafness at children mattered: children's infectious diseases - 67%; diseases perinatal the period, a Rhesus factor-incompatibility - 18%; application ototoxicity antibiotics - 8%; consequences of a craniocerebral trauma - 6%; genetic rapidly growing the disease form - 1%.

On severity level sensorineural hearing loss (SNL) the following was marked: heavy degree sensorineural relative deafness (3rd and 4th degree of loss of hearing) - 79%; 2nd degree of relative deafness - 19% and accordingly, with 1st degree of relative deafness - 2%.

Sensorineural relative deafness at children is multifactorial disease, requires early revealing and individual selection of psycho neurological rehabilitation actions.

Гайбулов М.М., Кахаров М.А. Баротов И.Ш.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕЗНИ БАНТИ

Кафедра хирургии с курсом топографической анатомии Худжандского отделения ТИППМК

Ключевые слова: болезнь Банти, ультразвуковое исследование, спленэктомия, цирроз печени

Актуальность

Болезнь Банти (спленогенный цирроз печени, тромбофлебитическая спленомегалия) - редкое заболевание селезенки и печени, встречающееся преимущественно у лиц 25-45 лет [2, 5]. Диагностика болезни Банти основывается на клинических проявлениях заболевания, данных инструментальных методов исследования и подтверждается резуль-

татами гистологического исследования удаленной селезенки [4, 6, 7]. Впервые это заболевание описано в 1894 году итальянским патологом Гвидо Банти.

Заболевание встречается в клинической практике значительно чаще, чем диагностируется [3, 8]. Отчасти это объясняется малой информированностью врачей с вытекающим отсюда недостаточно целенаправленным поиском клинических симптомов. К сожалению,