

Т.О. ШЕВЧЕНКО

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ МЕНЬЄРА З ТОЧКИ ЗОРУ ЯКОСТІ ЇХ ЖИТТЯ

*Від. мікрохірургії вуха та отонейрохірургії (зав. – проф. Ю.О. Сушко)
«ДУ Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
(дир. – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний)*

Підвищений інтерес до вивчення якості життя стимулюється бурхливим розвитком технічного оснащення медичної бази, що призводить до нераціонального використання великого арсеналу інструментальних методів обстеження та лікування хворих, іноді до поліпрагмазії. Незважаючи на всеохоплюючі методи об'єктивного обстеження, вони не завжди можуть дати точну оцінку стану пацієнта, іноді мають суперечливий характер і не відповідають їх суб'єктивному самопочуттю [5, 7, 8]. Це також стосується осіб з хворобою Мен'єра, тому що навіть сучасні методи діагностики та об'єктивні методики не завжди можуть бути інформативними щодо істинного стану хворого та дати об'єктивну оцінку ефективності проведеного лікування.

Останнім часом було показано, що інформація, яка історично класифікується як об'єктивна (це показники, що отримані у ході інструментальних та лабораторних досліджень і потребують значних економічних витрат), може бути варіабельною в той час, коли аналіз суб'єктивних показників (симптоми хвороби, детальний анамнез, оцінка хворим свого самопочуття та функціональних можливостей) більш точно відображає стан хворого, впливає на вірне розуміння ефективності проведеного лікування і того, чи задоволений результатами пацієнт і чи буде проводитись співпраця лікар-пацієнт у подальшому [1, 3].

Зважаючи на це, дослідницька група ВОЗ пропонує розглядати питання ефективності і якості медичної допомоги з урахуванням трьох критеріїв: адекватності, еко-

номічності, науково-технічного рівня [2]. При цьому під "адекватністю" медичної допомоги розуміється необхідність досягнення прийнятної для хворого "якості життя" [4, 6, 9].

Відомо, що хвороба Мен'єра не загрожує життю пацієнта, але вагомо впливає на стан його здоров'я та якість життя і призводить до соціального дефіциту. Оцінка якості життя при хворобі Мен'єра може бути одним з критеріїв ефективності проведеного лікування, прогностичною ознакою перебігу захворювання, критерієм вибору консервативного чи хірургічного методу лікування.

Мета дослідження – визначити ефективність різних методів лікування пацієнтів з хворобою Мен'єра за допомогою показників якості життя.

Матеріали та методи дослідження

Нами обстежено і проліковано 75 осіб з діагнозом хвороби Мен'єра та 30 здорових віком від 20 до 67 років. Строк спостереження за хворими складав від 12 до 18 міс. Обстежувані розподілялися на 3 групи в залежності від методу лікування. Пацієнти 1-ї групи (n-25) отримували курс „класичної” медикаментозної терапії, що включав препарати, які мають судинну та метаболічну дію, впливають на мозковий кровообіг, а також вміст гідрокарбонату натрію. Хворі 2-ї групи (n-25) лікувалися методом немедикаментозної малоінвазивної терапії, а саме: пневмомасажем вікон лабіринту за допомогою отологічного пристрою для

пульсової подачі низького тиску Meniett через отвір у барабанній перетинці. В 3-й групі (n-25) проводилося комплексне лікування, що включало пневмомасаж вікон лабіринту та кінезітерапію. Перед лікуванням усі пацієнти були обстежені за загальноприйнятими клінічними, аудіометричними, вестибулометричними методиками, а також у них визначався вихідний рівень якості життя. Ми вивчили якість життя пацієнтів з хворобою Мен'єра за допомогою модифікованої нами україномовної версії опитувальника загального типу Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36) з введенням у нього запитань, що відображають специфічні для хвороби Мен'єра симптоми, адаптованого для клінічного використання. Рівень якості життя визначався також у різні строки після лікування хворих: у найближчому періоді – через 3 міс та у віддаленому – через 12 і більше міс після закінчення курсу. Вдосконалена та адаптована нами версія опитувальника має наступні шкали:

1. Фізичне функціонування (ФФ) – відображає ступінь, у якій стан здоров'я хворого лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, хода, підйом по сходах тощо). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що фізична активність пацієнта значно обмежується станом його здоров'я.

2. Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (РФ), – вплив фізичного стану на рольове функціонування (праця, виконання загальної діяльності). Низькі показники за цією шкалою свідчать про значне обмеження повсякденної діяльності фізичним станом пацієнта.

3. Індекс запаморочення (ІЗ) - відображає інтенсивність запаморочення та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю. Низькі показники цієї шкали свідчать про значне обмеження активності пацієнта в зв'язку з вестибулярним синдромом.

