

и 10–11 лет.

Таблица 2

**Интенсивность роста анатомических компонентов
сомы у мальчиков периода второго детства, %**

Возраст, лет	ММ	КМ	ЖМ
8–9	2,80	2,68	7,75
9–10	5,84	2,89	5,02
10–11	3,69	4,74	–3,26
11–12	4,12	3,61	4,77

Таблица 3

**Интенсивность роста анатомических компонентов
сомы у девочек периода второго детства, %**

Возраст, лет	ММ	КМ	ЖМ
8–9	5,17	2,64	3,77
9–10	2,54	2,58	5,09
10–11	8,09	5,94	7,84

Мы не получили достоверных различий в выборке по пропорциональному уровню варьирования признаков между мальчиками и девочками, поэтому полученные результаты представлены для всей группы обследованного контингента без дифференциации по половому признаку (рис. 2). Вместе с тем, можно отметить преобладание детей мезомембранального (28,13 %), микромезомембранального (24,95 %) и макромембранального (24,15 %) типов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного соматотипирования положены нами в основу созданной морфологической базы соматодиагностики в изучаемом регионе и могут быть использованы врачами-педиатрами при скрининговых обследованиях детей периода второго детства, а также при разработке методик физического воспитания.

УДК 616.28–008.14

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

Е.Г. Шахова

Кафедра оториноларингологии ВолГМУ

SOCIAL ASPECTS OF SENSONEURAL DEAFNESS

E.G. Shakhova

Abstract. Sensoneural deafness is a socially significant disease. Special questionnaires are recommended for evaluation of psycho-emotional condition of the patients and to provide proper treatment to the patients.

Key words: sensoneural deafness, quality of life

ЛИТЕРАТУРА

1. Дорохов Р.Н., Петрухин В.Г. // Медико-педагогические аспекты подготовки юных спортсменов. – Смоленск, 1989. – С. 4–14.
2. Комиссарова Е.Н., Карелина Н.Р., Сазонова Л.А. и др. // Biomedical and Biosocial Anthropology: V Міжнарод. конгресс з інтегративної антропології. – Винниця. – 2004. – № 2. – С. 30–31.
3. Корнев М.А., Комиссарова Е.Н. // Морфология. – 2003. – № 1. – С. 72–75.
4. Панасюк Т.В., Изаак С.И., Тамбовцева Р.В. // Матер. IV Международ. конгресса по интегративной антропологии. – СПб. – 2002. – С. 272–274.
5. Соколов В.В., Чаплыгина Е.В. Соматометрия и соматотипирование детей и подростков. – Ростов-н/Д.: Изд. РостГМУ, 2000. – 20 с.
6. Соян Г.В. // Актуальные вопросы интегративной антропологии: матер. Всерос. научно-практич. конференции. – Красноярск: изд-во Красноярск, 2002. – Т. 2. – С. 171–173.
7. Щедрин А.С. // Морфология. – № 4. – 2001. – С. 56–59.

Сенсоневральная тугоухость (СНТ), по данным экспертов ВОЗ (1994), относится к числу социально значимых заболеваний, поражающих все возрастные группы населения. Проблемы со слухом присутствуют у 4–6 % населения земного шара [1], и к 2020 г. прогнозируется увеличение численности населения с социально значимым снижением слуха более чем на 30 %. В России насчитывается более 13 млн лиц с социально значимыми нарушениями слуха, в том числе более 1 млн детей и подростков [6]. Заболеваемость повсеместно нарастает, СНТ омолаживается и поражает в основном трудоспособных людей, с увеличением возраста частота встречаемости тугоухости и глухоты возрастает экспоненциально, особенно после 40 лет [18]. СНТ неблагоприятно влияет на качество жизни пациентов, влечет за собой инвалидизацию и нарушение социальной адаптации больных [2, 13, 18].

В современной международной клинической практике для комплексной оценки состояния больного определяют показатели качества жизни. Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [2, 24].

