

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 616.28-008.14+616.71-007.1-07

Александрук Н.В.

Комплексна терапія сенсоневральної приглухуватості

Кафедра оториноларингології, офтальмології з курсом хірургії голови і шиї

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

naleksandruk@ukr.net

Резюме: У статті наведено дані останніх років щодо поширення препарату Гінкго Білоба в оториноларингологічній практиці. Описані механізми дії: вазопрогекторні, антиоксидантні, реологічні, протинабрякові та інші властивості препарату. Висвітлено ефективність використання Гінкго Білоба в комплексній терапії сенсоневральної приглухуватості в дітей. Отримані результати свідчать про підвищення ефективності лікування та перспективи використання Гінкго Білоба з метою покращення програм лікування порушення слуху у дітей.

Ключові слова: Гінкго Білоба, сенсоневральна приглухуватість, аудіометрія.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Сенсоневральна приглухуватість - це збірне поняття, що включає пошкодження нейросенсорних структур звукового аналізатора, починаючи від волоскових клітин спірального органу і закінчуючи його кірковим відділом [3].

Захворювання органу слуху у дітей, які супроводжуються навіть незначною стійкою приглухуватістю, за рахунок недостатності поступлення звукової інформації, ускладнюють процес навчання, і це відбивається на формуванні мови та психоемоційному розвитку дитини. Причини сенсоневральної приглухуватості у дітей різноманітні. У більшості дітей вони виникають внаслідок перенесеного грипу, ГРВІ, нейроінфекції, паротиту, гемолітичної жовтяниці та інших дитячих інфекцій, при нерациональному застосуванні ототоксичних антибіотиків, при травматичних пошкодженнях, при спадкових захворюваннях (незавершений остеогенез) [3,5].

Така багатогранність етіологічних чинників лежить в основі змін судин дрібного калібру, що приводять до розладу мікроциркуляції в системі лабіринтної артерії та артеріях головного мозку. Все це призводить до дефіциту кисню, поживних речовин, іонного та кислотно-основного дисбалансу на тому чи іншому рівні слухового аналізатора. При цьому створюються умови для розвитку набряку ендотелію капілярів, стазу, дрібних вогнищевих крововиливів в перилімфатичному просторі та за ходом стовбуру слухового нерва. В ендолімфі завитка знижується активність дихальних ферментів у волоскових клітинах, виникає гіпоксія тканин завитка, різко зменшується вміст ацетилхоліну в лабіринтній рідині, внаслідок чого настає блок синаптичної передачі. Виникають дегенеративні зміни у внутрішньому вусі, некроз слухових клітин з наступним фіброзом і осифікацією його просторів, особливо у базальній частині завитка [5,6].

При лікуванні дітей з нейросенсорним порушенням слуху застосовують лікарські середники, які зменшують токсичну дію на лабіринт, нормалізують кровообіг у лабіринті і мозку, ліквідують блок синаптичної передачі за допомогою антихолінестеразних речовин, сприяють покращенню або відновленню обмінних процесів [2,3,4,5,6].

Препарати Гінкго Білоба, Вітабаланс 2000, лецетин відкривають нові можливості у лікуванні сенсоневральної приглухуватості. Гінкго Білоба - це препарат, що містить сухий екстракт листків східноазійського дерева гінкго двоходьового із високим ступенем біодоступності. Препарат має вазопрогекторну дію, нормалізує тиск артерій і вен, знімає ангіоспазм, зменшує проникність капілярів, збільшує засвоєння мозком кисню та глюкози, підвищує вміст АТФ в нервових клітинах. Гінкго покращує мозковий та збільшує периферичний кровотік. Володіє антиоксидантними властивостями, збільшує кількість М-холінорецепторів у корі

головного мозку, зменшує набряк тканин мозку та лабіринту, покращує перфузію ішемізованих тканин та підвищує стійкість клітин до гіпоксії [1,2].

Лецетин є джерелом ацетилхоліну, що вміщує холін й інозит, які покращують передачу нервового та звукового імпульсу [2,3]. Вітабаланс 2000 вміщує повний набір вітамінів у вигляді збалансованого вітаміно-мінерального і амінокислотного фітокомплексів, які повністю забезпечують потреби організму в життєво необхідних факторах харчування [1,4].