4. Загальний стан здоров'я (ЗЗ) – оцінка хворим свого стану останнім часом. Чим нижче бали за цією шкалою, тим нижча оцінка стану здоров'я.

5. Життєздатність (Ж) – визначає відчуття себе як людини енергійної чи знеси-

леної. Низькі бали цієї шкали свідчать про втому пацієнта, зниження життєвої активності.

6. Соціальне функціонування (СФ) – характеризується ступенем, в якому фізичний чи емоційний стан обмежує соціальну активність, спілкування у суспільстві. Низькі бали за цією шкалою свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування в зв'язку з погіршенням емоціонального та фізичного стану.

7. Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (РЕФ), - вказує на ступінь емоційного стану, який перешкоджає виконанню праці чи іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості). Низькі показники цієї шкали свідчать про обмеження у виконанні повсякденної праці, обумовлене погіршенням емоційного стану.

8. Психологічне здоров'я (ПЗ) – відмічає настрій, наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій. Низькі показники цієї шкали вказують на присутність депресивних, тривожних хвилювань, психічне неблагополуччя.

Шкали опитувальника об'єднані у наступні два основних критерія.

1. Фізичний компонент здоров'я:
 - фізичне функціонування;
 - рольове функціонування, обумовлене фізичним станом;
 - індекс запаморочення;
 - загальний стан здоров'я.
2. Психологічний компонент здоров'я:
 - життєздатність;
 - соціальне функціонування;
 - рольове функціонування, яке обумовлене емоційним станом;
 - психологічне здоров'я.

Основними критеріями виключення хворих з дослідження були тяжка супутня соматична патологія та двобічна сенсоневральна приглухуватість високого ступеня, що могло істотно вплинути на результати дослідження.

Результати досліджень та їх обговорення

Пристрій Meniett, призначений для пневмомасажу вікон лабіринту, створює

імпульси низького тиску (у діапазоні від 0 до 20 мм водного стовпчика) частотою 6 Гц, пульсація – протягом 0,6 с. Імпульси подаються у зовнішній слуховий хід крізь поліетиленову трубку. Для транстимпанальної передачі імпульсів низького тиску до середнього вуха та вікон лабіринту в барабанну перетинку встановлюється вентиляційна трубка. Тимпаностомічна трубка вводиться у задньонижній квадрант барабанної перетинки ураженого вуха пацієнта під місцевою або загальною анестезією, що визначається лікарем та пацієнтом. Один цикл лікування займає 5 хвилин і складається з трьох циклів по 60 с та двох перерв по 40 с.

Терапевтичний ефект досягається завдяки покращанню мікроциркуляції рідин внутрішнього вуха (перилімфи та ендолімфи), поліпшенню евакуації ендолімфи до ендолімфатичного протоку та мішка. Пацієнти 2-ї та 3-ї груп отримували 3 сеанси лікування за день протягом 10 діб, а в 3-й групі, додатково, проводився курс кінезітерапії протягом 2 міс.

Вихідний рівень якості життя пацієнтів з хворобою Мен'єра 1, 2 та 3-ї груп визначався анкетуванням перед початком лікування. Результати анкетування показали, що якість їх життя істотно знижена у порівнянні зі здоровими особами (табл. 1).

Дані, наведені у табл. 1, свідчать про те, що у хворих 1, 2 та 3-ї груп відмічаються досить низькі показники якості життя по всіх шкалах і немає достовірної різниці показників між групами. У пацієнтів 1-ї групи фізичний компонент здоров'я складає 41,48, а саме: фізичне функціонування – 21,65 бала; рольове фізичне функціонування – 4,35; індекс запаморочення – 12,24; загальне фізичне здоров'я – 3,24 бала. У 2-й групі фізичний компонент здоров'я становить 36,48 бала, а саме: фізичне функціонування – 18,64, рольове фізичне функціонування – 4,14; індекс запаморочення – 10,5; загальне фізичне здоров'я – 3,2. В 3-й групі фізичний компонент здоров'я мав показник 38,06 бала; фізичне функціонування – 19,84; рольове фізичне функціонування – 4,18; індекс запаморочення – 10,64; загальне фізичне здоров'я – 3,4 бала.

Психологічний компонент здоров'я хворих 1-ї групи складає 27,3 бала: життє-

здатність – 6; соціальне функціонування – 3,47; рольове емоційне функціонування – 3,24; психологічне здоров'я – 14,59 бала.

Психологічний компонент здоров'я у осіб 2-ї групи істотно складав 27,91 бала: життєздатність – 6,5; соціальне функціонування – 3,73; рольове емоційне функціонування – 3,18; психологічне здоров'я – 14,5 бала.

