

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ
ім. проф. О.С. КОЛОМІЙЧЕНКА НАМН УКРАЇНИ»**

ШЕВЧЕНКО ТЕТЯНА ОЛЕКСАНДРІВНА

УДК: 616.281-008.55-08

**ОБГРУНТУВАННЯ СУЧАСНОЇ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ
ХВОРОБИ МЕНЬЄРА**

14.01.19 – оториноларингологія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ – 2016

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано в ДУ „Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України”.

Науковий керівник: доктор медичних наук

Борисенко Олег Миколайович,
ДУ „Інститут отоларингології ім. проф.
О.С. Коломійченка НАМН України”,
провідний науковий співробітник відділу
мікrohrіургії вуха та отонейрохіургії

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор

Гарюк Григорій Іванович,
ДУ „Харківська медична академія післядипломної
освіти МОЗ України”,
завідувач кафедри отоларингології та
дитячої отоларингології;

доктор медичних наук, професор
Дєєва Юлія Валеріївна,
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця,
професор кафедри оториноларингології.

Захист відбудеться „18” квітня 2016 р. о „12.00” годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.611.01 у ДУ „Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України” за адресою: 03680, м. Київ, вул. Зоологічна, 3.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ДУ „Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України” за адресою: 03680, м. Київ, вул. Зоологічна, 3.

Автореферат розісланий „11” березня 2016 року.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
доктор медичних наук

В.І. Луценко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність роботи. У дослідженнях останніх років відмічалось збільшення кількості хворих з вестибулярними розладами (Ю.В. Деева, 2015; А.І. Розкладка, І.А. Белякова, В.І. Луценко, 2010). Запаморочення є одним з найбільш частих симптомів, що зустрічається у медичній практиці (Е.Г. Филатова, 2010). Серед причин звернень до лікарів різних спеціальностей запаморочення складає 3-4 %. За даними Oosterveld W.I. (1991 р.) 5 % населення Землі страждає запамороченнями різного генезу. Colledge та Snibabt у 1996 році провели опитування більш як 20 тисяч осіб у віці від 18 до 64 років, в результаті якого з'ясувалося, що за останній місяць 20 % з них відчували запаморочення, причому більше 30 % страждають запамороченнями впродовж 5 років. Пацієнти з порушенням функції рівноваги вкрай складні у плані діагностики та лікування (Ю.В. Мітін, 2011; Г.І.Гарюк, 2010; Ю.В. Деева, 2012; І.С. Васильчук, О.О. Козлова, К.Ф. Трінус, 2012).

Вестибулярна дисфункція виникає при великій кількості захворювань. Особливе місце серед кохлеовестибулярних розладів займає хвороба Мен'єра - захворювання внутрішнього вуха, обумовлене збільшенням кількості ендолімфи (водянкою лабіринту) і виявляється періодичними нападами системного запаморочення, шумом у вухах, прогресуючим зниженням слуху за нейросенсорним типом (В.И. Бабияк, 2012; Т.Ю. Владимірова, 2011; П.В. Волошин, 2010). Розповсюдженість цієї хвороби складає від 0,001 % до 0,16 % населення світу.

Між тим, соціальне значення цього факту в тому, що хвороба уражає людей найбільш працездатного віку – від 25 до 55 років. Вестибулярні та слухові розлади при цьому захворюванні настільки виражені, що призводять до довготривалої непрацездатності, а в ряді випадків і до її втрати, коли хворі визнаються інвалідами III та II груп (В.А. Михайлов, 2009; Y. Agrawal, 2010).

Повторні напади запаморочення з втратою рівноваги та вираженими вегетативними розладами знижують адаптацію до повноцінного соціального та побутового життя. Це сприяє появі хронічного і психічного напруження, “соціального дефіциту” та істотно впливає на якість життя цих осіб.

Ефективність медичного забезпечення лікування пацієнтів на хворобу Мен'єра у значній мірі визначається ступенем задоволеності хворими результатами цього лікування та поверненням у нормальне (активне) суспільне життя. Таким інтегральним показником може бути критерій якості життя.

Лікування пацієнтів з цією патологією довготривале і кропітке. Незважаючи на великий клінічний досвід щодо лікування хворих на хворобу Мен'єра, накопичений протягом тривалого часу з моменту першого опису хвороби, залишаються дискусійними принципи і схеми медичної корекції симптомів та вплив окремих методів лікування на перебіг хвороби, тобто на якість життя хворих. Ситуація ускладнюється тим, що хвороба Мен'єра належить до категорії патологічних станів, для яких не існує етіотропного лікування як такого, оскільки монопричина цієї хвороби невідома. Більш того, багато інших захворювань можуть провокувати її чи входити органічною частиною у

патогенез (Н.В. Бойко, 2010; М.А. Ярославская, 2013). У зв'язку з цим можна лише говорити про можливість патогенетичної терапії, яка не вирішує проблему повного вилікування, не запобігає можливості виникнення нових нападів захворювання, а лише знижує частоту та вираженість клінічних проявів. Особливо це відноситься до медикаментозної терапії, що включає в себе велику кількість препаратів та складає довільні та, іноді, необгрунтовані комплекси і курси терапії.

Все це визначає медичне і соціальне значення вдосконалення діагностики, лікування та реабілітації хворих на хворобу Мен'єра.

Зв'язок з науковими програмами, планами, темами. Дослідження, покладені в основу дисертаційної роботи, виконувалась в рамках науково-дослідної роботи ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» «Удосконалити диференціально-топічну діагностику та корекцію порушення вестибулярної функції різного генезу» (№ держреєстрації 0108U000803).

Мета дослідження - підвищити ефективність лікування пацієнтів з хворобою Мен'єра шляхом розробки та обгрунтування сучасної комплексної терапії з застосуванням медикаментозного лікування, пневмомасажу вікон лабіринта, кінезітерапії та пролонгованої тимпаностомії.

Завдання дослідження:

1. Розробити схему сучасної комплексної терапії пацієнтів з хворобою Мен'єра із застосуванням пневмомасажу вікон лабіринта, кінезітерапії та пролонгованої тимпаностомії.
2. Вивчити стан слухового аналізатора за даними психоакустичних методів дослідження до та після лікування.
3. Визначити стан вестибулярної функції у пацієнтів з хворобою Мен'єра до та після лікування.
4. Запропонувати схему комплексної оцінки якості життя хворих на хворобу Мен'єра.
5. Оцінити якість життя хворих до лікування та в динаміці після лікування: у найближчому періоді (через 3 місяці) та віддаленому періоді (1 рік та більше).
6. Вивчити клінічну ефективність сучасної комплексної терапії хвороби Мен'єра у порівнянні з традиційним методом у віддаленому періоді після лікування.

Об'єкт дослідження: хвороба Мен'єра.

Предмет дослідження: клінічний стан хворого, результати аудіометричного, вестибулометричного, електрофізіологічного, соціологічного обстеження пацієнтів з хворобою Мен'єра, результати комплексного лікування хвороби Мен'єра.

Методи дослідження: клінічні, аудіометричні, вестибулометричні, соціологічні, аналітичні, статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів. В процесі виконання роботи вперше розроблена та впроваджена в практику схема сучасної комплексної терапії пацієнтів з хворобою Мен'єра, яка включала медикаментозне лікування, метод пневмомасажу вікон лабіринта з пролонгованою тимпаностомією та комплекс вправ з кінезітерапії.

