

group in 32 (26.7%) people, in the second in 30 (25.0%) patients. Fundus atrophy was observed in 8 (6.7%) patients of the first group and 5 (4.2%) people of the second group. By overcoming *H. pylori* resistance to antibiotics (to clarithromycin) by optimizing the classical three-component scheme with the replacement of clarithromycin with josamycin and the addition of probiotic to the approved schemes leads to an increase in the effectiveness of anti-*Helicobacter* treatment. This fact in this study is clearly demonstrated when comparing the dynamics of endoscopic and histo-morphological pictures of the gastric mucosa and 12 – duodenum in patients of both study groups.

Conclusion. The replacement of clarithromycin with josamycin in the classical three-component antihelicobacter scheme leads to a significant improvement in endoscopic and morphological parameters in patients suffering from gastric ulcer and 12-duodenal ulcer associated with *H. pylori* infection.

Key words: *Helicobacter pylori*, eradication therapy, clarithromycin, josamycin.

Рецензент – проф. Дудченко М. О.

Стаття надійшла 04.10.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-1-153-69-72

УДК 616.283.1-089.168.1:614.2

Асланов П. Р.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ДВУСТОРОННИМ ТЯЖЕЛЫМ НАРУШЕНИЕМ СЛУХА ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Азербайджанский Государственный Институт

Усовершенствования врачей им. А. Алиева (г. Баку, Азербайджан)

nauchnayastatya@yandex.ru

Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами. Данная работа является фрагментом выполняемой диссертации на соискание ученой степени доктора философии по медицине «Оценка влияния кохлеарной имплантации на качество жизни у пациентов с тяжелыми нарушениями слуха».

Вступление. В настоящее время кохлеарная имплантация (КИ) является наиболее эффективным методом реабилитации больных, страдающих тугоухостью высокой степени и глухотой. Эффективность КИ, как у взрослых, так и у детей подтверждена многочисленными исследованиями [1,2,3].

Качество жизни определяется «физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни пациента, имеющими для него важное значение существования и непосредственно на него влияющими». Данная формулировка основана на многоуровневом определении здоровья, предложенном ВОЗ, и представляет здоровье как «состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствия заболеваний или недомогания». Существует разделение понятий «качество жизни» – QoL (Quality of Life) и «качество жизни, связанное с состоянием здоровья» – HR-QoL (Health Related Quality of Life). Итогом активной работы международных исследовательских групп стал консенсус, касающийся стандартизированного изучения мнений пациентов о своем здоровье как мониторинга результатов усилий здравоохранения [4,5,6].

Удобным инструментом в достижении данной цели является анкетирование. Основные аспекты, составляющие понятие здоровья, обязательно должны быть учтены в вопросах, включенных в анкеты. Одним из наиболее распространенных опросников является Glasgow Benefit Inventory (GBI), который специально составлен для использования у больных с патологией ЛОР-органов после проведенного хирургического лечения. GBI был разработан К. Robinson и соавт. [7] в 1996 г. Он состоит из 18 вопросов, каждый из которых предполагает пять возможных вариантов ответа, известных как «шкала

Ликерта», с пятью градациями, начиная от большого изменения в худшую сторону до большого изменения в лучшую сторону. Вопросник имеет 3 раздела: 12 вопросов относительно общих факторов, 3 вопроса относительно социальной поддержки, 3 вопроса относительно физического здоровья. Учитывая, что пациенты детского возраста имеют определенную специфику, им предлагают использовать модификацию опросника – Glasgow Children Benefit Inventory (GCBI) [8], в которую включены вопросы, оценивающие также эмоциональное состояние ребенка и способность к обучению. Заполнение анкеты проводится официальным представителем пациента. Высокая чувствительность GBI и GCBI в отношении эффективности хирургического лечения в оториноларингологии определяет его успешное использование при проведении реабилитации с применением имплантационных технологий у пациентов с различными видами нарушения слуха – кохлеарной имплантации [9,10,11].

Цель исследования – оценка качества жизни у детей с двусторонней нейросенсорной тугоухостью III-IV степени после односторонней кохлеарной имплантации.

Объект и методы исследования. Анкетирование проведено среди пациентов, которые КИ более 6 мес., большинство из них с двусторонней перцептивной (нейросенсорной) тугоухостью III-IV степени вследствие врожденного порока развития внутреннего уха. Для этого потребовался адаптированный перевод варианта опросников Glasgow Benefit Inventory (GBI) и Glasgow Children Benefit Inventory (GCBI) на азербайджанском языке. Для этого, GBI и GCBI выполнена процедура «прямого – обратного перевода».