Качество жизни, связанное со здоровьем (КЖСЗ), – это интегральный показатель, содержащий три компонента: 1) функциональное состояние, включающее в себя такие характеристики, как работоспособность, толерантность к физической нагрузке, выполнение повседневной работы, независимость, общение, интеллектуальная деятельность, уверенность в принятии решений, эмоциональные проявления и т. д.; 2) симптомы, связанные с основным и сопутствующим заболеванием или его лечением; 3) восприятие и психическое состояние, включающие в себя депрессию или возбуждение, которые могут быть следствием как самого заболевания, так и применяемых лекарственных веществ, а также социальную активность, половую функцию, удовлетворенность медицинской помощью, контактом с врачом и т. д. [9, 10, 24].

Исследовательская группа ВОЗ предложила рассматривать вопросы эффективности и качества медицинской помощи с учетом трех основных критериев: адекватности, экономичности, научно-технического уровня. При этом под адекватностью медицинской помощи понимают необходимость достижения приемлемого для больного "качества жизни" [12].

СНТ представляет чрезвычайный интерес в области изучения КЖ пациентов. И.М. Сеченов в книге "Избранные философские и психологические произведения" (1947) писал: "Из всех органов чувств слух дает нам наибольшее разнообра-

зие впечатлений". Социальная значимость слуха для человека огромна. Благодаря слуху формируется речь, возможно общение между людьми. Слуховая дисфункция в раннем детстве (прелингвальная тугоухость) драматически сказывается на формировании речи. Считается, что снижение слуха и глухота являются первичным дефектом, наличие которого обязательно вызывает появление вторичных расстройств. Эти расстройства, как правило, проявляются отставанием в речевом развитии, нередко сопровождаются задержкой психического и интеллектуального развития, что ведет к социальной дезадаптации [3, 4]. Не меньшей проблемой является нарушение слуха у взрослых, наличие социально-психологических барьеров не позволяет больным с нарушением слуха активно включаться в жизнь общества и полноценно в ней участвовать [5]. В абсолютном большинстве случаев на фоне дефектов слуха развиваются различные пограничные нервно-психические расстройства. Наиболее часто авторы наблюдают аутичность, нарушение эмоциональной реактивности, коммуникативного поведения, снижение инициативности [14]. Степень выраженности нарушений проявляется от субъективных переживаний, психического дискомфорта, эмоциональной лабильности до неврастеноподобных состояний с фобическими, тревожно-ипохондрическими компонентами фиксации. Длительная тугоухость формирует изменения психического статуса больного. Появляется подозрительность, замкнутость, тревожность, агрессивность, неуверенность в себе, патологическая застенчивость. У слабослышащих развивается в определенной степени социальная изоляция и дезадаптация, что является формой хронического психического стресса [21]. Нарушения в коммуникативной сфере отрицательно влияют на личность. Трудности в общении приводят больного с нарушением слуха к депрессии и повышенной тревожности, которые встречаются в 4 раза чаще, чем у здоровых [22].

В настоящее время исследование КЖ проводится практически во всех областях медицины, в том числе и в оториноларингологии [8, 17, 23].

Инструментом исследования КЖСЗ является опросник. В зарубежной литературе при оценке КЖСЗ пациентов с нарушением слуха используются общие опросники MOS SF-36, Quality of Well-Being Index (QWB), Peds QL™ 4.0, Generic Care Scales (Peds QL). Общие опросники могут использоваться для оценки КЖ как здоровых, так и больных независимо от вида заболевания. Существуют специальные опросники для исследования КЖСЗ в сурдологии и аудиологии (Audiological Disabilities Preference Index, Glasgow Hearing And Benefit Profile, Ear Infection Survey, Nijmegen Cochlear Implant Questionnaire, Tinnitus Handicap Support Scales). К сожалению, они не прошли культурную и языковую адаптации в России. Адаптированными для России опросниками в настоящее

время являются MOS SF-36 и ВОЗКЖ-100.