Проведені та співставлені результати клінічних, аудіометричних, вестибулометричних, електрофізіологічних досліджень пацієнтів з хворобою Мен'єра до та після лікування, що проводилося за різними методиками: класичною медикаментозною і новою схемою комплексної терапії. Проведена оцінка ефективності різних методів лікування у найближчі та віддалені строки.

Встановлено, що сучасна комплексна терапія хвороби Мен'єра значно підвищує ефективність лікування хворих, що проявлялось зменшенням частоти, тривалості та/чи тяжкості нападів запаморочення у 93,4 % хворих, в той час як після медикаментозного лікування лише у 60 %. У віддаленому періоді спостерігалось зменшення вестибулярних проявів захворювання після запропонованої комплексної терапії у 66,7 % пацієнтів і у 20 % хворих після медикаментозного лікування.

Доведено, що комплексна терапія хвороби Мен'єра має найбільший позитивний вплив на слухову функцію, що проявлялося у найближчі строки зниженням середніх порогів слуху по повітряній провідності на $(18,60 \pm 1,10)$ дБ ($p < 0,05$) у порівнянні з класичною медикаментозною терапією, відповідно зниження порогів на $(11,97 \pm 1,80)$ дБ ($p < 0,05$). У віддаленому періоді позитивна динаміка слуху відмічалася лише після комплексної терапії з пролонгованою тимпаностомією і зниження середніх порогів складало $(17,70 \pm 1,00)$ дБ ($p < 0,05$), між тим, у пацієнтів після медикаментозної терапії відмічалось суттєве підвищення порогів слуху практично до початкового рівня.

Вестибулометричними методами визначено достовірне поліпшення функції статичної і динамічної рівноваги та показників експериментального ністагму (частоти, середньої амплітуди, швидкості повільної фази), скорочення тривалості сенсорної та вираженості вегетативних проявів у пацієнтів з хворобою Мен'єра після проведеної комплексної терапії з пролонгованою тимпаностомією. Індекс кефалографії після комплексної терапії змінювався з $(5,25 \pm 0,30)$ ум. од. до $(3,55 \pm 0,10)$ ум. од. ($p < 0,05$), на відміну від хворих після медикаментозного лікування з $(5,12 \pm 0,30)$ ум.од. до $(5,02 \pm 0,30)$ ум. од. ($p > 0,1$), у яких достовірного поліпшення не відмічалось.

Запропонована схема комплексної оцінки якості життя хворих на хворобу Мен'єра та адаптована до клінічного використання.

Доповнені наукові дані про негативний вплив захворювання на якість життя хворих, що відображалось у зниженні показників фізичного та психологічного здоров'я. За соціологічними показниками фізичного та психологічного компонентів здоров'я у пацієнтів з хворобою Мен'єра доведена ефективність методу комплексної терапії.

Встановлено, що сучасна комплексна терапія хвороби Мен'єра значно підвищує ефективність лікування хворих, що проявляється позитивним

впливом на клінічний перебіг захворювання, слухову, вестибулярну функцію, якість життя хворих та має стійкий позитивний ефект у часовому аспекті на відміну від медикаментозного лікування.

Практичне і теоретичне значення одержаних результатів. В процесі виконання роботи вперше розроблена та впроваджена в практику схема сучасної комплексної терапії пацієнтів з хворобою Мен'єра, яка включала медикаментозне лікування, метод пневмомасажу вікон лабіринта з пролонгованою тимпаностомією та комплекс вправ з кінезітерапії.

Науково обгрунтована ефективність комплексної терапії хвороби Мен'єра.

Запропонована схема оцінки ефективності проведеного лікування за допомогою соціологічних показників у динамиці, що включала розробку протоколу дослідження (визначення мети, критеріїв виключення хворих з дослідження, точок обстеження, розробка клінічної карти хворого та таблиці обліку даних); вибір інструмента дослідження (опитувальника) та його модифікація щодо даного захворювання; інтерв'ювання хворих; шкалування опитувальника і формування бази даних; статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію результатів дослідження.

Визначений вплив хвороби Мен'єра на якість життя пацієнтів до та після лікування, що дозволяє встановити ефективність проведеного консервативного лікування та вирішити питання необхідності подальшого хірургічного лікування.

Отримано патент України на корисну модель № 73224 Україна від 10.09.2012 р. „Спосіб лікування пацієнтів з хворобою Мен'єра”.

Впровадження результатів досліджень. Отримані результати досліджень впроваджені у лікувальну роботу відділу мікрохірургії вуха та отонейрохірургії ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С.Коломійченка НАМН України».

Особистий внесок здобувача. Дисертантом особисто визначено мету та завдання дослідження. Дисертантом разом з науковим керівником розроблено новий метод сучасної комплексної терапії хвороби Мен'єра. Ідея розробки належить автору. Особисто дисертантом проведений аналіз вітчизняних та іноземних літературних джерел стосовно тематики дисертації. Дисертант самостійно проводив збір анамнезу, клінічний огляд пацієнтів, відбір хворих, диференційну діагностику та лікування пацієнтів з хворобою Мен'єра за різними методиками. Разом з науковим керівником розроблено протокол обстеження та тривалого спостереження пацієнтів з хворобою Мен'єра. Дисертантом особисто розроблена методика та проведена за нею оцінка ефективності лікування за допомогою соціологічних показників у динамиці до та на різних строках після лікування пацієнтів за різними методиками. Проведений особисто також аналіз клінічного та соціологічного матеріалу, статистична обробка отриманих результатів, написані всі розділи дисертації, сформульовані висновки та практичні рекомендації. Усі розділи дисертації сформульовано та написано автором особисто. Особисто дисертантом сформульовані основні положення, що виносяться на

захист. У роботах, виданих у співавторстві, ідея і основні положення, не містять конфлікту наукових інтересів.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації були викладені на науково-практичних конференціях, конгресах та з'їздах: щорічні традиційні конференції Українського наукового медичного товариства оториноларингологів (Судак, 2012; Тернопіль, 2012; Севастополь, 2013; Львів, 2013; Дніпропетровськ, 2015), Друга конференція Української асоціації отіатрів, отонейрохірургів та отоневрологів з міжнародною участю (Київ, вересень, 2012 р.), 5-й Національний конгрес аудіологів та 9-й міжнародний симпозиум „Сучасні проблеми фізіології та патології слуха” (Суздаль, травень, 2013 р.).

Публікації за темою дисертації. За матеріалами дисертаційної роботи опубліковано 10 наукових робіт, з яких 6 статей у міжнародних наукових та фахових виданнях, 3 тези доповідей, 1 патент України на корисну модель.

Обсяг та структура дисертації. Дисертаційна робота викладена на 193 сторінках машинописного тексту і складається з вступу, огляду літератури, матеріалів та методів, 3 розділів власних досліджень, заключення, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, який містить 296 джерел, у тому числі 141 кирилицею та 155 – латиницею. Роботу ілюстровано 49 таблицями та 12 малюнками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи. У процесі виконання роботи було обстежено 90 пацієнтів з хворобою Мен'єра, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні мікрохірургії вуха та отонейрохірургії ДУ „Інститут отоларингології ім. проф. О.С.Коломійченка НАМН України”. Клінічні спостереження за хворими проводилися в період з 2008 по 2015 роки.

