5 Иванченко Г.Ф. Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и лечении папилломатоза гортани / Г.Ф. Иванченко // Вестн. оториноларингол. 2000: - № 1. - С. 44-48.
6 Perinatal transmission of human papillomavirus in infants: relationship between rate and mode of delivery / C. Tseng, C. Liang, Y. Soong et al. // Obstet Gynecol. -1998. - № 91. P. 92-96
7 Цветков Э.А. Папилломатоз гортани у детей / Э.А. Цветков //Материалы XVI съезда оториноларингологов, РФ «Оториноларингология на рубеже тысячелетий». - Сочи, 2001. - С.500-503.
8 Козлова Е.П/Комплексное лечение папилломатоза гортани с применением индол-3-карбинола: автореф. дис. . канд. мед. наук / Козлова Е.П: — М., 2009.- 25 с.
9 Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Щепин Н.В. и др. Исходы ювениль- ного респираторного папилломатоза // Рос оториноларингол. – 2004. №4:11. – С. 70— 73.
10 Габдуллин Н.Т., Циглин А.А., Габдуллин А.Н. Папилломатоз гортани у взрослых // Новости оториноларингол и логопедии. – 1997. - №3. – С. 62-63.
11 Воячек В.И. Основы оториноларингологии. Изд.4-е. - Л.:Медизд. – 1953.— 439 с.
12 Корниенко Р. А. Выбор метода искусственной вентиляции лѐгких при эндоларингеальной хирургии с использованием ларингеальной маски. / Корниенко Р. А. // Сборник трудов XXV Итоговой научной конференции молодых учѐных МГМСУ. - М. - 2003. – С.86.
13 Dubin M.G., Sonnenburg R.E., Melroy C.T., Ebert C.S., Coffey C.S., Senior B.A. Staged endoscopic and combined open/endoscopic approach in the management of inverted papilloma of the frontal sinus. //Am J Rhinol.- 2005.-V.19.- N5.-P.442-445.
14 Богомильский М.Р., Солдатский Ю.Л., Маслова И.В., Нурмухаметов RX. Врожденный ювенильный респираторный папилломатоз гортани // Вестн оториноларН№ - 2012;- № 6. – С. 28-29.

Д.Е. Жайсакова, Д.М. Муканова, М.Б. Калтаева
Оториноларингология кафедрасы
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

КӨМЕЙ ПАППИЛАМАТОЗЫН ЕМДЕУДЕГІ КЕШЕНДІ ТҰҒЫР

Түйін: Соңғы уақытта КГ-мен ауыратын науқастардың санының артуы байқалады, мұнда пациенттердің 70%-дан астамының ауыр және кең тараған қайталанатын түрлері бар. Папилломаларды емдеудің тәсілдері алуан түрлі және өте көп. Олардың бірқатары ісіктің өсуін тоқтауға, ал басқалары ісікті толық жоюға, үшншілері папилломаларды тыртықты дәнекер тіндермен алмастыруға бағытталған. Емдеу әдісін таңдау үшін, науқастың жасын, папилломалардың таралу аймағын, көлемін, құрылымын және папилломалардың клиникалық барысын есепке алу қажет. Барлық емдеу әдістерін үш топқа бөліп қарастыруға болады: хирургиялық, консервативті және біріктірілген. Папилломаларды емдеудің аса қарапайым, қолжетімді және тиімді тәсілі, оларды алып тастау немесе жою болып табылады.
Түйінді сөздер: папилломатоз, көмей, криодеструкция, лазерлі деструкция, проспидин.

D.E. Zhaisakova, D.M. Mukanova, M.B. Kaltayeva
Department of Otorhinolaryngology
AsfendiyarovKazakh National Medical University

THE INTEGRATED APPROACH IN THE TREATMENT OF RESPIRATORY PAPILLOMATOSIS

Resume: Recently there has been increase in the number of patients with papillomatosis, with more than 70% of patients have severe recurrent common form. Methods of treatment of this warts are numerous and quite varied. Some of them are aimed at stopping tumor growth, others in full eliminating it, and others to fill the warts to scar connective tissue.
For the choice of treatment is necessary to consider the patient's age, location, size, structure, and clinical course of warts. All treatments can be divided into three groups: surgical, conservative and combined. The most simple, affordable and effective way to treat warts is their removal
Keywords: papillomatosis, larynx, cryosurgery, laser destruction, Prospidin

УДК: 616.28-008.14.