Результаты исследований и их обсуждение. Обследовано 87 пациентов в возрасте от 1 до 12 лет (средний возраст $2,4 \pm 1,2$) года с диагнозом «двусторонняя хроническая нейросенсорная потеря слуха IV степени, пограничная с глухотой, состояние после односторонней кохлеарной имплантации». Лица женского пола составили 58,6% (51 человек),

мужского – 41,4% (36 человек) от общего количества отобранных больных. Продолжительность периода глухоты в среднем составила $(5,2 \pm 1,7)$ года (от 6 мес. до 10 лет).

Обследуемые пациенты были разделены на две группы: группа 1: взрослые (старше 5 лет, 40 человек) и группа 2: дети (1-5 лет, 47 человек), внутри которой выделено две подгруппы. В первую подгруппу (А) вошли дети, не имеющие расстройства психологического развития (31 человек), способные самостоятельно, без активного участия родителей, ответить на вопросы по КЖ и эффективности использования речевого процессора кохлеарного импланта. Вторую подгруппу (Б) представляли дети (16 человек) с общими расстройствами психологического развития, которые в силу указанных обстоятельств не способны оценить собственное качество жизни, а в оценке эффективности функционирования кохлеарного импланта им активно помогали родители или опекуны.

В качестве контрольной группы для оценки эффективности используемых методов диагностики обследованы пациенты (20 человек) в возрасте от 2 до 15 лет, без патологии слуха.

При детальном сборе анамнеза, а также данных инструментальных методов исследования в 88,5% случаев (78 человек) удалось установить этиологию тугоухости: врожденной тугоухостью, развившейся вследствие перенесенной внутриутробной инфекции, страдали 18 (20,7%) пациентов; наследственная патология выявлена у двух пациентов (2,3%); внутричерепная родовая травма явилась причиной развития тугоухости у 10 (11,5%) пациентов; гемолитическая болезнь новорожденного ассоциирована с развитием тугоухости в 4,6% случаев (4 пациента); ототоксическое действие антибиотиков установлено в 24,2% случаев (21 человек); тугоухость сосудистого генеза диагностирована у 9 (10,3%) больных; улитковые аномалии как причина развития глухоты имел место в 5,7% случаев (5 человек); тугоухость, развившаяся вследствие черепно-мозговой травмы, выявлена у 6 (6,9%) больных; менингит стал причиной развития глухоты в 3,5% случаев (3 пациента).

На долю прелингвальных (тугоухость, возникшую до периода формирования речи) пациентов пришлось 40 (46%), на долю постлингвальных (тугоухость, возникшую после того, как речь была сформирована) – 47 участников исследования (54%).

Исследование проводили в три этапа: во время активации речевого процессора КИ, через 3 и через 9 месяцев после этого. Всем пациентам выполнялись: стандартная настройка речевого процессора кохлеарного импланта, тональная пороговая аудиометрия в СЗП и речевая аудиометрия с использованием словесных артикуляционных таблиц. Пациентам группы I, а также группы II А, в три этапа предлагалось письменное анкетирование с применением общего опросника по качеству жизни SF-36, адаптированного на азербайджанский язык. Ввиду наличия у представителей подгруппы II Б сопутствующего заболевания в виде расстройства психологического развития, данный опросник им не предлагался. Кроме того, на втором и третьем этапах пациентам вышеуказанных групп предлагали письменное анкетирование с использованием специфического опросника по качеству жизни «Индекс функционирования кохле-

арного импланта» (ИФКИ) (Cochlear Implant Function Index (CIFI)), переведенного на азербайджанский язык специалистами кафедры и РДЦ г. Баку. Законным представителям пациентов подгруппы II Б на втором и третьем этапах предлагалось анкетирование с использованием переведенной на азербайджанский язык и адаптированной версии специфического опросника «Шкала слуховой интеграции» (Meaningful Auditory Integration Scale (MAIS)) и ИФКИ.