Психологічний компонент здоров'я обстежуваних 3-ї групи істотно не відрізнявся від такого в 1-й та 2-й групах і складав 27,71 бала: життєздатність – 6,4; соціальне функціонування – 3,45; рольове емоційне функціонування – 3,26; психологічне здоров'я – 14,6 бала.

Отже, загальний вихідний рівень здоров'я пацієнтів з хворобою Мен'єра 1, 2 та 3-ї груп складав, відповідно, 68,78; 64,39 та 65,77 бала, що свідчить про досить вагомий вплив хвороби на якість життя обстежуваних.

Після проведеного лікування у хворих 1, 2 та 3-ї груп проведено комплексну оцінку якості життя методом анкетування через 3 та 12 міс. Результати наведені у табл. 2.

Через 3 міс після лікування відбулася значна зміна якості життя хворих. Зміна фізичного компонента здоров'я, як складової якості життя, у пацієнтів 1-ї групи характеризувалася підвищенням рівня фізичного функціонування (25,82 бала), рольового фізичного функціонування (6,12 бала), індексу запаморочення (22,06 бала) та загального рівня здоров'я (5,94 бала). Отже, фізичний компонент здоров'я складав 59,94 бала. Відповідно спостерігалось підвищення психологічного компоненту здоров'я (58,41 бала), а саме: життєздатності (11,94 бала), соціального функціонування (6,65 бала), рольового емоційного функціонування (4,53 бала) та психологічного здоров'я (35,29 бала). Загальний рівень здоров'я у осіб 1-ї групи становив 118,35 бала.

Аналогічні зміни по покращанню якості життя спостерігалися у обстежуваних 2-ї групи, але показники рівня здоров'я у них були достовірно дещо більш високими, ніж у 1-й групі.

Таблиця 1

Рівень якості життя здорових та хворих 1-ї і 2-ї груп перед початком лікування

Шкали якості життя	Здорові люди (n – 30)	1-а група хворих (n – 25)	2-а група хворих (n – 25)	3-я група хворих (n – 25)
	рівень якості життя в балах			
Фізичне функціонування	28,6±1,4*	21,65±0,92*	18,64±0,88*	19,84±1,04*
Рольове фізичне функціонування	7,2±0,8*	4,35±0,68*	4,14±0,76*	4,18±0,47*
Індекс запаморочення	29,8±1,2*	12,24±0,95*	10,5±1,04*	10,64±0,81*
Загальний стан здоров'я	8,6±1,4*	3,24±0,46*	3,2±0,48*	3,4±0,18*
Фізичний компонент здоров'я	74,2±4,8*	41,48±3,01*	36,48±3,16*	38,06±2,5*
Життєздатність	18,2±1,8*	5,2±0,8*	6,5±0,74*	6,4±0,9*
Соціальне функціонування	8,82±1,18*	3,47±0,26*	3,73±0,43*	3,45±0,65*
Рольове емоційне функціонування	4,8±1,2*	3,24±0,08*	3,18±0,08*	3,26±0,05*
Психологічне здоров'я	52,26±1,74*	14,59±0,98*	14,5±0,95*	14,6±0,92*
Психологічний компонент здоров'я	84,08±5,92*	27,3±2,12*	27,91±2,23*	27,71±2,52*
Загальний рівень здоров'я	169±10,72*	68,78±5,13*	64,39±5,39*	65,77±5,02*

Примітка: *p<0,05 - зміни достовірні.

Таблиця 2

Рівень якості життя хворих 1 та 2-ї груп через 3 міс, 12 та більше місяців після лікування

Шкали якості життя	Через 3 міс після лікування			Через 12 і більше місяців після лікування		
	1-а група	2-а група	3-я група	1-а група	2-а група	3-я група
	рівень якості життя в балах					
Фізичне функціонування	25,82±0,71*	26,73±0,56*	28,99±0,68*	22,34±0,38*	24,8±0,66*	26,53±0,46*
Рольове фізичне функціонування	6,12±0,12*	6,56±0,08*	7,36±0,14*	4,36±0,2*	5,46±0,16*	6,84±0,22*
Індекс запаморочення	22,06±1,18*	25,8±1,38*	26,27±2,24*	14,3±1,8*	20,24±2,24*	23,18±1,62*
Загальний стан здоров'я	5,94±0,22*	6,8±0,28*	8,45±1,2*	3,6±0,9	5,2±0,7*	6,45±0,32*
Фізичний компонент здоров'я	59,94±2,23*	65,89±2,3*	71,07±4,26*	44,6±3,28*	55,7±3,76*	63±2,62*
Життєздатність	11,94±1,32*	14,65±1,2*	16,99±1,8*	7,2±0,98*	10,2±0,82*	13,9±1,32*
Соціальне функціонування	6,65±0,86*	7,42±0,64*	8,82±0,86*	4,36±0,24*	5,88±0,62	7,28±0,56*
Рольове емоційне функціонування	4,53±0,28*	4,78±0,73*	5,73±0,65*	3,68±0,42*	4,45±0,72*	5,64±0,64*
Психологічне здоров'я	35,29±2,14*	40,98±1,98*	46,82±1,72*	21,24±1,86*	33,65±1,48*	38,36±1,38*
Психологічний компонент здоров'я	58,41±4,6*	67,83±4,55*	78,36±5,03*	36,48±3,5*	54,18±3,64*	65,18±3,9*
Загальний рівень здоров'я	118,35±6,83*	133,72±4,85*	149,43±9,29*	81,08±6,78*	109,88±7,4*	128,18±6,52*