Вищезазначені особливості механізмів дії Гінкго Білоба, Вітабаланс 2000, лецетину є основою для їх ефективного застосування в лікуванні дітей із сенсоневральною приглухуватістю.

Мета дослідження: оцінка впливу Гінкго Білоба, Вітабаланс 2000, лецетину як елементів комплексної терапії хворих на сенсоневральну приглухуватість.

Матеріали і методи дослідження

Під нашим спостереженням знаходилося 165 дітей різного віку із нейросенсорною глухотою та приглухуватістю, з різним ступенем порушення слуху. З них 60 пацієнтів отримували стандартну протиневротичну терапію для лікування сенсоневральної приглухуватості. У 105 пацієнтів стандартна терапія доповнювалась застосуванням препаратів Гінкго Білоба, Вітабаланс 2000, лецетин. Протягом року, відповідно до віку, діти отримували 2-3 місячні курси лікування в різних комбінаціях.

Дітям від 3 до 5-ти років призначали Гінкго 20 мг три рази на добу, лецетин по одній капсулі два рази на добу. Дітям від 5 до 10 років призначали по 62 мг два рази на добу, Вітабаланс 2000 по одній таблетці два рази на добу або лецетин - одна капсула два рази на добу. Дітям від 10 до 15 років призначали Гінкго по 62 мг три рази на добу протягом трьох місяців, в деяких випадках проводили комбінацію із застосуванням Вітабалансу 2000 або лецетину.

На 3-х річному лікуванні знаходилося 12 дітей основної групи та 28 дітей досліджуваної групи, на 2-х річному - 23 дитини основної групи та 39 дітей досліджуваної групи, протягом року - 25 дітей основної групи та 48 дітей досліджуваної групи. Серед них 62 дитини з нейросенсорною глухотою та 103 - із приглухуватістю різного ступеня.

Досліджували клінічні дані (скарги пацієнтів, отоскопія) та аудіологічні дані пацієнтів (визначення гостроти слуху шепітної та розмовної мови, аудіометрія).

Результати дослідження та їх обговорення

Проведені дослідження показали, що у дітей із сенсоневральною приглухуватістю різного ступеня важкості суб'єктивні та об'єктивні показники покращилися після проведеного лікування препаратами Гінкго Білоба (табл. 1). До лікування у дітей досліджуваної групи спостерігалися наступні скарги: шум у вухах - у 102 дітей; закладеність вух - у 97 дітей; зниження слуху на обидва вуха - у 65, на ліве вухо - у 15, на праве - у 35; порушення розбірливості мови - у 46 дітей; погіршення пам'яті - у 25 дітей.

Як видно з даних таблиці 1, після проведеного курсу лікування в досліджуваній групі шум у вухах зменшився у 40 та повністю зник у 62 дітей. Покращення слуху після 3-х річного лікування спостерігається на 1.0 - 1.5м; після 2-х річного - на 0.5-1.0м; та однорічного - до 0.5м. Розбірливість мови відновилося після 3-х річного курсу повністю, після 2-х річного - у 19 дітей, однорічного - у 8 дітей.

Порівняно із контрольною групою (табл. 2), спостеріга-

Таблиця 1. Динаміка основних симптомів сенсоневральної приглухуватості в досліджуваній групі

Зниження симптомів	3-х річний курс		2-х річний курс		Однорічний курс	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Шум у вухах	26 дітей	4(22) діт.	47 дітей	17(30) діт.	29 дітей	19(10) діт.
Закладеність вух	24 дітей	2(22) дітей	45 дітей	11(34) дітей	28 дітей	11(8) дітей
Рівень слуху (ШМ)	0.5 м – 1.5 м	1.5 м – 3.0 м	0.5 м – 1.5 м	1.0 м – 2.5 м	0.5 м – 1.5 м	0.8 м – 2.0 м
Розбірливість мови	15 дітей	15 дітей	24 дітей	19 дітей	11 дітей	8 дітей
Погіршення пам'яті	5 дітей	5 дітей	15 дітей	11 дітей	5 дітей	2 дітей

