**Миронюк Борис Миколайович. Диференціально-топічна діагностика інтракохлеарної хронічної сенсоневральної приглухуватості у дітей : Дис... канд. наук: 14.01.19 – 2005**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| ***Миронюк Б.М.****Диференціально-топічна діагностика інтракохлеарної хронічної сенсоневральної приглухуватості у дітей.– Рукопис.*Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.19 – оториноларингологія. – Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМН України, Київ, 2005.Дисертація присвячена підвищенню ефективності диференціально-топічної діагностики інтракохлеарної хронічної сенсоневральної приглухуватості (ХСНП) у дітей на основі використання тесту швидкої слухової адаптації.Дисертаційна робота ґрунтується на результатах обстеження і лікування 110 хворих з II-III ступенем ХСНП.При використанні тесту швидкої слухової адаптації нами були виділені чотири основних варіанти адаптаційних реакцій, при яких можна визначити 4 форми інтракохлеарної ХСНП: 1) рецепторна, коли ураження локалізується в волоскових клітинах; 2) невральна, коли уражена ділянка першого нейрона; 3) змішана (рецепторно-невральна), коли уражені і волоскові клітини, і волокна слухового нерва; 4) адаптаційно-збережена, коли частина елементів внутрішнього вуха загинула або зруйнована, а ті, що залишилися, функціонують нормально.Ендоауральне фоноелектрофоретичне введення хворим лікарських препаратів, зокрема розчинів вітаміну В1, ніфедіпіну, адреналіну, преднізолону (а також поєднання двох останніх), призвело до достовірного зниження порогів сприйняття звуків на мовних частотах у пацієнтів з невральною та рецепторно-невральною формами інтракохлеарної сенсоневральної приглухуватості. У дітей з рецепторною й адаптаційно-збереженою формами інтракохлеарної сенсоневральної приглухуватості не виявлено статистично-достовірних змін слухової функції.Результати проведеного дослідження дозволяють прогнозувати ефективність лікування дітей, хворих на інтракохлеарну хронічну сенсоневральну приглухуватість та відкривають перспективу подальшої деталізації інтракохлеарних уражень.Це дало можливість уточнити і деталізувати існуючу на сьогоднішній день класифікацію інтракохлеарної ХСНП і на цій підставі рекомендувати спрямоване лікування дітей з ХСНП. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Розроблено диференціально-топічну діагностику внутрішньозавиткової хронічної сенсоневральної приглухуватості на основі тесту швидкої слухової адаптації.2. Подовження латентного періоду V хвилі коротколатентних слухових викликаних потенціалів (КСВП) із збільшенням частоти послідовності клацання з 21 до 99 Гц без маскування та в умовах широкосмугового маскуючого шуму при співвідношенні сигнал/шум 0 дБ дає можливість диференціювати різні варіанти внутрішньозавиткових уражень.3. Визначено чотири основні комбінації змін латентних періодів V хвилі КСВП: 1) L1=0 і L2=0; 2) L1>0 і L2>0; 3) L1=0 і L2>0; 4) L1>0 і L2=0 (зміну латентного періоду V хвилі КСВП менше 150 мкс не враховували і прирівнювали до 0), при цьому L1>0 – подовження латентного періоду V хвилі КСВП із збільшенням частоти послідовності клацань з 21 до 99 Гц понад 150 мкс у відсутності маскуючого шуму; L2>0 – подовження латентного періоду V хвилі КСВП із збільшенням частоти послідовності клацань з 21 до 99 Гц понад 150 мкс в умовах маскування при співвідношенні сигнал/шум 0 дБ.4. Отримані на основі швидкої слухової адаптації дані дозволяють диференціювати чотири форми внутрішньозавиткової патології: 1) L1=0 і L2=0 – як рецепторну форму (переважне ураження волоскових клітин); 2) L1>0 і L2>0 – як невральну форму (переважне ураження спірального ганглію); 3) L1=0 і L2>0 – як рецепторно-невральну форму (порушення функції як волоскових клітин, так і спірального ганглію); 4) L1>0 і L2=0 – як адаптаційно-збережену форму (збережені волоскові клітини, й елементи спірального ганглію нормально реагують на звукові навантаження в умовах шуму і без нього) інтракохлеарної сенсоневральної приглухуватості.5. Доведено, що провести диференціально-топічну діагностику уражень слуху у пацієнтів з ІІІ ступенем хронічної сенсоневральної приглухуватості з наявністю залишкового слуху в діапазоні частот менше 1 кГц можливо тільки при використанні вузькосмугового клацання з центральною частотою 500 Гц.6. Встановлено, що ендоауральне фоноелектрофоретичне введення хворим лікарських препаратів, зокрема розчинів вітаміну В1, ніфедіпіну, адреналіну, преднізолону (а також поєднання двох останніх), призводить до достовірного зниження порогів сприйняття звуків на мовних частотах у пацієнтів з невральною та рецепторно-невральною формами інтракохлеарної сенсоневральної приглухуватості. У дітей з рецепторною й адаптаційно-збереженою формами інтракохлеарної сенсоневральної приглухуватості не виявлено статистично-достовірних змін слухової функції.7. Результати проведеного дослідження дозволяють прогнозувати ефективність лікування дітей, хворих на інтракохлеарну хронічну сенсоневральну приглухуватість, та відкривають перспективу подальшої деталізації інтракохлеарних уражень. |

 |