Г.К. Каусова, Н.М. Тулепбекова
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬ ТЯЖЕЛОЙ И ГЛУБОКОЙ СТЕПЕНИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В Г.АЛМАТЫ

В статье освещены вопросы распространенности заболевания в детской популяции, выявление неблагоприятных факторов, наиболее часто приводящих к рождению детей с тяжелой или глубокой степенью тугоухости или способных вызвать снижение слуха, особенно в раннем возрасте, позволяют в современных условиях провести эффективные, современные методы абилитации и реабилитации.
Ключевые слова: *абилитация, реабилитация, хроническая сенсоневральная тугоухость и глухота, ретролабиринтные слуховые расстройства, социальная реабилитация, импедансометрия, аудиометрия, антенатальный период, аудиологическое исследование, тональная аудиограмма, кохлеарная имплантация,*

Актуальность проблемы: Стойкое нарушение слуха у детей - это серьезная проблема не только системы здравоохранения, которая касается одного новорожденного из 1000 [1]. Согласно статистическим исследованиям Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) снижение слуха встречается у 1-2% детей, их них 0,02% составляют дети с сенсоневральной тугоухостью тяжелой и глубокой степени. Проблема хронической сенсоневральной тугоухости и глухоты (ХСНТ) у детей постоянно находится в центре внимания исследователей. Это объясняется тем, что число детей с тугоухостью и глухотой не снижается, а многие факторы, воздействующие на орган слуха растущего организма ребенка, приобретают в современных условиях все большее значение.
Имеющаяся консервативная комплексная терапия нарушений слуха у детей, в которой наиболее широко представлена медикаментозная терапия и физиотерапевтические методики, характеризуется весьма

малой эффективностью [2]. Высокая стоимость и недостаточная эффективность лекарственной терапии ХСНТ, особенно у детей, предопределяют поиск немедикаментозных, способов помощи, разработку новых подходов к социальной адаптации детей с потерей слуха.

Определение распространенности заболевания в детской популяции, выявление неблагоприятных факторов, наиболее часто приводящих к рождению детей с тяжелой или глубокой степенью тугоухости или способных вызвать снижение слуха, особенно в раннем возрасте, позволяют в настоящее время провести эффективные, современные методы абилитации и реабилитации.

Глухой ребенок - это не только медицинская, но и социальная проблема воспитания, образования и адаптации пациента в сложных современных условиях. Снижение слуха в возрасте до 2-3-х лет часто приводит к задержке не только речевого развития, но и оказывает неблагоприятное воздействие на интеллектуальное и психомоторное развитие ребенка, что затрудняет его общение с окружающими и изолирует его от общества [3]

Цель: На основании анализа распространенности и структуры причин развития хронической сенсоневральной тугоухости тяжелой и глубокой степени у детей г.Алматы, разработать основные направления по возможной профилактики, а также оценить эффективность кохлеарной имплантации в проведении слуховой абилитации и реабилитации в условиях специального коррекционного образовательного учреждения РГКП «Научно – практический центр социальной реабилитации» Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан. (РГКП НПЦСР МТ и СР РК)

Задачи:

1. Определить структуру причин развития хронической сенсоневральной тугоухости тяжелой и глубокой степени у детей г.Алматы при проведении анализа отчетной документации Детского сурдологического кабинета.
2. Выявить поэтапную динамику структуры причин развития хронической сенсоневральной тугоухости тяжелой и глубокой степени у детей г. Алматы с 2015 по 2017 годы.
3. Определить эффективность слуховой абилитации, реабилитации у детей с хронической сенсоневральной тугоухости тяжелой и глубокой степени используемых систему Кохлеарной имплантацией в процессе их интеграции в слухо - речевую среду.