Примітка: в дужках позначено повне зникнення симптомів

Таблиця 2. Динаміка основних симптомів сенсоневральної приглухуватості в контрольній групі

Зниження симптомів	3-х річний курс		2-х річний курс		Однорічний курс	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Шум у вухах	12 дітей	8 (4) дітей	21 дитина	15 (6) діт.	20 дітей	18(2) діт.
Закладеність вух	10 дітей	7(3) дітей	18 дітей	14(4) дітей	15дітей	12 (3) дітей
Рівень слуху (ШМ)	0.5 м – 1.5 м	1.5 м – 2.0 м	0.5 м – 1.5 м	1.0 м – 1.5 м	0.5 м – 1.5 м	0.7 м – 1.0 м
Розбірливість мови	10 дітей	8 дітей	17 дітей	12 дітей	13 дітей	5 дітей
Погіршення пам'яті	5 дітей	3 дітей	11 дітей	5 дітей	7 дітей	3 дітей

Примітка: в дужках позначено повне зникнення симптомів

ється покращення основних суб'єктивних проявів. Розбірливість мови в досліджуваній групі відновилися повністю при 3-річному курсі лікування, а в контрольній – у 8 дітей із 10(80%). Відповідно спостерігається покращення результатів при інших курсах лікування. Рівень слуху підвищився на 0.5м у дітей групи дослідження, порівняно з контрольною.

Таким чином, основні прояви захворювання ефективніше покращуються при комбінованому лікуванні сенсоневральної приглухуватості препаратами Гінкго Білоба.

Наступним пунктом нашого дослідження є аудіометрія, яку ми проводили до і після лікування. У середньому показники шепітної мови складала до лікування від 0.5м до 1.5м, розмовної мови – 2.5м- 3.5м. Після проведеного лікування препаратами Гінкго Білоба шепітна мова становила від 2.0-3.5м, розмовна мова – 3.0-4.5м.

На аудіограмах в досліджуваній групі зниження повітряної провідності в зоні 3000-8000Гц. становило від 50-70 дб, кісткової провідності в цій зоні – від 40-60 дб. В усіх 105 обстежених дітей у 86 (82%) спостерігалось підвищення

Таблиця 3. Рівень порогу тональності до і після лікування препаратами Гінкго Білоба

	До лікування	Після лікування
Повітряна провідність (3000Гц – 8000Гц)	50-70дб.	40-50дб. у 82% дітей 60-65дб. у 18% дітей
Кісткова провідність (3000Гц – 8000Гц)	40-60дб.	30-40дб. у 82% дітей 50-55дб. у 18% дітей

Таблиця 4. Рівень порогу тональності до і після стандартного лікування

	До лікування	Після лікування
Повітряна провідність (3000Гц – 8000Гц)	50-70дб.	40-50дб. у 61% дітей 60-65дб. у 39% дітей
Кісткова провідність (3000Гц – 8000Гц)	40-60дб.	30-40дб. у 61% дітей 50-55дб. у 39% дітей

порогів повітряної провідності в зоні 3000-8000 Гц., до 40-50дб., кісткової провідності в цій зоні до 30-40дб. (табл. 3). У 19 (18%) дітей відзначалося незначне покращення слуху, приблизно до 0.5м, та поріг тональності підвищився в зоні 3000-8000Гц. до 5дб.

Із 60 дітей контрольної групи (табл. 4) у 61% спостерігалось підвищення порогів повітряної провідності в зоні 3000-8000Гц., до 40-50дб., кісткової провідності в цій зоні до 30-40дб.; в 39% дітей спостерігається незначне підвищення - до 5дб.

Отже, пороги сприйняття повітряної та кісткової провідності покращуються при комбінованому лікуванні сенсоневральної приглухуватості препаратами Гінкго Білоба.

Висновки

1. За даними досліджень встановлено, що препарати Гінкго Білоба ефективні у лікуванні дітей з порушенням слуху різного ступеня.

2. Діти, які приймали препарати Гінкго Білоба протягом 2-3 місяців, відзначали покращення порогу розбірливості мови;

3. Після проведеного курсу препаратами Гінкго Білоба пороги сприйняття повітряної та кісткової провідності підвищувалися на 10-20 (дб.);

Перспективи подальших досліджень

Відомі механізми дії Гінкго Білоба та попередні отримані результати комплексного лікування дітей з порушеним слухом зумовлюють перспективність дослідження подібної лікувальної стратегії для пацієнтів з поразеним слухом сенсоневрального генезу різного віку.