Усім хворим діагноз хвороби Мен'єра встановлений з урахуванням загальноприйнятих вимог на підставі скарг, анамнестичних даних, аудіометричного, вестибулометричного обстежень, гліцеролового тесту, а також МРТ головного мозку, що проводилося з метою диференційної діагностики з іншими захворюваннями. Крім того, всім пацієнтам проводилося соціологічне дослідження за розробленою нами методикою. Клінічне, аудіометричне, вестибулометричне та соціологічне обстеження проводилося до лікування, у ранні (через 3 місяці) та пізні (через 12-18 місяців) після лікування з метою оцінки його ефективності. Вік хворих коливався від 18 до 62 років, з них 53 жінки та 37 чоловіків. У групу обстеження увійшли пацієнти з давністю захворювання від 6 місяців до 10 років, більшість хворих з давністю від 2 до 5 років. Частота нападів запаморочення коливалась від 3 - 4 разів на тиждень до 2 - 4 разів на місяць. Тривалість приступів була від 20 хвилин до 1 доби. Контрольну групу склали 20 отологічно та соматично здорових осіб у віці від 18 до 40 років.

Вивчення якості життя пацієнтів з хворобою Мен'єра проводилося за допомогою модифікованої нами україномовної версії опитувальника загального

типу Medical Outcome Study Short - Form Health Survey (SF-36) з введенням у нього запитань, що відображали специфічні для хвороби Мен'єра симптоми. Основними критеріями виключення хворих з дослідження були: тяжка супутня соматична патологія та сенсоневральна приглухуватість високого ступеню, що могло істотно вплинути на результати дослідження.

Статистична обробка отриманих даних в ході обстеження проведена самостійно. Оцінка вірогідності (p) розбіжностей середніх величин проводилася за допомогою критерія Ст'юдента. Причому, при $p < 0,05$ різницю вважали вірогідною, за $p < 0,1$ константували тенденцію до вірогідності різниці даних.

Всі пацієнти з хворобою Мен'єра були розподілені на 3 групи по 30 осіб, рівноцінні за віком, статтю та клінічними проявами хвороби, в залежності від методики лікування. Пацієнти 1-ої групи ($n=30$) отримували курс медикаментозної терапії, що включав препарати, які мали вазоактивну, метаболічну, протинабрякову, дегідратаційну дію чи впливали на мозковий кровообіг. Пацієнти 2-ої групи ($n=30$) отримували курс терапії, що включав, окрім основного медикаментозного лікування, пневмомасаж вікон лабіринту та кінезітерапію. Пневмомасаж проводився за допомогою отологічного пристрою для пульсової подачі низького тиску Meniett до вікон лабіринта. Для транстимпанальної передачі імпульсів низького тиску до середнього вуха та вікон лабіринта у барабанну перетинку встановлювалася вентиляційна трубка (шунт). Один цикл лікування займав 5 хвилин і складався з трьох циклів по 60 с та двох перерв по 40 с. Пневмомасаж вікон лабіринта проводився пацієнтам тричі на день протягом 10 днів. Після закінчення курсу пневмомасажа вікон лабіринта шунт видалявся із барабанної перетинки. Курс кінезітерапії включав комплекс вправ: зорових, для статичної та динамічної рівноваги. Вестибулярна реабілітація проводилася пацієнтами протягом 2 місяців. Пацієнтам 3-ої групи ($n=30$) проводилося сучасне комплексне лікування з пролонгованою тимпаностомією, що включало медикаментозну терапію, пневмомасаж вікон лабіринту за вищевказаною методикою протягом 10 днів та курс розробленої нами кінезітерапії (вестибулярної реабілітації) протягом 2 місяців. На відміну від пацієнтів 2-ої групи, хворим 3-ої групи тимпаностомічна трубка не видалялася після закінчення лікування, а залишалася у барабанній перетинці протягом 6 місяців.

Результати власних досліджень. Проводилося порівняння всіх видів досліджень у пацієнтів з хворобою Мен'єра до лікування та у різні строки після лікування: ранні (через 3 місяці) та пізні (через 12-18 місяців).

Основними критеріями ефективності за клінічними даними було покращення стану хворого, більш легкий перебіг захворювання, зникнення чи полегшення основних симптомів захворювання, а саме: зменшення частоти, тривалості та тяжкості нападів запаморочення (чи їх зникнення), при цьому ефективним вважалось лікування при зменшенні хоча б одного з цих показників; зменшення вираженості чи зникнення вегетативних порушень; зменшення вираженості чи зникнення атактичних порушень у міжпадному періоді; зменшення чи зникнення вушного шуму; зменшення чи зникнення

досить частих супутніх проявів хвороби, таких, як головний біль, загальна слабкість, зниження толерантності до фізичного навантаження, тривожність та інше.

За даними клінічних проявів захворювання у ранні строки після лікування було встановлено позитивну динаміку перебігу захворювання у бік зменшення частоти, тривалості та тяжкості перебігу нападів запаморочення, вегетативних розладів, зменшення вушного шуму, атактичних порушень у міжнападному періоді, а також супутніх симптомів хвороби у пацієнтів всіх груп. Причому тенденція до покращення стану відмічалася більшою мірою у пацієнтів 2 та 3 груп.

При оцінці ефективності проведеного лікування у віддаленому періоді (через 1 рік та більше) встановлено, що у пацієнтів 3 групи відмічалася подальша позитивна динаміка перебігу хвороби після комплексного лікування, що проявлялася зменшенням частоти, тривалості та/чи тяжкості нападів запаморочення (чи їх зникненням), зменшенням вираженості чи зникненням вегетативних порушень, зменшенням вираженості чи зникненням атактичних порушень у міжнападному періоді, зменшенням чи зникненням вушного шуму, зменшенням чи зникненням супутніх проявів хвороби. В той час, як після класичного медикаментозного лікування (пацієнти 1 групи) та пневмомасажу вікон лабіринта спостерігалася різке погіршення клінічних показників практично до вихідного рівня.

Аналіз аудіометричних характеристик показав, що у ранні строки після лікування у пацієнтів, що отримували курс медикаментозної терапії з різними ступенями втрати слуху відмічалася достовірне його покращення (зниження порогів в зоні частот від 125 до 4000 Гц) в середньому на $(11,97 \pm 1,80)$ дБ ($p < 0,05$). Причому, найбільший приріст слуху спостерігався при II ступені зниження слуху і складав $(13,2 \pm 1,4)$ дБ. При цьому вушний шум повністю був відсутнім у 2 осіб, зменшилась його інтенсивність – у 5 чоловік, залишився без змін - у 23 пацієнтів. Через 12 - 18 місяців після проведеного лікування у хворих з хворобою Мен'єра, що отримували медикаментозну терапію, середні пороги тонального слуху значно підвищилися і достовірно не відрізнялися від вихідних даних (даних перед початком лікування).

Таким чином, при проведенні курсу класичної медикаментозної терапії у пацієнтів 1 групи позитивна динаміка відмічалася лише протягом 3 місяців після лікування. Через 12-18 місяців після лікування середні показники порогів тонального слуху достовірно не відрізнялися від початкових даних (рис. 1).