Обнаружено, что уровень качества жизни пациентов в исследуемых группах по всем тестируемым шкалам был выше среднего (50% и более), при этом по большинству шкал находился ниже контрольных значений. Зарегистрированы статистически значимые различия между показателями пациентов группы I и подгруппы II А (взрослые дети, которые были способные самостоятельно оценить качество жизни) в отношении шкал «эмоциональное состояние» ($p < 0,01$) и «общее состояние здоровья» ($p < 0,05$).

Закреплены статистически значимые различия при сравнении показателей шкал между группой I (взрослые пациенты) и контрольной группой в отношении шкал «физическое функционирование» ($p < 0,05$) и «социальное функционирование» ($p < 0,01$). Сравнение показателей подгруппы II А (дети, способные самостоятельно оценить качество жизни) и группы контроля выявило статистически значимые различия, как и в первой группе в отношении шкал «физическое функционирование» ($p < 0,01$) и «эмоциональное состояние» ($p < 0,05$).

Через 3 месяца после активации речевого процессора системы кохлеарной имплантации оценивалось качество жизни респондентов группы I и подгруппы II А в динамике путем письменного анкетирования с использованием опросника SF-36. Однако при сравнении результатов анкетирования в динамике в I и II А подгруппе в двух связанных выборках не было выявлено статистически значимых различий при оценке всех шкал опросника.

Через 9 месяцев после активации речевого процессора кохлеарного импланта отмечалось улучшение показателей шкал анкеты SF-36 во всех исследуемых группах. Полученные данные свидетельствуют об улучшении показателей шкал анкеты SF-36 во всех исследуемых группах. При сравнении результатов анкетирования в динамике в группе I в двух связанных выборках выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) в подсчете показателей шести из восьми шкал опросника: шкал «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование», «эмоциональное состояние», «социальное функционирование», а также шкалы боли.

При сравнении результатов анкетирования в динамике в подгруппе II А в двух связанных выборках зафиксированы статистически значимые различия показателей пяти из восьми шкал опросника: шкал «ролевое физическое функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование», «социальное функционирование», шкал жизнеспособности и боли. Зарегистрированы статистически значимые различия ($p < 0,05$) между показателями группы I и подгруппы II А в отношении шкалы жизнеспособности и шкалы «общее состояние здоровья». При сравнении показателей шкал опросника в динамике

в групі контролю в двох зв'язаних виборках статистично значимих різниць не отримано.

Помімо анкети SF-36 всім пацієнтам групи I і підгрупи II А, а також родителям (опекунам) пацієнтів підгрупи II Б через 3 і 9 місяців після активації речевого процесора системи КІ пропонувався анкету ІФКІ. Незважаючи на те, що через 3 місяці показники анкети знаходяться на низькому рівні по всім розглянутим шкалам, однак через 9 місяців відзначається покращення, що відбито в статистичній обробці результатів. При цьому найменші результати зафіксовані в підгрупі II Б. Низький результат у всіх групах може бути обумовлений непродовжальним досвідом використання речевого процесора (3 і 9 місяців). Незважаючи на це, максимальне значення зафіксовано при аналізі показників ефективності функціонування системи кохлеарної імплантації в відношенні шкали «комунікація на школі» у всіх досліджуваних групах. Крім того, зафіксовано статистично значиме збільшення в відношенні показника «можливість спілкування по телефону» в I групі пацієнтів, «використання візуального підкріплення» – при аналізі показників пацієнтів II Б підгрупи.

Оскільки пацієнти підгрупи II Б були не в стані оцінити якість життя самостійно внаслідок наявності супутньої патології, їх батькам в динаміці помімо анкети «Індекс функціонування кохлеарного імплантата» пропонувався анкету «Шкала слухової інтеграції». Слід зазначити, що результати проведеного анкетування в досліджуваній групі були достатньо високими як через 3 місяці після активації РП системи КІ, так і через 9 місяців. Ураховуючи, що максимальна сума балів опросника становить 45, показники

коливалися від 15 до 25 через 3 місяці, і від 20 до 45 через 9 місяців.

При порівнянні показників, отриманих в процесі опитування батьків (опекунів) пацієнтів підгрупи II Б, виявлено кореляцію між показниками анкет «Індекс функціонування кохлеарного імплантата» і «Шкала слухової інтеграції» по шкалам «сприйняття мови в умовах фонового шуму» ($p = 0,02$) і «комунікація на школі» ($p = 0,001$).