Классификация, этиология, патогенез, факторы риска хронической сенсоневральной тугоухости тяжелой и глубокой степени тугоухости на современном этапе- Сенсоневральная тугоухость - это симптомокомплекс, включающий острые и хронические заболевания нейроэпителиальных (невральных) структур внутреннего уха, а также ретролабиринтных образований слуховой системы. Сурдологи-оториноларингологи чаще имеют дело с переферическими формами заболевания - поражением невральных структур лабиринта. Ретролабиринтные (центральные формы) слуховых расстройств составляют интерес для неврологов, нейрохирургов.В структуре ЛОР – заболеваемости СНТ составляет 7,8-12,1 %.[4]

Таблица 1 - Классификация невральной тугоухости

По причинному фактору	1.Генетическая : -моногенная -мультифакториальная 2.Не генетическая
По ассоциации с другими симптомами заболевания	1.Не синдромная тугоухость 2.Синдромная тугохость
По месту нарушения в слуховой системе	1.Сенсоневральная 2.Лабиринтная 3.Центральная
По динамике ухудшения слуха	1.Прогрессирующая 2.Стабильная
По симметрии нарушения слуха	1.Симметричная 2.Не симметричная
По периоду начала	1.Врожденная 2.Прелингвальная 3.Постлингвальная
По преимущественному поражению частот	1.Низкочастотная 2.Среднечастотная 3.Высакочастотная
По степени тяжести	1.Минимальная 2.Умеренная 3.Среднетяжелая 4.Тяжелая 5.Глубокая (глухота)

Сенсоневральная тугоухость – полиэтиологичное заболевание

К числу этиологических факторов СНТ следует отнести:

1. Генетический фактор
2. Патологию беременности,родов и периода новорожденности
3. Инфекционные заболевания
4. Токсические воздействия
5. Сердечно- сосудистую патологию
6. Заболевания шейного отдела позвоночника
7. Метаболические нарушения (ХПН,сахарный диабет,гипотериоз)
8. Острые и хронические акустические травмы
9. Механические и огнестрельные травмы височной кости.

Патогенез сенсоневральной тугоухости это прежде всего поражение волосковых клеток Наличие патологических процессов в других структурах и точная локализация повреждения при этом заболевании (наружные, внутренние волосковые клетки и другие структуры улитки, нейроны спирального ганглия, волокна слухового нерва) у конкретного больного, как правило, не известны. В значительной части случаев повреждения охватывают несколько структур. В большинстве случаев поврежденные волосковые клетки не востанавливаются. У большинства пациентов слуховой нерв остается сохранным в течении 10-15 лет и более лет даже после полной потери слуха [5].

Материалы и методы:

В работе представлены данные наблюдения за детьми дошкольного и школьного возраста, состоящих на диспансерном учете в детском сурдологическом кабинете. Исследование проводилось с 2015 по 2017 год на базе детского - городского сурдологического центра ГКБ№5УЗ г. Алматы и РГКП «Научно – практический центр социальной реабилитации» Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан (РГКП НПЦСР МТ и СР РК)

На динамическом наблюдении в детском сурдологическом кабинете ГКБ№5 состояло- 415 (2015 год) детей с тяжелой и глубокой степенью тугоухости постановка на «Д» учет осуществляется по направлению ЛОР врачей ПМСП г. Алматы и самообращению пациентов на аудио логическое обследование. Всего под наблюдением находилось 134 ребенка, из них в возрасте от 0-5 лет - 57 (42,86 %) детей, в возрасте 5-15 лет - 77 (57,14 %) детей. Мальчики составляли 48,51 %, а девочки - 51,49 % от всего наблюдаемого контингента детей. Исследование включало сбор и анализ анамнестических данных о родственниках пациента, анте-, интра- и постнатальном периоде жизни; клиническое обследование (лор-осмотр, осмотр врача- сурдолога, врача-невропатолога, сурдопедагогическое обследование., логопедическое обследование, осмотр психолога) инструментальные методы (игровая аудиометрия, тональная пороговая аудиометрия, импедансометрия, аудиометрия в свободном звуковом поле, компьютерная аудиометрия ,компьтерная томография). Для характеристики состояния ЦНС использовались данные неврологического статуса обследуемых больных, а также данные ЭЭГ, РЭГ и ЭХОЭГ, проводимых по классическим методикам.