Для определения распространенности тугоухости в Волгоградской области мы использовали метод изучения обращаемости (по данным бюро областной медицинской статистики). Данные свидетельствуют о росте заболеваемости патологией уха и сосцевидного отростка детского и взрослого населения Волгоградской области, хотя и остаются ниже средне-республиканских показателей (рис. 1).

Анализ показателей зарегистрированных случаев заболеваний уха и сосцевидного отростка (МКБ Н60-Н95) показывает рост данной патологии во всех возрастных группах, что отражено на рис. 2.

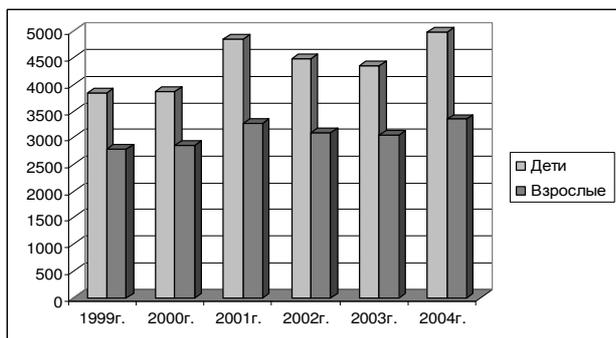


Рис. 1. Показатели заболеваемости патологией уха и сосцевидного отростка по Волгоградской области (МКБ Н60-Н95) на 100 тыс. населения

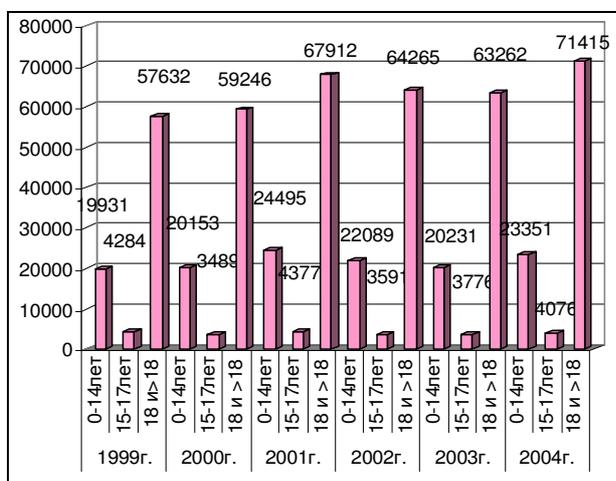


Рис. 2. Показатели зарегистрированных случаев заболеваний уха и сосцевидного отростка по Волгоградской области (МКБ Н60-Н95)

Среднестатистический расчет процентного отношения больных патологией уха и сосцевидного отростка к общему числу зарегистрированных заболеваний в Волгоградской области невелик и составляет $2,59 \pm 0,14 \%$, а удельный вес этой патологии в структуре заболеваний, установленных впервые в жизни, равен $3,06 \pm 0,53 \%$ (табл. 1).

Для анализа распространенности сенсоневральной тугоухости в Волгоградской области были учтены данные о больных, пролеченных

в ЛОР-отделении ГУЗ Волгоградской областной клинической больницы № 1, где лечатся жители г. Волгограда и Волгоградской области, и на базе которой работает кафедра оториноларингологии ВолГМУ и ГУЗ Волгоградский центр патологии речи и нейрореабилитации. Больные с СНТ составили 16,32 %, со смешанной тугоухостью – 25,17 %, кондуктивной тугоухостью – 3,32 % от всей патологии. Если пациентов со смешанной тугоухостью отнести к группе СНТ, то количество больных СНТ составит 41,49 %. Данные представлены на рис. 3.

Распределение больных с СНТ по степеням представлено на рис. 4.

Сведения, приведенные выше, отражают общую тенденцию распространенности СНТ в Волгоградской области и свидетельствуют о тенденции к ее увеличению. Представленные данные имеют чисто статистическое значение с элементом возможной ошибки, связанной с методологией расчета.