Висновки. У дітей після імплантації найбільш виражені показники здатності до навчання і показники емоційного стану. Великий оптимізм в даному питанні проявляють батьки оперированих дітей. Аналізуючи показники різних розділів опросників для окремих пацієнтів, можна зазначити, що в більшості випадків отримані дані мають симетричну направленість. Використання GBI і GCVI показало високу ефективність, обумовлену схожістю змін рівня показників в різних групах пацієнтів, відповідністю отриманих даних очікуванням і результатам інших досліджень з оригінальним варіантом опросників, а також верифікацією за допомогою прямого – зворотного перекладу і високою ступенем внутрішньої узгодженості показників по результатам статистичної обробки даних.

Оцінка результатів анкетування з використанням GBI і GCVI показала, що кохлеарна імплантація надає сприятливий вплив на якість життя пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень. Планується подальше вивчення методів лікування двосторонньої нейросенсорної тугоухості III-IV ступеня у дітей.

Література

1. Dajhes NA. Rukovodstvo po audiologii i sluhoprotezirovaniju. Pod obshh. red. Pjatkovskogo JaB. M.: Medicinskoje informacionnoje agentstvo; 2009. 240 s. [in Russian].
2. Koroleva IV. Kohlearnaja implantacija gluhih detej i vzroslyh. SPb.: Karo; 2009. 752 s. [in Russian].
3. Staroha AV, Davydov AV. Kohlearnaja implantacija – perspektivnoje napravlenie sluhoprotezirovanija. Bjull. Sib. med. 2004;4:34-8. [in Russian].
4. Tavartkiladze GA. Rukovodstvo po klinicheskoj audiologii. M.: Medicina; 2013. [in Russian].
5. Hager A. Cochlear implantation in fractured inner ears. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;4(40):281-7.
6. World Health Organization. The First Ten Years of the World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1958.
7. Robinson K, Gatehouse S, Browning G. Measuring patient benefit from otorhinolaryngological surgery and therapy. Annals of Otolaryngology and Laryngology. 1996;105(6):415-22. DOI: 10.1177/000348949610500601
8. Kubba H, Swan IR, Gatehouse S. The Glasgow Children's Benefit Inventory: a new instrument for assessing health-related benefit after an intervention. Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology. 2004;113(12):980-6. DOI: 10.1177/000348940411301208
9. Peasgood A, Brookes N, Graham J. Performance and benefit as outcome measures following cochlear implantation in nontraditional adult candidates: a pilot study. Cochlear Implants International. 2003;4(4):171-90. DOI: 10.1179/cim.2003.4.4.171
10. Dutt S, McDermott AL, Jelbert A, Reid A, Proofs D. The Glasgow benefit inventory in the evaluation of patient satisfaction with the bone-anchored hearing aid: quality of life issues. Journal of Laryngology. and Otolaryngology. 2002;116(528):7-14. DOI: 10.1258/0022215021911284
11. De Wolf M, Hole M, Mylanus E, Snick A, Cremers C. Benefit and quality of life after bone anchored hearing aid fitting in children with unilateral or bilateral hearing impairment. Archives of Otolaryngology, Head and Neck Surgery. 2011;137(2):130-8. DOI: 10.1001/archoto.2010.252

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ З ДВОСТОРОННІМ ВАЖКИМ ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ ПІСЛЯ КОХЛЕАРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

Асланов П. Р.

Резюме. Були застосовані азерифіковані опитувальники Glasgow Benefit Inventory і Glasgow Children Benefit Inventory. Анкетування проведено серед пацієнтів з двосторонньою нейросенсорною тугоухістю III-IV ступеня. Дослідження носило багатодієвий характер, в ньому взяли участь 87 пацієнтів. Отримані результати показали високу ефективність реабілітації за допомогою імплантованих систем кісткового звукопроведення у вибраній категорії пацієнтів. Особливо значуще поліпшення якості життя відзначено в дитячому віці. Особливості отриманих даних і статистичні показники дали можливість валідувати азербайджанську версію Glasgow Benefit Inventory і Glasgow Children Benefit Inventory.

Ключові слова: якість життя, опитувальники, імплантація, тугоухість.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ДВУСТОРОННИМ ТЯЖЕЛЫМ НАРУШЕНИЕМ СЛУХА ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Асланов П. Р.