Примітка: * - p< 0,05 - зміни достовірні.

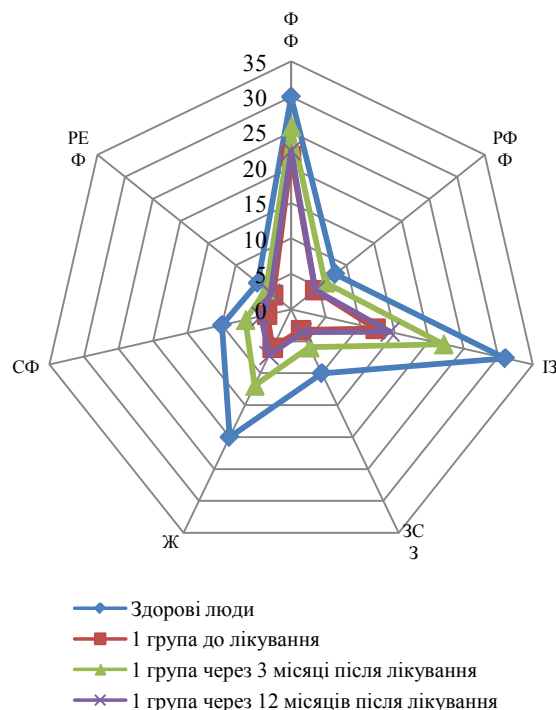
Показники якості життя в цій групі характеризувалися підвищенням рівня фізичного функціонування (26,73 бала), рольового фізичного функціонування (6,56 бала), індексу запаморочення (25,8 бала) та загального рівня здоров'я (6,8 бала). Фізичний компонент здоров'я складав 65,89 бала. Також відмічалось підвищення психологічного компоненту здоров'я (67,83 бала), а саме: життєздатності (14,65 бала), соціального функціонування (7,42 бала), рольового емоційного функціонування (4,78 бала) та психологічного здоров'я (40,98 бала). Загальний рівень здоров'я у хворих 2-ї групи дорівнював 133,72 бала.

Найвищі показники якості життя у найближчому періоді після лікування відмічались у осіб 3-ї групи. Показники якості життя у них мали наступні значення: фізичний компонент здоров'я становив 71,07 бала, рівень фізичного функціонування – 28,99 бала, рольового фізичного функціонування – 7,36 бала, індекс запаморочення – 26,27 бала та загальний рівень здоров'я – 8,45 бала. Відповідно мало місце підвищення психологічного компоненту здоров'я (78,36 бала), а саме: життєздатності (16,99 бала), соціального функціонування (8,82 бала), рольового емоційного функціонування (5,73 бала) та психологічного здоров'я (46,82 бала). Загальний рівень здоров'я у хворих 3-ї групи складав 149,43 бала.

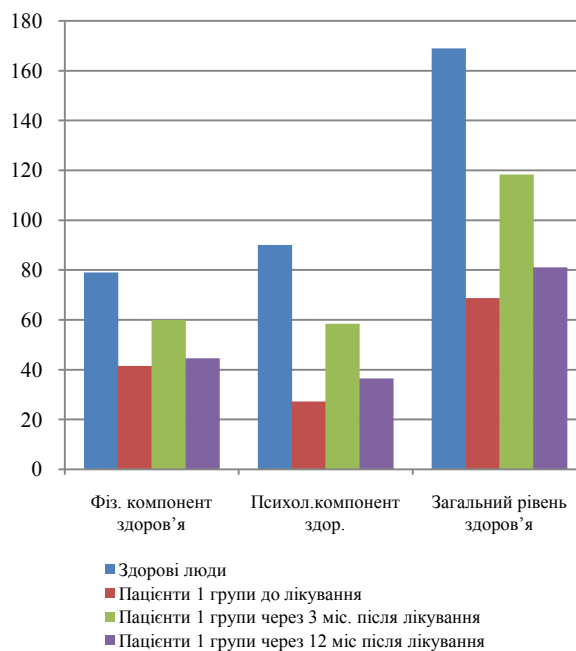
Результати досліджень якості життя пацієнтів з хворобою Мен'єра 3-ї групи у віддаленому періоді після лікування (табл. 2) свідчать про досить високий рівень здоров'я у них за показниками якості життя, на відміну від якості життя хворих 1 та 2-ї груп, у яких показники знизилися значно, а в 1-й групі – майже до вихідного рівня (рівня до лікування) (табл. 2).