При оцінці аудіометричних показників слуху по повітряній провідності хворих 2-ої групи на ранніх строках після лікування виявлені достовірно ($p < 0,05$) позитивні результати, а саме: середній приріст тонального слуху на частотах від 125 до 4000 Гц становив $(14,03 \pm 1,10)$ дБ, найбільший середній приріст тонального слуху відмічався у осіб з II ступенем втрати слуху і складав $(19,1 \pm 1,1)$ дБ. Через 12 - 18 місяців після проведеного лікування у пацієнтів 2-ої групи середні пороги тонального слуху підвищились у порівнянні з ранніми строками після лікування, але достовірно відрізнялись від порогів тонального

слуху до лікування. Середній приріст тонального слуху на частотах від 125 до 4000 Гц становив $(11,6 \pm 1,4)$ дБ ($p < 0,05$).

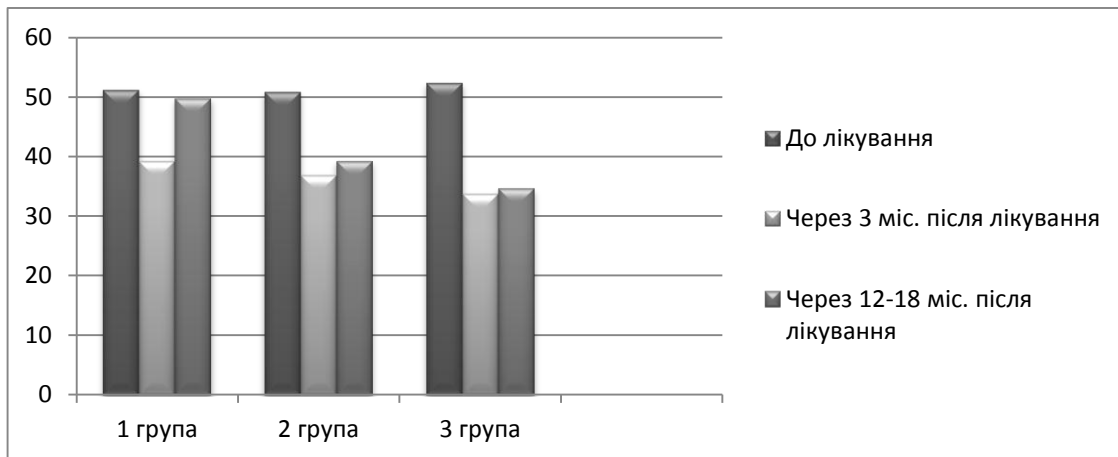


Рис. 1 - Середні пороги тонального слуху за повітряною провідністю у хворих різних груп до та після лікування (дБ)

У всіх пацієнтів 2-ої групи відмічалось покращення слуху протягом 3 місяців. Однак, через 12 – 18 місяців середні пороги тонального слуху дещо підвищилися у порівнянні з їх показниками у ранньому періоді після лікування (рис.1).

У пацієнтів з хворобою Мен'єра 3-ої групи, що отримували комплексну терапію з пролонгованою тимпаностомією, через 3 місяці стан слухової функції достовірно покращився в усіх випадках в середньому на $(18,6 \pm 1,1)$ дБ, а саме: при I ступені втрати слуху на $(14,0 \pm 0,4)$ дБ, при II ступені - на $(24,9 \pm 0,5)$ дБ, при III ступені втрати слуху на $(16,8 \pm 2,3)$ дБ ($p < 0,05$). Через 12-18 місяців після лікування у пацієнтів 3-ої групи за даними аудіометричного обстеження стан слухової функції достовірно покращився в порівнянні з даними до лікування в середньому на $(17,7 \pm 1,0)$ дБ, а саме: при I ступені втрати слуху на $(13,1 \pm 0,2)$ дБ, при II ступені та на $(24,1 \pm 0,6)$ дБ, при III ступені втрати слуху на $(15,9 \pm 2,1)$ дБ ($p < 0,05$) (рис.1).

Вестибулометричне обстеження всім пацієнтам з хворобою Мен'єра проводилось до лікування, через 3 та 12 – 18 місяців після лікування. Були отримані такі дані.

У пацієнтів 1 групи перед початком лікування при проведенні аналізу даних стато-кінетичної стійкості, експериментального ністагму, відмічалось три ступені тяжкості вестибулярної дисфункції (ВДФ): I – у 12 хворих, II – у 15, III – у 3 осіб. Вестибулярна гіпорексія реєструвалася у 16 осіб, асиметрія вестибулярної збудливості – у 14 пацієнтів.

При проведенні вестибулометричного дослідження у пацієнтів 2 групи була зареєстрована вестибулярна дисфункція 3 ступеней тяжкості, а саме: I - у 14 осіб, II – у 14 пацієнтів, III – у 2 хворих. За даними показників експериментального ністагму гіпорексія виявлена у 17 осіб, асиметрія у 13.

У хворих 3 групи за вестибулометричними даними також відмічалось три ступені тяжкості вестибулярної дисфункції, а саме: I ступеню - у 13 осіб, II ступеня – у 14 пацієнтів, III ступеню – у 3 хворих. Вестибулярна гіпорексія відмічалась у 14 хворих, асиметрія вестибулярних реакцій – у 16 осіб.

При порівнянні параметрів стато – кінетичної стійкості у хворих з хворобою Мен'єра 1 групи через 3 місяці після лікування виявлено, що традиційна медикаментозна терапія позитивно впливає як на стан статичної, так і динамічної рівноваги. Однак через 12 - 18 місяців показники стато-кінетичної стійкості достовірно не відрізнялись від вихідних даних, тобто даних перед початком лікування (рис. 2).

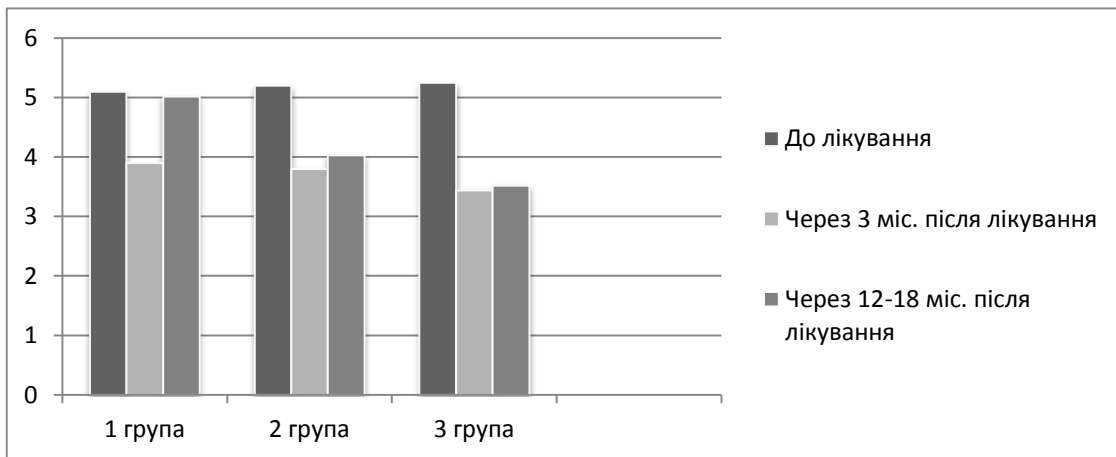


Рис. 2 - Результати дослідження стато-кінетичної функції за показниками індекса кефалографії у пацієнтів різних груп до та після лікування (ум. од.)

При аналізі параметрів експериментального ністагму при обертальній пробі у хворих 1 групи через 3 місяці після лікування отримані такі дані.