Література

1. Комpendиум 2005 - лекарственные препараты / Под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. - Киев: Морион, 2001.- 1920 с.
2. Ліки в отоларингології: за редакцією О. Кішери, Р. Рудого, О. Левицької.- Львів: Медицина світу,1999.- С. 96, 310-311.
3. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Нейросенсорна тугоухість.- Оториноларингологія. М.: Медицина, 2001.- С. 457-464.
4. Протасевич Г.С. Застосування бджолиного воску, квіткового пилку і перги в отоларингології // ЖВНГХ.- 1999.-№5.- С. 80-85.
5. Пясецький В.В.. Опыт применения нутрицевтиков в восстановительной терапии последствий черепно-мозговых травм и постинсультных состояниях.- Санкт-Петербург: Витамакс- ССІ век, 2001.- С. 11-12.
6. Римар В.В. Лечение больных при нейросенсорной тугоухости // ЖВНГХ.- 1999.- №4.- С. 74-83.

Александрук Н.В.

Комплексная терапия сенсоневральной тугоухости

Кафедра оториноларингологии, офтальмологии с курсом хирургии головы и шеи
Ивано-Франковский национальный медицинский университет
naleksandruck@ukr.net

Резюме: В статье приведены данные последних лет в отношении распространения препарата Гинкго Билоба в оториноларингологической практике. Описаны механизмы действия: вазопротекторный, антиоксидантный, реологический, противоотечный и другие свойства препарата. Освящена эффективность использования Гинкго Билоба в комплексной терапии сенсоневральной тугоухости у детей. Полученные результаты свидетельствуют о повышении эффективности лечения и перспективах использования Гинкго Билоба с целью улучшения лечения нарушения слуха у детей.

Ключевые слова: Гинкго Билоба, сенсоневральная тугоухость, аудіометрія.

N.V. Aleksandruk

Complex Treatment of Sensorineural Hearing Loss

Department of Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery of Ivano-Frankivsk National Medical University

naleksandruk@ukr.net

Abstract. Recent data on use of Ginkgo Biloba extract in otorhinolaryngological practice were presented. The mechanism of the curative action of Ginkgo Biloba extract (vasoprotective, antioxidative,

rheological, and edematous) was described. Effectiveness of Ginkgo Biloba as a part of complex treatment of sensorineural hearing loss in children was elucidated. Results of the research proved effectiveness of treatment with Ginkgo Biloba and showed perspectives of Ginkgo Biloba use in treatment programs for children with hearing impairment.

Keywords: *Ginkgo Biloba, sensorineural hearing loss, audiometry.*

Надійшла 15.09.2014 року.

УДК: 616-08+616.5-001.1

Александрук О.Д.

Вплив системного стандартного лікування на стан бактеріального заселення шкіри дорослих хворих на atopічний дерматит

Кафедра дерматології та венерології

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

odaleksandruk@ukr.net

Резюме. Проведено вивчення впливу на стан поверхневої ауто-мікрофлори шкіри стандартного комплексного лікування дорослих хворих на atopічний дерматит. У 75% хворих спостерігається підвищена колонізація непошкоджених ділянок шкіри при збереженні нормального якісного складу мікрофлори. Стандартне лікування істотно не впливає на її кількісний та якісний склад. В ділянках, наближених до висипань, підвищена колонізація шкіри спостерігається у 90% хворих, підвищений вміст стафілококів, грам-негативної паличкової і стрептококової флори. Стандартне лікування викликає вирівнювання показників бактеріального заселення наближених і віддалених від вогнищ висипань ділянок шкіри.