У осіб 1-ї групи фізичний компонент здоров'я становив 44,6 бала, а саме: фізичне функціонування – 22,34; рольове фізичне функціонування – 4,36; індекс запаморочення – 14,3; загальне фізичне здоров'я – 3,6 бала. У пацієнтів 2-ї групи фізичний компонент здоров'я дорівнював 55,7 бала: фізичне функціонування – 24,8; рольове фізичне функціонування – 5,46; індекс запаморочення – 20,24; загальне фізичне здоров'я – 5,2 бала. В 3-й групі мали місце на-

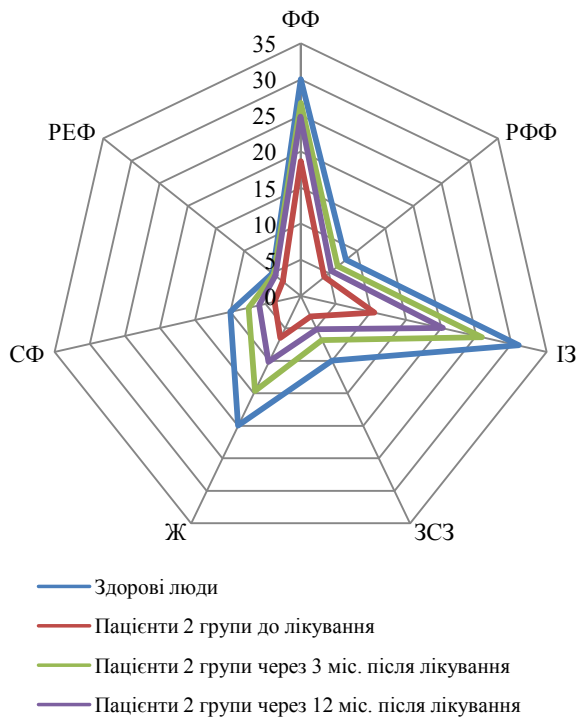
ступні показники: фізичне функціонування – 26,53 бала, рольове фізичне функціонування – 6,84; індекс запаморочення – 23,18; загальне фізичне здоров'я – 6,45; фізичний компонент здоров'я – 63 бала.



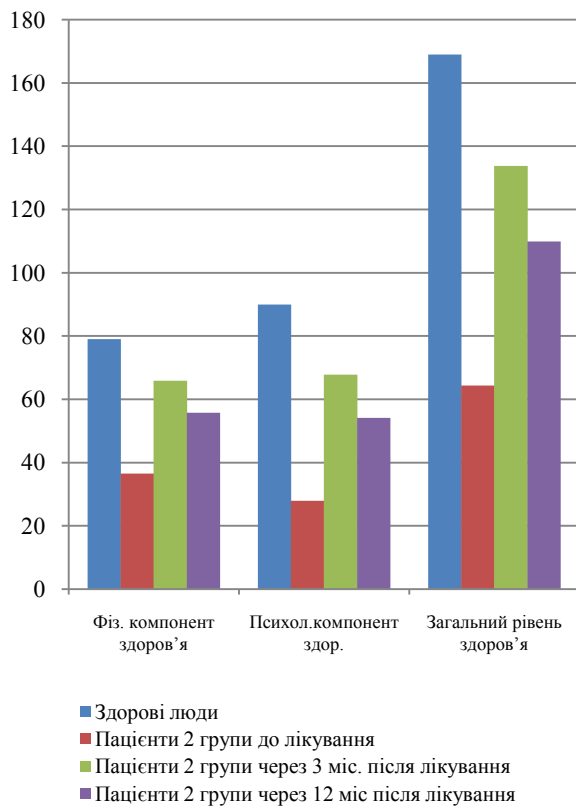
Мал. 1. Якість життя за даними опитувальника Medical Outcome Study Short-Form Health Survey хворих 1-ї групи.