Аудиологическое исследование проводилось с учетом возрастных особенностей детей на аудиометре «AD- 40 Interacustiks», (Дания). Для детей дошкольного возраста тональная аудиограмма строилась с помощью игровой методики с использованием набора игрушек через выработку условною рефлекса на звук (С. Кмита, 1971). У детей старше 6 лет исследование слуха проводилось методом тональной пороговой аудиометрии по аналогии с данным исследованием у взрослых. Маскировка применялась при наличии слуховой асимметрии. Результаты аудиометрии регистрировались на аудиограмме и оценивались в соответствии с международной классификацией степени тугоухости ВОЗ (1 степень 26- 40 Дб; 2 степень от 41- 55 Дб; 3 степень от 56-70 Дб; 4 степень 71-90 Дб; Глухота выше – 91 Дб).

Импедансометрия включала тимпанометрию и акустическую рефлексометрию (Анализатор среднего уха «Zodiac 901»-«Medsen Electronics», Дания). Тимпанометрия проводилась по общепринятой методике и позволяла судить об особенностях состояния среднего уха и слуховой трубы. Полученные данные оценивались в соответствии с классификацией J. Jerger (Д.И. Тарасов, 1988). Акустическая рефлексометрия позволяла оценить изменение податливости звукопроводящей системы, степень сохранности слуховой системы до оливо-кохлеарного комплекса, косвенно судить о степени тугоухости, оценивать состояние ретрокохлеарных отделов по тесту распада акустического рефлекса. По показаниям детям от рождения и до 5 лет проводилось исследование коротколатентных слуховых вызванных потенциалов и компьтерной аудиометрии АССР для уточнения степени поражения слухового анализатора. Пациентам с впервые выставленным диагнозом тяжелой и глубокой степени тугоухости назначалось проведении Компьютерной томографии.

Всем детям имплантированным системой кохлеарной имплантации проводилась аудиометрия в свободном звуковом поле, и в качестве скрининговой методики использовались определение восприятия и разборчивости шепотной и разговорной речи, которое проводилось по обще принятым методикам. В частности у говорящих детей это осуществлялось с помощью знакомых ребенку слов и таблиц разработанных Теткиным и Л,В. Нейманом (Т.Высштановкая ,1965),А.М. Ошерович (А.П.Велицкий,1972 год).

У не говорящих детей исследования проводилось с использованием не речевых звуков

(барабан – низкие частоты, гармошка – средние частоты, свисток- высокие частоты) и звуков речи различной частоты и громкости (ПА- низкие/тихие звуки; Ш-средние\тихие звуки; С-высокие\тихие звуки) при участии сурдопедагога, путем выработки навыков **условло**-рефлекторной реакции (УДР).

Результаты исследования и их обсуждение.

Для выявления направлений профилактических и реабилитационных мероприятий нами проанализированы причины развития тугоухости **у** детей используя данные анамнеза заболевания детей, состоящих на диспансерном учете у сурдолога, годовых отчетов детской сурдологической службы за последние 2 года и анкетирования родителей.

В течение исследуемого периода увеличилось количество детей с 3- 4 степенью тугоухости и глухотой в 1,5 раза (от 415 до 567). При этом в продолжение исследуемого периода увеличилась доля тяжелых форм поражения органа слуха (3-4 ст.), обусловленная перинатальной патологией, патологией беременности и родов.