Нами изучено КЖ у 300 больных СНТ в возрасте от 18 до 70 лет (из них 180 женщин) с применением ВОЗКЖ – 100, который является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни. В нем эта оценка подчеркнута более, чем их объективное функциональное состояние [7]. Опросник ВОЗКЖ-100 измеряет индивидуальное восприятие респондентом своей жизни в тех ее областях, которые связаны со здоровьем, но не предполагает измерять объективное состояние здоровья.

Таблица 1

Удельный вес заболеваний уха и сосцевидного отростка в структуре заболеваний, %

Зарегистрированные больные	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Дети	2,5	2,3	2,8	2,5	2,3	2,6
Взрослые	3,5	2,6	2,9	2,7	2,6	2,8
Все население	2,5	2,5	2,9	2,7	2,5	2,8
Установленные впервые в жизни						
Дети	2,3	2,3	2,7	2,7	2,4	2,8
Взрослые	3,3	3,4	3,8	3,6	3,5	3,9
Все население	2,9	2,9	3,3	3,2	3,0	3,5



Рис. 3. Удельный вес различных форм тугоухости

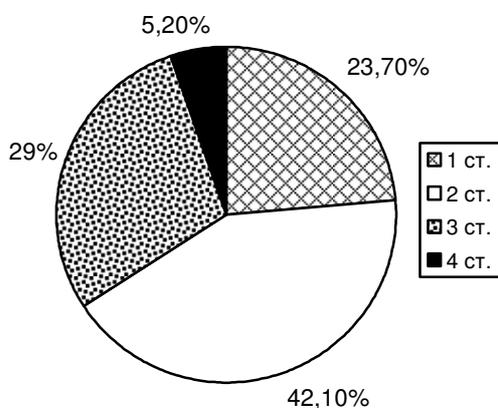


Рис. 4. Распределение больных с СНТ по степеням

Инструмент состоит из модулей. Ядерный модуль измеряет те аспекты КЖ, которые являются общими для всех людей. Специфические модули используют для оценки КЖ людей, имеющих определенные болезни.

Опросник ВОЗКЖ-100 позволяет получить оценку КЖ пациента в целом и частные оценки по отдельным сферам. Он может быть применим к широкому кругу контингентов, так как покрывает полный спектр функций, способностей и дистрессов, которые относятся к КЖ. При этом исследователь получает не только одну меру, но и целый профиль КЖ.

КЖ рассматривается авторами опросника как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояний, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к окружающей среде.

С помощью опросника ВОЗКЖ-100 осуществляется оценка шести крупных сфер КЖ: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера. Кроме того,

напрямую измеряется восприятие респондентом своего КЖ и здоровья в целом. По мнению многих авторов, именно эти сферы универсальны, с одной стороны, и имеют достаточно четкое отличие друг от друга – с другой [15, 16].

Применение теста ВОЗКЖ-100 обнаружило снижение КЖ у больных СНТ как при подсчете итоговой суммарной оценки, так и на уровне каждой рассматриваемой сферы:

1) общее КЖ и состояние здоровья от $11,8 \pm 0,74$ до $13,6 \pm 1,00$ (контроль $16,3 \pm 0,50$);

2) физическая сфера от $11,8 \pm 0,74$ до $14,3 \pm 0,41$ (контроль $15,4 \pm 0,54$);

3) психологическая сфера от $12,1 \pm 0,45$ до $13,9 \pm 0,37$ (контроль $14,7 \pm 0,51$);

4) уровень независимости от $13,3 \pm 0,66$ до $15,4 \pm 0,8$ (контроль $16,5 \pm 0,52$);

5) социальные отношения от $13,6 \pm 0,43$ до $15,3 \pm 0,67$ (контроль $15,9 \pm 0,59$);

6) окружающая среда от $11,5 \pm 0,39$ до $13,3 \pm 0,60$ (контроль $13,1 \pm 0,40$);

7) духовная сфера от $12,9 \pm 0,56$ до $16,1 \pm 0,39$ (контроль $15,0 \pm 0,55$);

8) итоговая суммарная оценка от $74,3 \pm 2,18$ до $88,4 \pm 1,99$ (контроль $90,4 \pm 12,41$).