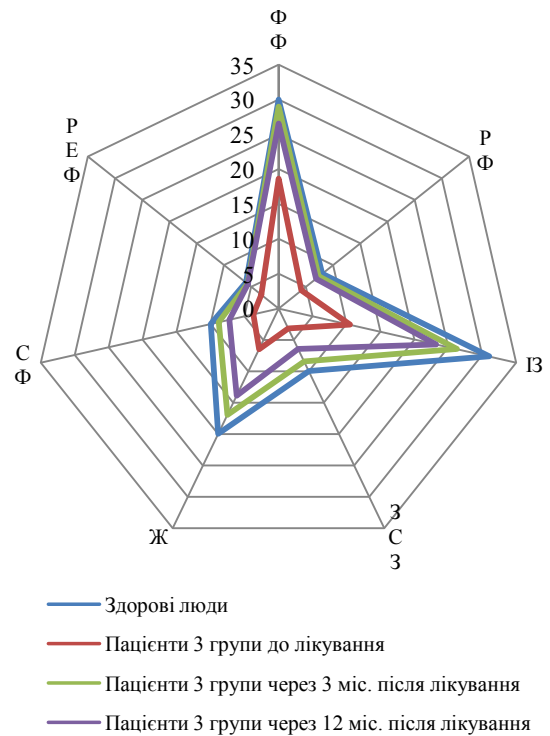
Мал. 2. Якість життя за даними опитувальника Medical Outcome Study Short-Form Health Survey хворих 1-ї групи.



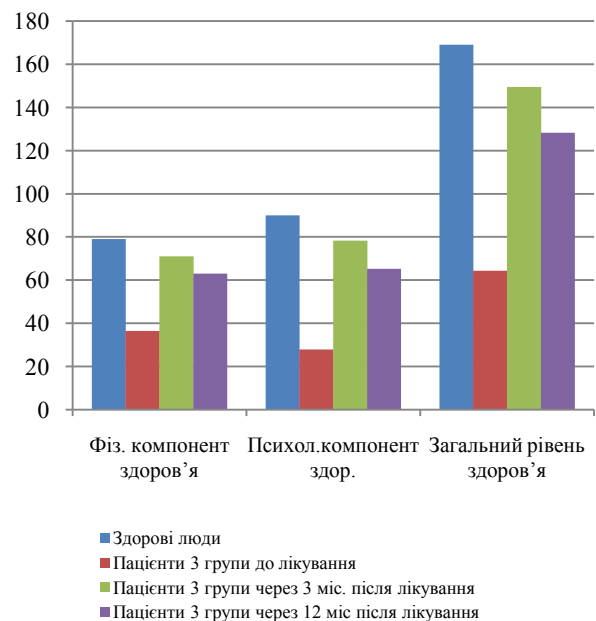
Мал. 3 Якість життя за даними опитувальника Medical Outcome Study Short-Form Health Survey хворих 2-ї групи.



Мал. 4. Якість життя за даними опитувальника Medical Outcome Study Short-Form Health Survey хворих 2-ї групи.



Мал. 5. Якість життя за даними опитувальника Medical Outcome Study Short-Form Health Survey хворих 3-ї групи.



Мал. 6. Якість життя за даними опитувальника Medical Outcome Study Short-Form Health Survey хворих 3-ї групи.

Психологічний компонент здоров'я хворих 1-ї групи склав 36,48 бала: життє-

здатність – 7,2; соціальне функціонування – 4,36; рольове емоційне функціонування – 3,68; психологічне здоров'я – 21,24 бала.

Психологічний компонент здоров'я пацієнтів 2-ї групи істотно відрізнявся від такого в 1-й групі і становив 54,18 бала, відповідно: життєздатність – 10,2; соціальне функціонування – 5,88; рольове емоційне функціонування – 4,45; психологічне здоров'я – 33,65 бала.

Найвищі показники психологічного здоров'я мали хворі 3-ї групи, що отримували комплексне лікування; життєздатність становила 13,9 бала, соціальне функціонування – 7,28, рольове емоційне функціонування – 5,64, психологічне здоров'я – 38,36, загальний психологічний компонент здоров'я 65,18 бала.

Література

1. Артемчук А.П., Артемчук О.А., Зовський В.М., Купрієнко І.Ф. Спосіб раннього прогнозу та діагностики алкогольної залежності за допомогою спеціальних комплексних таблиць. – Свідоцтво про реєстрацію авторського права на науковий твір № 10970, UA, 10.09.2004.
2. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – Киев: Морион, 2000. – 320 с.
3. Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. 2-е изд., перераб. и расш. – М.: Нолидж, 2000. – 448 с.
4. Марута Н.А. и соавт. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н.А. Марута, Т.В. Панько, И.А. Явдак, Е.Е. Семькина, С.П. Колядко, Г.Ю. Каленская / Под общ ред. Н.А. Маруты. – Харьков: Арсис, 2004. – 240 с.