Структура хронической сенсоневральной тугоухости тяжелой и глубокой степени среди детского населения в г. Алматы», состоящих на учете в Детском сурдологическом центре с 2015 по 2017 годы, относительно причинного фактора отражена в таблице 2

Данные, представленные в таблице 2, свидетельствуют о том, ведущими причинами нарушения слуха у детей г. Алматы являются патология беременности (43,1 % от ХНСТ, 17,6 % от всех случаев тугоухости) и родов (14,1 % от ХНСТ, 5,7 % от всех случаев тугоухости), наследственные заболевания, сопровождающиеся поражением слухового анализатора (9,3 % от ХНСТ, 3,9 % от всех случаев тугоухости), недоношенность плода (9,5 % от ХНСТ, 3,8 % от всех случаев тугоухости), эпидемический менингит (4 % от ХНСТ, 1,6% от всех случаев тугоухости), а также последствия черепно - мозговой травмы (1,8 % от нейросенсорной тугоухости, 0,7 % от всех случаев тугоухости). Необходимо отметить, что число случаев тугоухости неясной этиологии остается значительным, несмотря на достоверное уменьшение их доли на 8,5 % в структуре ХНСТ. Полученные данные анамнеза жизни детей наблюдаемой группы свидетельствуют о крайне неблагоприятном течении антенатального периода. Только 76,1% детей родились доношенными, в 23,9% случаев зарегистрированы преждевременные роды. В 64,2 % случаев была выявлена патология беременности, в частности хроническая фетоплацентарная недостаточность и хроническая внутриутробная гипоксия плода. Инфекционные болезни матери во время беременности были отмечены в 23,1 % случаев. Интранатальный период оказался отягощенным у 38,1 % детей. Большое число наблюдаемых детей родилось в состоянии асфиксии (13,4%) с оценкой по шкале Апгар 7-6, 5-4 балла, что требовало у ряда пациентов проведения реанимационных мероприятий, являющихся также фактором риска возникновения патологии центральной нервной системы и органа слуха. Указание на внутричерепную травму во время родов имелось в анамнезе у 5,2 % детей. Гемолитическая болезнь новорожденных отмечена у 3,7 % детей.

Таблица 2 - Число детей, состоящих на учете в детском сурдологическом центре, по поводу ХСНТ с учетом причинного фактора с 2015 по 2017 годы

№	Этиологический фактор	2015 год	2016 год
1	Патология беременности	36,8 %	43,1%
2	Инфекционные болезни матери	0,59%	0,53%
3	Недоношенность плода	10,3,%	9,5%
4	Патология Родов	17,7%	14,1%
5	Асфиксия в родах	0,48%	0,42%

6	Внутричерепная травма во время родов	0	0
7	Детские инфекционные заболевания	0	0
8	Наследственные заболевания сопровождающиеся поражением слухового анализатора	10,7%	9,74%
9	Эпидемический менингит	4,26%	4%
10	Черепно- мозговая травма	1,83%	1,79%
11	Гемолитическая болезнь новорожденных	0,65%	0,59%
12	Прием препаратов с ототоксическим действием	0,06%	0,05%
13	Грипп	0	0
14	Резус- конфликт	0	
15	Неясная этиология	18,1%	16,3%
16	**ВСЕГО:**	**415 (100%)**	**567(100%)**