При обертальній пробі (10 обертів за 20 с) у хворих з вестибулярною гіпорексією відмічалось достовірне підвищення показників середньої амплітуди з ($9,2 \pm 0,3$) мм до ($17,1 \pm 0,6$) мм, швидкості повільної фази ністагму (ШПФ) з ($27,6 \pm 1,1$) град/с до ($38,2 \pm 1,1$) град/с ($p < 0,05$), тобто спостерігалась тенденція до нормалізації вестибулярної збудливості (табл. 1). У осіб з вестибулярною асиметрією через 3 місяці після проведення традиційного курсу лікування спостерігалось зменшення асиметрії між лабіринтами, яке проявлялось підвищенням вестибулярної активності з боку ураженого лабіринту, а саме збільшення середньої амплітуди з ($9,1 \pm 0,7$) мм до ($12,8 \pm 1,1$) мм з боку ураженого лабіринту, збільшення ШПФ ністагму з ($19,3 \pm 2,1$) град/с до ($29,6 \pm 2,2$) град/с ($p < 0,05$). В той же час зменшилась вираженість сенсорної реакції при відсутності вегетативної реакції.

Через 12 – 18 місяців після проведення класичної медикаментозної терапії у всіх хворих 1-ої групи з хворобою Мен'єра відмічалась зміна показників експериментального ністагму до вихідного рівня (табл. 1).

Таблиця 1

Показники вестибулярних реакцій у пацієнтів з хворобою Мен'єра 1-ої групи до та після лікування

Стан вестибулярної функції	Середня амплітуда ністагму, мм	Частота ністагму, Гц	ШПФ ністагму, град/с	Сенсорна реакція, с	ВВР по К.Л.Хілову
Контрольна група	11,2±0,5	2,8±0,3	42,9±1,4	11,2±0,9	0
перед початком лікування					
Гіпорексія n=16	9,2±0,3	2,0±0,1	27,6±1,1	8,1±0,5	I-II
Асиметрія n=14	<u>14,9±1,3</u> 9,1±0,7	<u>2,4±0,2</u> 1,3±0,1	<u>32,8±2,3</u> 19,3±2,1	<u>36,7±2,2</u> 22,8±2,4	I-II
через 3 місяці після лікування					
Гіпорексія n=16	17,1±0,6*	2,6±0,1*	38,2±1,1*	12,9±1,5*	0-I
Асиметрія n=14	<u>13,9±1,4</u> 12,8±1,1*	<u>2,2±0,1</u> 2,4±0,1*	<u>31,5±2,3</u> 29,6±2,2*	<u>22,0±2,3</u> 16,5±1,5*	0-I
через 12-18 місяців після лікування					
Гіпорексія n=16	10,3±0,7	2,0±0,3	27,3±0,7	9,6±0,4	I-II
Асиметрія n=14	<u>14,8±1,4</u> 9,2±1,2	<u>2,4±0,3</u> 1,3±0,2	<u>32,9±2,3</u> 19,2±2,2	<u>37,5±2,2</u> 23,2±2,5	I-II

Примітка: в чисельнику показники вестибулярних реакцій при обертальній стимуляції здорового, в знаменнику – хворого лабіринту, * - $p < 0,05$ - показники вестибулярних реакцій в групах хворих після лікування достовірно відрізняються від відповідних значень до лікування.

У пацієнтів з хворобою Мен'єра 2-ої групи також відмічалася достовірна позитивна динаміка в показниках стато-кінетичної стійкості, отриманих через 3 місяці після лікування, та менш виражена через 12 - 18 місяців (рис. 2).

При порівняльному аналізі даних експериментального ністагму, отриманих до та через 3 місяці після лікування у хворих з хворобою Мен'єра 2-ої групи з вестибулярною гіпорексією відмічалася підвищення показників середньої амплітуди з (8,5±0,6) мм до (16,3±1,8) мм, ШПФ ністагму з (22,2±1,1) град/с до (36,9±1,3) град/с ($p < 0,05$) (табл. 2).

У хворих з вестибулярною асиметрією після проведеного курсу лікування спостерігалася підвищення вестибулярної активності з боку ураженого лабіринту, а саме збільшення середньої амплітуди, збільшення ШПФ ністагму,

тобто зменшення проявів асиметрії вестибулярних реакцій. В той же час зменшилась тривалість сенсорної реакції та вираженість вегетативної реакції (табл. 2).

У хворих з хворобою Мен'єра 2-ої групи через 12-18 місяців після лікування також відмічалася достовірна позитивна динаміка показників експериментального ністагму, але отримані дані були менш виражені порівняно з даними, отриманими через 3 місяці після лікування (табл. 2).

Таблиця 2

Показники вестибулярних реакцій у пацієнтів з хворобою Мен'єра 2-ої групи до та після лікування

Стан вестибулярної функції	Середня амплітуда ністагму, мм	Частота ністагму, Гц	ШПФ ністагму, град/с	Сенсорна реакція, с	ВВР по К.Л.Хілову
Контрольна група	11,2±0,5	2,8±0,3	42,9±1,4	11,2±0,9	0
перед початком лікування					
Гіпорексія n=17	8,5±0,6	1,9±0,1	22,2±1,1	8,2±0,4	I-II
Асиметрія n=13	<u>14,2±1,5</u> 8,7±0,7	<u>2,3±0,2</u> 1,0±0,2	<u>32,9±2,2</u> 19,2±1,8	<u>36,1±2,3</u> 24,8±1,5	I-II
через 3 місяці після лікування					
Гіпорексія n=17	16,3±1,8*	2,9±0,2*	36,9±1,3*	12,1±1,1*	0
Асиметрія n=13	<u>14,5±1,3</u> 13,9±1,4*	<u>2,3±0,1</u> 2,4±0,1*	<u>32,8±2,2</u> 31,8±2,2*	<u>18,9±2,5</u> 16,5±1,9*	I
через 12-18 місяців після лікування					
Гіпорексія n=17	16,8±2,4*	2,6±0,1*	30,2±0,8*	12,8±0,8*	0
Асиметрія n=13	<u>14,7±1,2</u> 13,8±1,4*	<u>2,3±0,2</u> 2,4±0,2*	<u>33,9±2,3</u> 31,8±1,2*	<u>14,2±2,2</u> 15,5±0,4*	0

Примітка: в чисельнику показники вестибулярних реакцій при обертальній стимуляції здорового, в знаменнику – хворого лабіринту, * - $p < 0,05$ - показники вестибулярних реакцій в групах хворих після лікування достовірно відрізняються від відповідних значень до лікування.

В результаті проведеного лікування пацієнтів 3-ої групи були отримані стабільно достовірні показники поліпшення стато-кінетичної стійкості як через 3 так і через 12 - 18 місяців (рис. 2).

Аналіз параметрів експериментального ністагму (табл. 3) при обертальній пробі по Барані (10 обертів за 20 с) у хворих з хворобою Мен'єра 3-ої групи після проведеного курсу лікування через 3 місяці показав таке: у пацієнтів з вестибулярною гіпорексией відзначалося достовірно підвищення показників середньої амплітуди з $(8,9 \pm 0,6)$ мм до $(16,8 \pm 0,4)$ мм, ШПФ ністагму з $(24,4 \pm 1,3)$ град/с до $(36,9 \pm 1,3)$ град/с ($p < 0,05$); у хворих з вестибулярною асиметрією після проведеного курсу лікування спостерігалось підвищення вестибулярної активності з боку ураженого лабіринту, а саме, збільшення середньої амплітуди, збільшення ШПФ ністагму, тобто зменшення проявів асиметрії вестибулярних реакцій. Водночас зменшилася тривалість сенсорної реакції і вираженість вегетативної реакції.