Резюме. Были применены азербайджанские опросники Glasgow Benefit Inventory и Glasgow Children Benefit Inventory. Анкетирование проведено среди пациентов с двусторонней нейросенсорной тугоухостью III-IV степени. Исследование носило многоцентровой характер, в нем приняли участие 87 пациентов. Полученные результаты показали высокую эффективность реабилитации при помощи имплантируемых систем костного звукопроводения у выбранной категории пациентов. Особенно значимое улучшение качества жизни отмечено в детском возрасте. Особенности полученных данных и статистические показатели дали возможность валидизировать азербайджанскую версию Glasgow Benefit Inventory и Glasgow Children Benefit Inventory.

Ключевые слова: качество жизни, опросники, имплантация, тугоухость.

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH BILATERAL SEVERE HEARING IMPAIRMENT AFTER COCHLEAR IMPLANTATION

Aslanov P. R.

Abstract. Goal. Assessment of quality of life in children with bilateral sensorineural hearing loss of III-IV degree after unilateral cochlear implantation.

Methods. The survey was conducted among patients who CI more than 6 months, most of them with bilateral perceptive (sensorineural) hearing loss of III-IV degree due to congenital malformation of the inner ear. This required an adapted translation of the Glasgow Benefit Inventory (GBI) and Glasgow Children Benefit Inventory (GCBI) questionnaires in Azerbaijani. For this, GBI and GCBI performed the procedure of «forward-reverse translation».

Results. 87 patients aged from 1 to 12 years (average age $2,4 \pm 1,2$) years) with the diagnosis “bilateral chronic sensorineural hearing loss of IV degree, borderline with deafness, condition after unilateral cochlear implantation” were examined. Women accounted for 58.6% (51 people), men – 41.4% (36 people) of the total number of selected patients. The duration of the period of deafness on average was (5.2 ± 1.7) years (from 6 months. up to 10 years).

The study was carried out in three stages: during the activation of the speech processor CI, 3 and 9 months after that. All patients underwent: standard tuning of the cochlear implant speech processor, tonal threshold audiometry in NWP and speech audiometry using verbal articulation tables.

It was found that the level of quality of life of patients in the study groups for all tested scales was above average (50% or more), while the majority of scales was below the control values. There were statistically significant differences between the indicators of patients of group I and subgroup II A (adult children who were able to independently assess the quality of life) in relation to the scales “emotional state” ($p < 0.01$) and “General health” ($p < 0.05$).

Statistically significant differences were recorded when comparing the indicators of scales between group I (adult patients) and the control group with respect to the scales “physical functioning” ($p < 0.05$) and “social functioning” ($p < 0.01$). Comparison of indicators of subgroup II A (children able to independently assess the quality of life) and the control group revealed statistically significant differences, as in the first group with respect to the scales “physical functioning” ($p < 0.01$) and «emotional state» ($p < 0.05$). When comparing the results of the questionnaire in dynamics in group I in two related samples, statistically significant differences ($p < 0.05$) were revealed in the calculation of indicators of six of the eight scales of the questionnaire: the scales «physical functioning», «role physical functioning», «role emotional functioning», «emotional state», «social functioning», as well as the scales of pain.

When comparing the indicators obtained in the survey of parents (guardians) of patients of subgroup II B, a correlation between the indicators of questionnaires “cochlear implant functioning Index” and “auditory integration Scale” on the scales “speech perception in the background noise” ($p = 0.02$) and “communication at school” ($p = 0.001$) was revealed.

Conclusion. Evaluation of the survey results using GBI and GCBI showed that cochlear implantation has a beneficial effect on the quality of life of patients.

Key words: quality of life, questionnaires, implantation, hearing loss.

Рецензент – проф. Безшапочний С. Б.

Стаття надійшла 02.10.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-1-153-72-75

УДК 616.61.-092.9-001.17

Бондаренко В. В., Стебловський Д. В., Яценко І. В., Іваницька О. С., Іваницький І. О.

ЗМІНИ ОКИСНОГО ФОСФОРИЛЮВАННЯ В ТКАНИНАХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ПРИ ГОСТРОМУ ОПІКОВОМУ ШОЦІ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

steblovskidmitri@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Стаття є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава) за темою «Діагностика, хірургічне та медикаментоз-

не лікування пацієнтів з травмами, дефектами та деформаціями тканин, запальними процесами щелепно-лицевої ділянки (державний реєстраційний №: 0119U102862).

Вступ. Зростання частоти опіків та летальності серед опечених відмічається в багатьох державах світу. Згідно даним ВОЗ опіки займають третє місце,