Ключові слова: *atopічний дерматит, поверхнева ауто-мікрофлора шкіри, стандартне лікування.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Більше 10% населення планети страждають на різні алергічні захворювання [9], а алергічна патологія шкіри, за даними ВООЗ, щорічно вражає до 1 млн. людей [7]. До групи алергічних дерматозів належить ряд гострих та хронічних захворювань шкіри (atopічний дерматит, екзема та нейро-дерміт), на долю яких припадає 10–40% усіх шкірних хвороб [3]. Щорічно в світі реєструють близько 29 млн. нових хворих на atopічний дерматит (АД) – хронічне запальне захворювання, що рецидивує, характеризується свербінням шкіри та віковими особливостями клінічних проявів [8]. Типовими триггерними чинниками розвитку загострень АД розглядають ряд екзогенних та ендогенних чинників [5], серед яких частими виступають мікробні алергени [6]. Типове комплексне лікування загострень хронічних алергодерматозів, що не ускладнились розвитком вторинної підермії, в більшості випадків не включає до свого складу системні проти-бактеріальні засоби. Однак використання різних за механізмом дії системних та місцевих лікарських засобів може опосередковано впливати на стан бактеріального заселення шкіри таких пацієнтів.

Мета дослідження. Вивчити вплив типового комплексного лікування на стан бактеріального заселення шкіри у дорослих хворих на atopічний дерматит (АД).

Матеріали і методи дослідження

Під спостереженням перебувало 67 осіб (47 чоловіків та 20 жінок), госпіталізованих у дерматологічний стаціонар з приводу загострення АД. Віковий діапазон цієї групи складав 18–48 років. Діагноз АД виставляли згідно зі стандартами діагностики і терапії atopічного дерматиту [2,3] за модифікованими клініко-лабораторними критеріями Ханніфіна та Райке. До групи дослідження не включали пацієнтів із наявними на час спостереження ознаками

вторинної гнійничкової інфекції шкіри. Лікувальна програма призначалась відповідно до затверджених наказом МОЗ України №312 від 08.05.2009 «Протоколам надання медичної допомоги». Стан поверхневої аутомікрофлори шкіри (ПАМШ) вивчали за методикою вогнищевих відбитків Н.П.Клемпарської (1978) у власній модифікації [1]. Дослідження проводили на видимо неушкодженій шкірі живота та зоні, що безпосередньо прилягала до ділянки із типово розташованими висипаннями, на початку стаціонарної стадії лікування, по її завершенні та через місяць подальшого амбулаторного спостереження. В ролі контролю використовували результати обстеження 25 практично здорових осіб.

Результати дослідження та їх обговорення

Дані, отримані в результаті вивчення кількісних показників ПАМШ хворих на АД в динаміці, наведені в таблиці 1. В обстежених хворих в ділянці неураженої шкіри живота густина заселення шкіри бактеріальною флорою зберігалась стабільною протягом усього періоду спостереження. У 75% з них протягом всього періоду спостереження колонізація зберігалась підвищеною, хоча суцільний ріст колоній у зразках визначався лише в декількох осіб. Ймовірно з причини обмеження можливостей для проведення регулярних гігієнічних процедур відзначалось несуттєве збільшення числа хворих із посиленою колонізацією неураженої шкіри на час виписки із стаціонару. Інша картина спостерігалась в зоні висипань. На початок спостереження нормальна густина ПАМШ визначалась тільки в десятій частині хворих групи. На етапі виписки з стаціонару число пацієнтів із подібними до нормальних значеннями густини ПАМШ незначно зросло і лише через місяць амбулаторного спостереження таких пацієнтів стало достовірно більше ($p < 0,05$) і склало четверту частину обстежених. Отже, лише на момент завершення спостереження кількісний склад ПАМШ віддалених та набли-

Таблиця 1. Загальна кількість колоній, що вирости на мазках-відбитках до початку стаціонарного лікування, після його завершення та через 1 місяць амбулаторного спостереження (амб.)

Ділянка дослідження	Кількість колоній у хворих на АД (n=67)								
	Нормальна (менше 45)			Підвищена (більше 45)			В т. ч. суцільний ріст		
	до	після	амб.	до	після	амб.	до	після	амб.
віддалена, %	25	24	27	70	75	70	4	1	3
абс.	17	16	18	47	50	47	3	1	2
біля вогнищ, %	9	13	24*	66	81*	70	25	6*	6*
абс.	6	9	16	44	54	47	17	4	4

Примітка: * - достовірна різниця ($p < 0,05$), порівняно з показником до лікування