Таблиця 3

Показники вестибулярних реакцій у пацієнтів з хворобою Мен'єра 3-ої групи до та після лікування

Стан вестибулярної функції	Середня амплітуда ністагму, мм	Частота ністагму, Гц	ШПФ ністагму, град/с	Сенсорна реакція, с	ВВР по К.Л.Хілову
Контрольна група	$11,2 \pm 0,5$	$2,8 \pm 0,3$	$42,9 \pm 1,4$	$11,2 \pm 0,9$	0
перед початком лікування					
Гіпорексія n=14	$8,9 \pm 0,6^*$	$1,8 \pm 0,1^*$	$24,4 \pm 1,3^*$	$7,8 \pm 0,6^*$	I-II
Асиметрія n=16	$\frac{14,8 \pm 1,3}{9,0 \pm 0,6^*}$	$\frac{2,3 \pm 0,1}{1,0 \pm 0,1^*}$	$\frac{31,6 \pm 2,3}{18,2 \pm 1,9^*}$	$\frac{36,2 \pm 2,3}{25,4 \pm 1,4^*}$	I-II
через 3 місяці після лікування					
Гіпорексія n=14	$16,8 \pm 0,4^*$	$2,7 \pm 0,2^*$	$36,9 \pm 1,3^*$	$11,0 \pm 0,5^*$	0
Асиметрія n=16	$\frac{13,8 \pm 1,3}{13,4 \pm 1,2^*}$	$\frac{2,2 \pm 0,2}{2,6 \pm 0,2^*}$	$\frac{30,8 \pm 2,2}{28,9 \pm 2,2^*}$	$\frac{16,3 \pm 2,4}{14,2 \pm 2,5^*}$	0
через 12-18 місяців після лікування					
Гіпорексія n=14	$16,5 \pm 0,7^*$	$2,6 \pm 0,1^*$	$38,2 \pm 1,3^*$	$10,9 \pm 0,1^*$	0
Асиметрія n=16	$\frac{13,0 \pm 1,5}{12,7 \pm 0,9^*}$	$\frac{2,2 \pm 0,2}{2,4 \pm 0,4^*}$	$\frac{29,5 \pm 2,0}{27,9 \pm 0,9^*}$	$\frac{12,6 \pm 2,3}{13,8 \pm 0,4^*}$	0

Примітка: в чисельнику показники вестибулярних реакцій при обертальній стимуляції здорового, в знаменнику – хворого лабіринту, * - $p < 0,05$ - показники вестибулярних реакцій в групах хворих після лікування достовірно відрізняються від відповідних значень до лікування.

У всіх хворих 3-ої групи відмічалася позитивна динаміка при повторному вестибулометричному обстеженні через 12 - 18 місяців після проведеного курсу лікування. Були виявлені достовірні зміни в показниках експериментального ністагму в порівнянні з вихідними даними (табл. 3).

Таким чином, порівнюючи показники стато-кінетичної стійкості та експериментального ністагму, отриманих у хворих з хворобою Мен'єра через 3 місяці після різних курсів лікування відмічалася достовірною позитивна динаміка перебігу захворювання, що проявлялося суттєвим поліпшенням функції рівноваги (зменшенням відхилення в тесті ходи по прямій доріжці, відхилення в тесті флангової ходи, кута відхилення «крокуючого» тесту, індекса кефалографії) та тенденцією до нормалізації показників експериментального ністагму (збільшенням показників ністагму - частоти, сумарної амплітуди, швидкості повільної фази, скороченням тривалості ністагмальної та сенсорної реакцій, суттєвим зменшенням вегетативних проявів) в усіх групах хворих. При цьому більш виражені зміни показників спостерігалися в 3-й групі пацієнтів.

Однак, у віддаленому періоді (12 - 18 місяців) після лікування отримані стабільні показники стато-кінетичної стійкості та експериментального ністагму та залишилась їх позитивна динаміка тільки у пацієнтів 2-ої і 3-ої групи з хворобою Мен'єра, при цьому кращі результати спостерігалися у хворих 3-ої групи. Між тим, у пацієнтів 1-ої групи у пізні строки після лікування відмічалось суттєве погіршення показників вестибулярної функції практично до початкового рівня (рівня перед початком лікування).

Проведена комплексна оцінка якості життя пацієнтів з хворобою Мен'єра у часовому аспекті після проведеного лікування встановила таке: у ранні строки після лікування відбулося достовірне ($p < 0,05$) покращення якості життя у всіх групах хворих. Зміна фізичного компонента здоров'я характеризувалася підвищенням рівня фізичного, рольового фізичного функціонування, індексу запаморочення та загального рівня здоров'я. Відповідно спостерігалось підвищення психологічного компоненту здоров'я, а саме: життєздатності, соціального, рольового емоційного функціонування та психологічного здоров'я. Загальний рівень здоров'я пацієнтів всіх груп був достовірною ($p < 0,05$) краще, ніж у період перед початком лікування і складав: у хворих 1-ої групи (118,35±6,83) бали, 2-ої – (138,27±5,93) бали, 3-ої - (149,82±7,41) бали. Результати досліджень якості життя у віддаленому періоді після лікування свідчать, що загальний рівень здоров'я у хворих 3-ї групи залишився на високому рівні і складав (130,68±5,51) бал ($p < 0,05$), у хворих 2-ої дещо знизився і складав (120,53±5,55) балів ($p < 0,05$), на відміну від якості життя хворих після медикаментозної терапії, у яких показники знизилися майже до вихідного рівня (рівня до лікування) і мали показник (77,78±6,78) балів ($p > 0,1$).

ВИСНОВКИ

У дисертації шляхом порівняння результатів клінічного, психоакустичного, вестибулометричного, соціологічного досліджень ефективності різних методів лікування (медикаментозного та комплексного) пацієнтів з хворобою Мен'єра вирішена важлива науково-практична задача: обґрунтована перевага комплексної терапії з пролонгованою тимпаностомією при хворобі Мен'єра, що зумовлює підвищення ефективності її лікування.

1. При оцінці клінічної ефективності лікування встановлено, що у ранні строки у пацієнтів після комплексної терапії з пролонгованою тимпаностомією відмічалася позитивна динаміка перебігу хвороби, що проявлялось зменшенням частоти, тривалості та/чи тяжкості нападів запаморочення у 93,4 % хворих, в той час як після медикаментозного лікування лише у 60 %. У віддаленому періоді спостерігалось зменшення вестибулярних проявів захворювання після запропонованої комплексної терапії у 66,7 % пацієнтів і у 20 % хворих після медикаментозного лікування.

2. Доведено, що комплексна терапія хвороби Мен'єра з пролонгованою тимпаностомією мала найбільший позитивний вплив на слухову функцію, що проявлялося у найближчому періоді після лікування (через 3 міс.) достовірним зниженням середніх порогів слуху по повітряній провідності на $(18,60 \pm 1,10)$ дБ ($p < 0,05$) у порівнянні з класичною медикаментозною терапією (відповідно зниження порогів на $(11,97 \pm 1,80)$ дБ ($p < 0,05$)). У віддаленому періоді позитивна динаміка слуху відмічалася лише після комплексної терапії і зниження середніх порогів складало $(17,70 \pm 1,00)$ дБ ($p < 0,05$), між тим, у пацієнтів після медикаментозної терапії відмічалось суттєве підвищення порогів слуху практично до початкового рівня.