References

1. Artemchuk AP, Artemchuk OA, Zovs'kyj VM, Kuprijenko IF. Early diagnosis and prognosis of alcohol dependence with use of special complex tables. Certificate of registration of copyright in scientific work № 10970, UA, 10.09.2004. Ukrainian.
2. Lapach SN, Chubenko AV, Babich PN. Statistical methods in biomedical research using Excel. Kiev: Morion; 2000. 320 p. Russian.
3. Lectures on Narcology. Ivanets NN, editor. 2nd edition. Moscow: Knowledge, 2000. 448 p. Russian.
4. Maruta NA, Pan'ko TV, Iavdak IA, Semykina EE, Koliadko SP, Kalenskaia GIu. The criterion of the

Висновки

Визначення якості життя при хворобі Мен'єра є принципово новим методологічним підходом у концепції якості надання медичної допомоги цим пацієнтам і може бути одним з критеріїв ефективності застосованого лікування, прогностичною ознакою перебігу захворювання, критерієм вибору консервативного чи хірургічного методів подальшого лікування, а також методом проведення порівняльного аналізу різних методів терапії.

На підставі вивчення якості життя осіб з хворобою Мен'єра до та у різні строки після лікування визначено, що комплексна терапія, яка включає пневмомасаж вікон лабіринту та кінезітерапію, є найбільш ефективною.

5. Минко А. И. Прогнозирование эффективности лечения больных алкоголизмом // Международный мед. журн. – 1998. – № 3. – С. 104-105.
6. Розуміння класифікації психічних розладів МКХ-10: Довідник / Перекл. з англ. С.І. Міхняка, І.Й. Влох. – Львів: Фенікс, 1999. – 96 с.
7. Чередниченко Н.В., Альтшуллер В.Б. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом // Вопр. наркологии. – 1992. – № 3-4. – С. 15-17.
8. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М.: Триада-Х, 2002. – 232 с.
9. Mezzich J.E., Cohen N., Liu J., Ruiperez M., Yoon G., Igbal S., Perez C. Validation of an efficient quality of life index // Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry. – Hamburg, 1999. – P. 427-428.

quality of life in psychiatric practice. Khar'kov: Arsis; 2004. 240 p. Russian.

5. Minko AI. Prediction of the effectiveness of treatment of patients with alcoholism. Mezhdunarodnyi med. zhurn. 1998;(3):104-5. Russian.
6. Understanding the classification of mental disorders IDC-10: Reference. Mihnjak SI, Vloh IJ, translators. L'viv: Feniks; 1999. 96 p. Ukrainian.
7. Cherednichenko NV, Al'tshuller VB. Quantitative assessment of the structure and dynamics of craving for alcohol in alcoholics. Vopr. narkologii. 1992;(3-4):15-7. Russian.

8. Churkin AA, Martiushov AN. Quick guide to using the ICD-10 in Psychiatry and Narcology. Moscow: Triada-X; 2002. 232 p. Russian.
9. Mezzich JE, Cohen N, Liu J, Ruiperez M, Yoon G, Igbal S, Perez C. Validation of an ef-

icient quality of life index. Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry. Hamburg; 1999. P. 427-428.

Надійшла до редакції 07.12.13.

© Т.А. Шевченко, 2014

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Шевченко Т.А. (Киев)

Резюме

Состояние проблемы. Болезнь Меньера не угрожает жизни больного, но весомо влияет на состояние здоровья больного и качество жизни, приводит к социальному дефициту. Оценка качества жизни при болезни Меньера может быть одним из критериев эффективности проводимого лечения, прогностическим признаком для течения заболевания, критерием выбора между дальнейшим проведением консервативного или хирургического методов лечения.

Цель. Определить эффективность различных методов лечения болезни Меньера с помощью показателей качества жизни.

Материалы и методы. Нами обследовано и пролечено 90 больных с диагнозом болезнь Меньера в возрасте от 18 до 62 лет. Больные распределялись на 3 группы в зависимости от метода лечения. Срок наблюдения за больными составлял от 12 до 18 месяцев. Изучение качества жизни пациентов проводилось с помощью модифицированной нами версии опросника общего типа Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36) с введением в него вопросов, отражающих специфические для болезни Меньера симптомы.

Результаты и обсуждение. Оценка качества жизни пациентов с болезнью Меньера во временном аспекте обнаружила, что через 3 месяца после лечения произошло достоверное улучшение показателей качества жизни во всех группах больных. Результаты исследований в отдаленном периоде свидетельствуют о достаточно высоком уровне здоровья по показателям качества жизни у больных 3-й группы, в отличие от качества жизни больных 1-й и 2-й группы, в которых показатели снизились значительно, а у пациентов 1-й группы почти до исходного уровня (уровня до лечения).