Таким образом, у всех детей с ХНСТ имелись в той или иной степени нарушения антенатального, интранатального и неонатального периодов, что сформировало сложный комплекс перинатальной патологии ЦНС, проявившейся энцефалопатией преимущественно ишемически-гипоксического генеза. Наиболее часто встречались следующие синдромы: гипертензионно-гидроцефальный синдром - 17,2 % случаев (23 ребенка), синдром возбуждения - 17,2 % случаев (23 ребенка), синдром вегетативно-висцеральных дисфункций - 6,7 % случаев (9 детей), судорожный синдром - 3,0 % случаев (4 ребенка), синдром угнетения - 6,7 % случаев (9 детей). Последствия раннего органического поражения центральной нервной системы (ППЦНС) у детей исследуемой группы выявлялись в виде астено-невротического синдрома в 17,9 % случаев (24 ребенка), гипертензионного синдрома - 17,2 % случаев (23 ребенка), очаговой микросимптоматики - 12,6 % случаев (17 детей), пирамидной недостаточности 3,0 % случаев (4 ребенка). Эписиндром наблюдался в 3,0 % случаев (4 ребенка), детский церебральный паралич (ДЦП) выявлен у 3 детей (2,2 %). Явления минимальной мозговой дисфункции были у 53 детей (39,6 %). Вегето-сосудистая дистония была отмечена у 9 детей (6,7%), у 7 (5,2%) из них - по гипотоническому типу, у 2 (1,5%) - по гипертоническому типу. У многих детей наблюдалалась быстрая утомляемость, сниженная работоспособность, нарушения сна, метеолабильность. У всех детей на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) регистрировались диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга: легкой степени — 6% случаев, грубые изменения органического типа — 29,4% случаев, у 91,2% из них выявлена дисфункция срединных структур. 14,7% детей имеют на ЭЭГ замедление формирования основного возрастного ритма. Кроме того, признаки эпилептической На основании тональной аудиограммы у детей с четвертой степенью тугоухости (n=40) пороги по воздушной проводимости были на уровне 81-82,6 дБ, различие между ушами в среднем составило 1,55 дБ. Порог восприятия тонов при костной проводимости у детей с 4 степенью тугоухости на тоны с частотой 250-500 Гц были на уровне 50-70 дБ, а далее у большей части детей кривые костной проводимости обрывались, что не позволило проанализировать этот критерий также и у глухих детей. Тоны речевых частот глухие дети («=66) воспринимали на уровне 101,1-101,3 дБ, различие между ушами в среднем было близким к нулю. Преобладающее большинство аудиограмм имело полого нисходящий вид, причем кривая костной проводимости повторяла кривую - воздушной проводимости. Регистрация акустического рефлекса и тимпанометрическое исследование было проведено всем детям. У детей с четвертой степенью тугоухости и глухотой не был зарегистрирован акустический рефлекс или он был извращен. Этот факт косвенно свидетельствует о центральном уровне поражения или о вовлечении в патологический процесс центральных и периферических структур слухового анализатора. Нормальная тимпанометрическая кривая типа А (по J Jerger, 1970) была зарегистрирована в 96,6% случаев. Тимпанограмма типа С выявлена у одного ребенка, страдающего экссудативным средним отитом, у которого в периоде ремиссии сохранялось небольшое отрицательное давление в барабанной полости до - 40 дПа, характеризующее дисфункцию слуховой трубы. Тимпанометрическая кривая не зарегистрирована у 2 детей, имеющих врожденный дефект развития, и у 2 детей после общеполостных операций. В первых двух случаях аудиометрическая кривая носила сенсорный характер, в последних двух случаях аудиометрические кривые свидетельствовали о преобладании сенсорного компонента тугоухости.

При анализе причин, вызвавших тугоухость у детей исследуемой группы, обращало на себя внимание преобладание патологии беременности (64,2%) и родов (38,1%), недоношенности, преимущественно 1-2 степени (23,9%), инфекционных заболеваний матери во время беременности (23,1%), наследственных заболеваний, сопровождающихся поражением слухового анализатора (17,2%). Детские инфекционные болезни были возможной причиной тугоухости у 9,0% детей. Тяжелая черепно-мозговая травма явилась самостоятельной причиной развития тугоухости у двоих детей (1,5%), в 3 (2,2%) случаях она сочеталась с другими травмирующими факторами. Оперированный хронический средний отит у двоих детей был причиной четвертой степени смешанной тугоухости с преобладанием сенсорного компонента. Развитие тяжелой тугоухости и глухоты было обусловлено преимущественно глубокой недоношенностью, натальной асфиксией (13,4%), применением ототоксических антибиотиков (7,5%), внутричерепной травмой во время родов (5,2%) гемолитической болезнью (3,7%), менингитом (3,7%), гриппом (3,7%). Наследственная тугоухость также вызывала значительную потерю слуха до глухоты. Кроме того, необходимо отметить, что более чем в половине случаев (68,7%) наблюдалось несколько причинных факторов у одного ребенка, которые и в качестве моно причины могли вызвать тяжелую потерю слуха.