3. Показано, що поряд з покращенням слуху спостерігалось достовірне поліпшення функції статичної і динамічної рівноваги та показників експериментального ністагму, скорочення тривалості сенсорної та вираженості вегетативної реакції у всіх групах хворих. При цьому більш виражені зміни показників спостерігалися у пацієнтів, що отримали курс комплексної терапії з пролонгованою тимпаностомією. У хворих після медикаментозної терапії у віддаленому періоді визначено погіршення показників вестибулярної функції практично до початкового рівня (рівня перед початком лікування). У пацієнтів, що отримали комплексне лікування з пролонгованою тимпаностомією відмічалася стійка позитивна динаміка у часовому аспекті з боку вестибулярного аналізатора. Зокрема, індекс кефалографії після комплексної терапії змінювався з $(5,25 \pm 0,30)$ ум. од. до $(3,55 \pm 0,10)$ ум. од. ($p < 0,05$), на відміну від хворих після медикаментозного лікування з $(5,12 \pm 0,30)$ ум. од. до $(5,02 \pm 0,30)$ ум. од. ($p > 0,1$), у яких достовірного поліпшення не відмічалось.

4. Запропонована схема комплексної оцінки якості життя хворих на хворобу Мен'єра, що включала розробку протоколу дослідження (визначення мети, критеріїв виключення хворих з дослідження, розробка клінічної карти хворого та таблиці обліку даних); вибір інструмента дослідження (опитувальника) та

його модифікація щодо даного захворювання; інтерв'ювання хворих; шкалування опитувальника і формування бази даних; статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію результатів дослідження.

5. Оцінка якості життя пацієнтів з хворобою Мен'єра у часовому аспекті виявила, що через 3 місяці після лікування відбулося достовірне покращення якості життя у всіх групах хворих, а саме, рівень здоров'я пацієнтів після запропонованої комплексної терапії з пролонгованою тимпаностомією склав (149,82±7,41) бали, а після класичної медикаментозної терапії всього (118,35±6,83) бали ($p<0,05$). Результати досліджень соціологічних показників пацієнтів з хворобою Мен'єра у віддаленому періоді свідчать про досить високий рівень здоров'я за показниками якості життя у хворих після комплексної терапії ((130,68±5,51) бали) ($p<0,05$), на відміну від якості життя хворих після медикаментозної терапії ((77,78±6,78) бали), у яких показники знизилися майже до вихідного рівня (рівня до лікування).

6. Запропонований новий спосіб сучасної комплексної терапії пацієнтів з хворобою Мен'єра, що включав медикаментозну терапію, метод пневмомасажу вікон лабіринта з пролонгованою тимпаностомією та кінезітерапію, який дозволив підвищити ефективність лікування захворювання.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Пацієнтам з хворобою Мен'єра рекомендується проводити лікування запропонованим методом комплексної терапії із застосуванням медикаментозного лікування, пневмомасажу вікон лабіринта, пролонгованої тимпаностомії та кінезітерапії.

Пацієнтам з хворобою Мен'єра доцільно проводити оцінку якості життя до та після лікування, яка може бути одним із критеріїв ефективності проведеного лікування, прогностичною ознакою для перебігу захворювання, критерієм вибору між подальшим проведенням консервативного чи хірургічного методів лікування.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Міжнародні наукометричні бази та іноземні видання:

1. Шевченко Т.А. Немедикаментозная терапия болезни Мен'єра / Т.А. Шевченко, О.Н. Борисенко // *Folia Otorhinolaryngologiae*. – 2013. - № 3. – С. 15-19. *(Особисто здобувачем проведено відбір хворих, клінічні дослідження та статистичну обробку отриманих результатів)*
2. Шевченко Т.А. Состояние вестибулярной функции у пациентов с болезнью Мен'єра до и в отдаленном периоде после лечения / Т.А. Шевченко, О.Н. Борисенко // *Folia Otorhinolaryngologiae*. – 2014. - № 1. – С. 30-35. *(Особисто здобувачем проведено відбір хворих, клінічні дослідження та статистичну обробку отриманих результатів)*

3. Шевченко Т.А. Состояние вестибулярной функции у пациентов с болезнью Меньера до и в ранние сроки после лечения / Т.А. Шевченко // Ученые записки. – 2014. - № 4. – С. 35-39. *(Особисто здобувачем проведено відбір хворих, клінічні дослідження та статистичну обробку отриманих результатів)*

Фахові видання:

4. Шевченко Т.О. Сучасні погляди на ефективність лікування пацієнтів з хворобою Меньера з точки зору якості життя / Т.О. Шевченко // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2014. - № 6. – С. 23-31. *(Особисто здобувачем проведено відбір хворих, клінічні дослідження та статистичну обробку отриманих результатів).*

5. Шевченко Т.О. Слухова дисфункція у пацієнтів з хворобою Меньера до та після лікування / Т.О. Шевченко // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2015. - № 1. – С. 21-27. *(Особисто здобувачем проведено відбір хворих, клінічні дослідження та статистичну обробку отриманих результатів).*

6. Шевченко Т.О. Вплив пролонгованої тимпаностомії на вестибулярну функцію при хворобі Меньера / Т.О. Шевченко, О.М. Борисенко // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2015. - № 5. – С. 39 - 48. *(Особисто здобувачем проведено відбір хворих, клінічні дослідження та статистичну обробку отриманих результатів).*

Патенти та авторські свідоцтва:

7. Патент 73224 Україна, МПК (2012) А61Н 9/00. Спосіб лікування пацієнтів з хворобою Меньера / Т.О. Шевченко, О.М. Борисенко. - № 73224; заявл. 12.04.2012; опубл. 10.09.2012, Бюл. № 17 (Особисто дисертантом проведено аналіз літератури, обстеження та відбір хворих, формулювання формули винаходу).

Тези:

8. Шевченко Т.О. Пневмомасаж вікон лабіринта у лікуванні хвороби Меньера та його вплив на якість життя пацієнтів / Т.О. Шевченко, О.М. Борисенко // Матеріали второй конференции украинской ассоциации отиатров, отонейрохирургов и отоневрологов. – Киев, 13-14 сентября 2012. – С. 35-36.

9. Шевченко Т.А. Состояние слуховой и вестибулярной функции у пациентов с болезнью Меньера до и после лечения / Т.А. Шевченко, О.Н. Борисенко // Матеріали 5-го национального конгресса аудиологов и 9-го международного симпозиума «Современные проблемы физиологии и патологии слуха». – Суздаль, 14-16 мая 2013г. – С. 223-224.

10. Шевченко Т.О. Пролонгована тимпаностомія у лікуванні хвороби Меньера. / Т.О. Шевченко // Матеріали традиційної осінньої конференції Українського наукового медичного товариства оториноларингологів „Сучасні методи діагностики та лікування хронічних запальних захворювань верхніх дихальних шляхів та вуха”. – Дніпропетровськ, 12-13 жовтня 2015. – С. 187.

АНОТАЦІЯ

Шевченко Т.О. Обґрунтування сучасної комплексної терапії хвороби Мен'єра. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.10.19 – оториноларингологія. – ДУ „Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України”. – Київ, 2016.