Выявлено, что наиболее эффективным методом лечения таких больных является комплексное лечение, включающее пневмомассаж окон лабиринта и кинезитерапию. Определение показателей качества жизни может быть использовано как один из критериев эффективности проведенного лечения, прогностическим признаком течения болезни, критерием выбора между дальнейшим проведением консервативного или хирургического методов лечения, а также методом для проведения сравнительного анализа разных методов лечения.

Ключевые слова: болезнь Меньера, гидропс лабиринта, качество жизни.

MODERN VIEWS ON PROMISES MORE EFFECTIVE TREATMENT OF MENIERE'S DISEASE IN TERMS OF QUALITY OF LIFE FOR PATIENTS

Shevchenko T.A. (Kiev)

Summary

*State institution «O.S. Kolomiychenko Institute of Otolaryngology
of National Academy of Medical Sciences of Ukraine»
e-mail: amtc@kndio.kiev.ua*

State of the problem. Meniere's disease does not threaten to the patient's life, but seriously impact on the health of the patient and the quality of life and occur to social deficits. Evaluation the quality of life in Meniere's disease may be one of the criteria for the effectiveness of the treatment, prognostic sign of the disease, the criterion for choosing between the further conduct of conservative or surgical treatments.

Objective. Determine the effectiveness of various treatments method for Meniere's disease with the help of quality of life.

Materials and methods. We have examined and treated 90 patients with a diagnosis of Meniere's disease, aged 18 to 62 years. Patients were divided into three groups depending on the treatment method. Monitoring term for patients ranged from 12 to 18 months. A study of the quality of life of patients was carried out using a modified version of our questionnaire common type of Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36) with the foreword to its questions which reflecting specific symptoms of Meniere's disease.

Results. Assessment of the quality of life of patients with Meniere's disease in the temporal aspect found that after 3 months of treatment occurred improvement in quality of life in all groups of patients. The results of studies in the late period demonstrate a high level of health in terms of quality of life in patients of group 3, unlike to the quality of life of patients with the 1st and 2nd groups in which the indicators have declined significantly, and patients in Group 1 almost go to baseline (pre-treatment level)

Conclusion. Found that the most effective treatment for such patients is complex of treatment including pneumomassage windows maze and kinesitherapy. Definition of quality of life can be used as one of the criteria which promises more effective the treatment, prognostic sign of the disease, chose criteria between conducting further conservative or surgical treatment, as well as a method for comparative analysis of different methods of treatment.

Keywords: Meniere's disease, hydrops of the labyrinth, the quality of life.

ІНФОРМАЦІЯ

18-20 ТРАВНЯ 2015 Р. В М. ХАРКОВІ ВІДБУДЕТЬСЯ XII З'ЇЗД ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ

Засідання з'їзду будуть проводитись в Палаці студентів Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого (61024, м. Харків, вул. Пушкінська, 88).

Форми участі: усна доповідь; стендова доповідь; публікація тез.

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ВНЕСОК

Організаційний внесок сплачується у національній валюті за курсом Нацбанку на день сплати внеску і включає: участь у науковій програмі, відвідування виставки, отримання матеріалів з'їзду, фуршет, екскурсію у день заїзду. Проживання та товариська вечеря оплачуються окремо.

При оплаті до 1 квітня 2015 р. організаційний внесок складає 50 ум. од., після 1 квітня 2015 р. – 70 ум. од. Для молодих спеціалістів організаційний внесок складає 25 ум. од.

ДОПОВІДІ ТА МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ

Тези доповідей будуть надруковані у матеріалах з'їзду. Тези обсягом до 2 сторінок друкованого тексту необхідно надсилати по електронній пошті – amtc@kndio.kiev.ua; kholodenko@list.ru). Вартість публікації – 5 ум.од. Тези приймаються для публікації до **1 квітня 2015 року** разом з копією квитанції про оплату витрат на друк.

Організаційний внесок та оплату за друк тез слід перераховувати:

Українське наукове медичне товариство оториноларингологів, код ЗКПО 23697446, банк ГУ по м. Києву та Київській області ТББВ № 10026/ 0187 АТ «Ощадбанк»; р/р 26002300601155, МФО 322669 (з поміткою «Оргвнесок» або «Друк тез»).

По питаннях бронювання та оплати номерів звертатись за телефонами:

(067) 247 82 07; Тел./факс: 244-91-83

e-mail: o.kornienko@males.com.ua

ТЕЛЕФОНИ ДЛЯ ДОВІДОК:

в м. Києві: тел. (044) 483-12-82; тел./факс (044) 483-15-80;

e-mail: amtc@kndio.kiev.ua; kholodenko@list.ru

Більш докладну інформацію розміщено на сайті Українського наукового медичного товариства оториноларингологів: www.ents.com.ua