Определяя эффективность слуховой абилитации и реабилитации у 102 пациентов, пользователей системы кохлеарная имплантация, использовался субъективный метод оценки – Аудиометрии в свободном звуковом поле. Всем пациентам исследуемой группы обследование проводилось с речевым процессором по стандартной методике используя

Частотно-модулированный тон. Пороги регистрировались на 4 частотах (500\1000\2000\4000 Гц). Средний возраст обследуемой группы составил от 3,5 до 7,5 лет. Детям от 1,5 до 4,5 лет (43,1%) оценка проводилась по безусловно-ориентировочной реакции в виде движения глаз, замирания, поворота головы в сторону звука. Детям от 5 лет и старше (56,8%) оценка проводилась по условно - рефлекторной реакции на звуки-путем складывания кубиков в корзину; поднятие руки в ответ на услышанный звук, нажатие на кнопку «ответа» и т.д. В результате на основании аудиометрии в свободном звуковом поле с речевым процессором пороги по воздушной проводимости у пациентов пользователей системы кохлеарная имплантация были на уровне 21- 23,5 Дб (87,5% случаев); 32,7 -34,3Дб (7,8%), что соответствует 1 степени тугоухости; 43,5-44,7 Дб – (1,9%), - что соответствует 2 степени тугоухости; 82,3- 87,3 – (2,8%), что соответствует 4 степени тугоухости. В последних двух случаях у пациентов со средней потерей 43,5-44,7Дб в анамнезе врожденная аномалия развития улиток (Мондини 1,2 тип), у трех пациентов со средней потерей 82,3- 87,3 Дб выявилась поломка микрофона речевого процессора.

Таким образом, исследуемую группу составили дети, имеющие преимущественно четвертую степень тугоухости или глухоту. Хроническая сенсоневральная тугоухость тяжелой и глубокой степени тугоухости полиэтиологичное заболевание. Профилактика возникновения ХСНТ в ряде случаев может быть достигнута оздоровлением женщин фертильного возраста, правильным ведением беременности и родов. В патологический процесс был вовлечен звуковоспринимающий отдел слухового анализатора на всем его протяжении. В настоящее время существуют высокотехнологические медицинские способы лечения ХСНТ тяжелой и глубокой степени.

Заключение: Структура причин нарушения слуха у детей г.Алматы разнообразна с преобладанием в патологии беременности (17,6%) и родов (5,7%), наследственных заболеваний, сопровождающихся поражением слухового анализатора (3,9%), недоношенности II степени (3,8%), последствий перенесенного менингита в раннем периоде детства (1,6%). Поэтапная оценка динамики структуры причин, обусловивших развитие тугоухости у детей г.Алматы с 2015 по 2017 годы, свидетельствовала о нарастании доли патологии осложнений беременности, а именно хронической фетоплацентарной недостаточности и хронической внутриутробной гипоксии плода. Кохлеарная имплантация - единственный на сегодняшний день метод лечения тяжелых и глубоких форм тугоухости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Альтман Я.А Таваркиладзе Г.А Клиническая аудиология. - М.: Медицина, 2013. – 374 с.
2 М.Я. Ледяев, Г.И. Мельникова, Н.К. Санжаровская Опыт применения вазобрала в лечении кохлеовестибулярных расстройств //Новости оториноларингологии и логопатологии. - 1998. – №4. – С. 66-67.
3 Кузьмичева, Е.П. Развитие речевого слуха у глухих / Под ред. Т.А. Власовой. - НИИД АПН СССР. - М.: Педагогика, 1983.– 160 с.
4 А.И.Лопотко Практическое руководство по сурдологии . - СПб.: Диалог, 2008. – 269 с.
5 И.В.Королева Кохлеарная имплантация. 2 изд. - СПб.: КАРО, 2012. - 738 с.
6 JI.M. Абрамова, Н.Н. Чернявская Опыт реабилитации детей с нарушениями слуха //Новости оториноларингологии и логопатологии. - 1998. - №4. - С. 14-16.
7 Агаджанова С.Н Особенности психического развития детей, страдающих патологией ЛОР органов // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 1998. - №1. - С. 128-130.
8 И.М. Алибеков Сравнительная оценка эффективности лечения сенсоневральной тугоухости антибиотиковой и неантибиотиковой этиологии мидокалмом в сочетании с ноотропилом // Вестник оториноларингологии. - 1997. - №4. – С. 20-23.
9 С.А. Артюшкин Роль тромбофилии в развитии острой сенсоневральной тугоухости // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 2001. - №2. - С. 90.
10 С.М. Бабин. Статокинетические, психолого-психофизиологические и вегетативные нарушения у больных вегетозами и методы их коррекции. : автореф. дис. ... канд. мед. - СПб.: 2003. - 18 с.
11 Л.Н. Бабкина Особенности отображения частотной структуры сигналов в периферическом отделе слухового анализатора в норме и патологии // Вестник оториноларингологии. - 2000. - №3. - С. 28-30.
12 Л.Н. Бабкина А.П. Молчанов Пути использования цифровой обработки сигналов для расширения возможностей слуховых аппаратов // Вестник оториноларингологии. - 1998. - №4. - С. 18-21.
13 И.Г. Багрова Обучение слабослышащих учащихся восприятию речи на слух . - М.: Просвещение, 1990. - 187 с.