При острой и хронической СНТ 3-й и 4-й степеней (по международной классификации) КЖ было больше снижено, чем при 1-й и 2-й степеней тугоухости. Наличие тиннитуса (ушного шума) значительно снижало КЖ у пациентов.

Проблема сенсоневральной тугоухости является не только медицинской, но и социальной. Исследование КЖ пациентов с СНТ – необходимый аспект, который необходимо изучать в процессе лечения больных. Данные ВОЗКЖ-100 помогают оценить общее психоэмоциональное состояние пациентов и выбрать адекватную терапию с учетом этих аспектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабияк В.И., Гофман В.Р., Накатис Я.А. Нейрооториноларингология: руководство для врачей. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 728 с.
2. Бабияк В.И., Митрофанов В.В. // Рос. оториноларингология. – 2003. – №2(5). – С. 28–31.
3. Базоев В.З., Паленный В.А. Человек из мира тишины. – М.: Академкнига, 2002. – 815 с.
4. Басилова Т.А. // Основы специальной психологии: учеб. пособ. для средн. учеб. заведений / Под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Академия, 2002. – С. 76–91.
5. Григорьев Г.Н., Хлыстун В.А. // Тез. IV Всерос. съезда оториноларингологов. – Горький, 1978. – С. 59–61.
6. Загорянская М.Е., Румянцева М.Г. // Рос. оториноларингология. – 2003. – № 3(6). – С. 79–83.
7. Кабанов М.М., Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П. и др. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособ. для врачей и психологов. – СПб., 1998. – 55 с.
8. Лопатин А.С., Козлов В.С., Исмаил Х. и др. //

(17)

Рос. оториноларингология. – 2004. – № 4. – С. 6–8.

9. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: Элби, 1999. – 140 с.

10. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Изд. дом "Нева"; М.: ОЛМА-ПРЕСС звездный мир, 2002. – 320 с.

11. Отвагин И.В., Янов Ю.К., Каманин Е.И. // Рос. оториноларингология. – 2004. – № 3(10). – С. 77–79.

12. Переводчикова Н.И. // Тер. архив. – 1996. – Т. 10. – С. 37–41.

13. Пудов В.И., Самойлова И.Г. // Рос. оториноларингология. – 2002. – № 3(3). – С. 87–89.

14. Рахманов В.М. Неврозы и неврозоподобные состояния у лиц с депривацией слуха и оказание им психиатрической помощи: метод. реком. – М., 1989. – 18 с.

15. Шевченко Ю.Л. // Исследование качества жизни в медицине: матер. Всерос. конф. с междунар. участием. – СПб., 2000. – С. 3–22.

16. Foster G.R. // J. Hepatol. – 1999. – Vol. 31. – Suppl. 1. – P. 250–254.

17. Garbutt Jane M. // Quality of Life Research. – 1999. – Vol. 8, № 3. – P. 225–233.

18. Grosh B.N., Halder A., Das K.K. // Indian. J. Publ. Hlth. – 1983. – Vol. 26, № 3. – P.187–193.

19. Guidotti A. // Taurine and neurological disorders. – 1978. – P. 23–248.

20. Guidotti A., Babiani G., Pever G.C. // J. Neurochem. – 1971. – Vol. 19. – P. 431–435.

21. Mahapatra S.B. // Acta Psych. Sckand. – 1974. – Vol. 5. – P. 596–611.

22. Thomas A.J., Lamont M., Harris. M. // Brit. Audiol. – 1982. – Vol. 16, № 1. – P. 39–43.

23. Janiper E.F., Thompson A.K., Ferrie P.J., et al. // J. Allergy Clin. Immunol. – 1999. – Vol. 4. – P. 364–369.

24. Quality of life assessment in clinical trials / Ed. M.J. Statute. – Oxford, New-York, Tokyo: Oxford University Press, 1998. – 360 p.