Дисертація присвячена проблемі підвищення ефективності лікування пацієнтів з хворобою Мен'єра на основі наукового обґрунтування комплексної терапії з використанням пневмомасажу вікон лабіринта, пролонгованої тимпаностомії та кінезітерапії.

У дисертації на основі порівняння результатів клінічного, психоакустичного, вестибулометричного, соціологічного досліджень пацієнтів з хворобою Мен'єра вирішена важлива науково-практична задача: обґрунтована перевага комплексної терапії при хворобі Мен'єра над медикаментозним лікуванням.

Проведено обстеження та лікування 90 пацієнтів з хворобою Мен'єра за різними методами: медикаментозним, комплексним, комплексним з пролонгованою тимпаностомією. Оцінені результати ефективності лікування у різні строки: ранні (через 3 місяці) та віддалені (через 12-18 місяців).

При порівнянні результатів медикаментозного і комплексного лікування виявлено, що у ранні строки після лікування клінічні, аудіологічні, вестибулометричні та соціологічні дані свідчили про достовірну ефективність всіх видів лікування. Але найбільш виражені показники ефективності виявлені у хворих після комплексної терапії з пролонгованою тимпаностомією.

Разом з тим, після медикаментозного лікування відбувалося істотне погіршення показників клінічної ефективності, слухової, вестибулярної функції та погіршення якості життя хворих у віддаленому періоді практично до вихідного рівня (рівня перед початком захворювання). В той час, як після комплексної терапії ці показники залишалися достовірно високими у порівнянні з рівнем до лікування. Особливо це стосувалося комплексної терапії з пролонгованою тимпаностомією.

Обґрунтовано і впроваджено в клінічну практику ефективний комплексний метод лікування пацієнтів з хворобою Мен'єра.

Ключові слова: хвороба Мен'єра, медикаментозне лікування, комплексна терапія, пневмомасаж вікон лабіринта, пролонгована тимпаностомія, кінезітерапія

АННОТАЦИЯ

Шевченко Т.А. Обоснование современной комплексной терапии болезни Мен'єра. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.10.19 – оториноларингология. – ГУ „Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины”, Киев, 2016.

Диссертация посвящена проблеме повышения эффективности лечения пациентов с болезнью Мен'єра на основании научного обоснования

комплексной терапии с использованием пневмомассажа окон лабиринта, пролонгированной тимпаностомии и кинезитерапии.

В диссертации на основании сравнения клинического, психоакустического, вестибулометрического, социологического исследований пациентов с болезнью Меньера решена важная научно-практическая задача: обосновано преимущество комплексной терапии при болезни Меньера над медикаментозным лечением.

Проведено обследование и лечение 90 пациентов с болезнью Меньера. Больные были распределены на 3 группы по 30 человек, в которых применялись различные методы лечения заболевания: медикаментозная, комплексная и комплексная с пролонгированной тимпаностомией.

Курс медикаментозной терапии включал препараты, которые имели вазоактивное, метаболическое, противоотечное, дегидратационное действие, влияли на мозговое кровообращение.

В состав комплексной терапии, кроме основного медикаментозного лечения, входили пневмомассаж окон лабиринта и кинезитерапия. Пневмомассаж проводился с помощью отологического устройства Meniett. Аппарат подавал импульсы низкого давления к окнам лабиринта. Для транстимпанальной передачи импульсов низкого давления в барабанную перепонку устанавливали вентиляционную трубку (шунт). После окончания курса пневмомассажа окон лабиринта шунт удалялся из барабанной перепонки. Вестибулярная реабилитация проводилась пациентами в течение 2 месяцев.

Пациентам 3-й группы проводилось современное комплексное лечение с пролонгированной тимпаностомией, включавшее медикаментозную терапию, пневмомассаж окон лабиринта в течение 10 дней и курс разработанной нами кинезитерапии (вестибулярной реабилитации) в течение 2 месяцев. В отличие от пациентов второй группы, больным 3-й группы тимпаностомическая трубка не удалялась после окончания лечения, а оставалась в барабанной перепонке в течение 6 месяцев.

Оценка эффективности лечения проводилась в разные сроки: ранние (через 3 месяца после терапии) и поздние (через 12-18 месяцев).

При сравнении результатов медикаментозного и комплексного лечения выявлено, что в раннем периоде после лечения клинические, аудиологические, вестибулометрические и социологические показатели свидетельствовали о достоверной эффективности всех видов терапии. Однако, наиболее выраженная позитивная динамика отмечалась у больных после проведенной комплексной терапии с пролонгированной тимпаностомией.

Вместе с тем установлено, что после медикаментозной терапии отмечалось существенное ухудшение клинической симптоматики заболевания, показателей слуховой и вестибулярной функции и ухудшение качества жизни пациентов практически до исходного уровня (уровня перед началом лечения) в отдаленном периоде наблюдений. В то время как после комплексной терапии эти показатели оставались на высоком уровне. Особенно это характерно для комплексной терапии с пролонгированной тимпаностомией.

Обосновано и введено в клиническую практику новый эффективный метод комплексной терапии болезни Меньера.

Ключевые слова: болезнь Меньера, медикаментозное лечение, комплексная терапия, пневмомассаж окон лабиринта, пролонгированная тимпаностомия, кинезитерапия.

SUMMARY

Shevchenko T.O. Substantiation of the modern complex therapy of patients with Meniere disease. – Manuscript.

Scientific thesis for the degree of the Candidate of Medical Science, specialty - 14.10.19 – Otorhinolaryngology. – The SI “Institute of Otolaryngology named after prof. O.S. Kolomiychenko of National Academy of Medical Science of Ukraine”, – Kyiv, 2016.

The thesis is dedicated to the problem of increasing the treatment efficiency of the patients with Meniere disease on the base of scientific substantiation of complex therapy using the pneumomassage of labyrinthine windows, prolonged tympanostomy and kinesitherapy.

On the ground of comparative results of clinical, psychoacoustic, vestibular, sociological study of patients with Meniere disease is solved an actual scientific and practical problem: substances advantage of complex management of Meniere disease over the drug therapy.

90 patients with Meniere disease were studied depending of different methods of treatment: drug therapy, complex management, complex with prolonged tympanostomy. Estimated results of treatment efficiency in different terms: early (in 3 months) and late follow up (in 12-18 months) were evaluated.

Comparing results of drug therapy and complex treatment revealed that in early terms clinical, audiological, vestibular and sociological data shown reliable effectiveness of all type of treatment. But the most pronounced performance indicators identified in patients after complex therapy with prolonged tympanostomy.

The late follow up results of conducted treatment of patients with Meniere disease were studied. After drug therapy the significant decrising of indicators of clinical performance, hearing, vestibular function and aggravation of quality life of patients was noted almost to the initial level (level before treatment). At the same time, after complex therapy these indicators remain significantly high in comparing with level before treatment. This is especially concern to complex therapy with prolonged tympanostomy.

Justified and implemented into clinical practice effective complex method of treatment of Meniere disease.

Key-words: Meniere disease, drug therapy, complex therapy, pneumomassage of labyrinthine windows, prolonged tympanostomy and kinesitherapy.

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ І УМОВНИХ ПОСИЛАНЬ

- ВДФ - вестибулярна дисфункція
ШПФ - швидкість повільної фази ністагму
МРТ - магнітно-резонансна томографія
ВВР - вестибуло-вегетативна реакція