Г.К. Каусова, Н.М. Тулепбекова
Қазақстан медицина университеті «ВШОЗ»

АЛМАТЫДА БАЛАЛАР АРСЫНДА АУЫР ЖАНЕ ТЕРЕНТАРАУЛЫ СОЗЫЛМАЛЫ ТУГОУХОСТЬ

Түйін: Зерттеу жүктілік патологиясы (17,6%) басым болуы және жеткізу (5,7%) бар түрлі балалар Алматы қаласында есту қабілетінің жоғалуына себептерін, есту анализаторы (3,9%) қырып қатысуымен тұқым қуалайтын аурулардың құрылымы көрсеткендей, ерте балалық шақ менингит кезең (1,6%) зардабын шегіп II шала (3,8%).
Түйінді сөздер: абилитациялық, оңалту, созылмалы тугоухостью және кереңдік, бұзылуы, әлеуметтік оңалту, impedancemetry, аудиометрию, босанғанға дейінгі, оқып, ғылыми-зерттеу, үні кохлеарлы имплантация есту

G.K.Aussova , N.T. Tulepbekova
Kazakhstan Medical University

PREVALENCE CHRONIC SENSONEURAL HEARING LOSS OF SEVERE AND PROFOUND CHILDREN IN ALMATY

Resume: The study showed that the structure of the causes of hearing impairment in children in Almaty is diverse, with prevalence in pregnancy pathology (17.6%) and childbirth (5.7%), hereditary diseases, accompanied by damage to the auditory analyzer (3.9%), Prematurity of grade II (3.8%), consequences of meningitis in early childhood (1.6%).
Keywords: habilitation, rehabilitation, chronic sensorineural hearing loss and deafness, retro labyrinth auditory disorders, social rehabilitation, impedance measurement, audiometry, antenatal period, audiological examination, tonal audiogram, cochlear implantation.

УДК 616.322-002.2-053.2

С.А. Таукелева, М.С. Расулова, С.К. Станова
Казахский медицинский университет непрерывного образования
г. Алматы, Казахстан

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ АППАРАТОМ ТОНЗИЛОР-М

В статье описана клиническая эффективность лечения больных с хроническим тонзиллитом аппаратом «Тонзилор-М», как один из альтернативных методов лечения-тонзиллэктомии. При его применении в сочетании с комплексной терапией отмечается снижение частоты рецидивов ангин, уменьшение объективных и субъективных признаков,улучшение общего состояния пациентов. Методика вакуумного промывания небных миндалин аппаратом «Тонзилор-М» более социально адаптирована среди населения, являющихся противниками тонзиллэктомии.
Ключевые слова: *хронический тонзиллит, аппарат «Тонзилор-М», ангина, небные миндалины, рецидив.*