

лечения зависит при этом от стадии: на первых стадиях продолжительность жизни дольше, чем на более поздних стадиях. Но при этом продолжительность жизни у пациентов не составила более 4,8 лет.

4. При комбинированном методе лечения опухоли гортани продолжительность жизни онкологических пациентов значительно больше, чем при монолечении лучевой терапией.

### Литература

1. Костюк, И. П. Первично множественные опухоли / И. П. Костюк [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://carcinoma.ru/multipltumors/index.html> – Дата доступа: 01.01.2015.

2. Рак гортани / Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://omr.by/lechenie/opuholi-golovy-i-shei/rak-gortani> - Дата доступа: 24.03.2015

3. Aaltonen, L. M. Human papillomavirus in larynx / L. M. Aaltonen, H. Rihkanen, A. Vaheri // Laryngoscope. – 2002. - Apr; 112(4): 700 - 7.

4. National Cancer Institute / Oropharyngeal Cancer Treatment (PDQ®) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/oropharyngeal/Patient/page1> – Дата доступа: 01.01.2015

## МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ УШНОГО ШУМА

Алещик И.Ч.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Субъективный ушной шум (СУШ) – это слуховое ощущение в одном или двух ушах, возникающее при отсутствии акустического импульса в окружающей среде.

В свете сегодняшних познаний на тему патофизиологии ушных шумов принимается следующее:

- чаще (около 80%) локализацией генератора шума является улитка; в появлении шума играет неуравновешенная активность афферентных волокон типа I и II как результат дисгармоничного поражения системы наружных и внутренних волосковых клеток;

- важная роль принадлежит эфферентной системе;

- теория синаптического шума: хаотическое, неконтролируемое выделение химического вещества в синапсе вызывает ощущение ушного шума,

- патологическая нервная активность, определяемая как шум, может быть результатом синхронизации спонтанной нервной активности;

- анатомо-функциональные изменения слухового нерва;

- нарушение центральных механизмов фильтрации;

- индукция шума может иметь место в центрально расположенных слуховых путях;

- теория самовыслушивания и теория неспецифического раздражения;

- дискоординация подкорковых образований, коры головного мозга, лимбической и симпатической нервной систем (P.J. Jastreboff).

**Методы лечения.** Фармакологические методы дают возможность достигнуть значительного улучшения у 40% пациентов. К лекарственным средствам, используемым в лечении ушных шумов, относятся: бетасерк, лидокаин, блокаторы кальциевых каналов, сосудистые препараты, бензодиазепин, антидепрессанты, растительные препараты (гингко билоба), мелатонин, гомеопатические препараты.

Следует терпеливо применять различные методы, в том числе TRT, электростимуляцию (ЭС), иглорефлексотерапию, гипербарическую оксигенацию.

Положительное воздействие ЭС достигается у 43–60% пациентов при большом проценте полного исчезновения шумов. Значительное улучшение при лечении методом TRT отмечено у 80% пролеченных пациентов.

Механизм уменьшения СУШ при ЭС. ЭС улучшает кровообращение в области внутреннего уха, вызывает активацию сохранившихся клеток улитки и волокон слухового нерва, приводит к упорядочению прохождения нервных импульсов и очищает синапсы от патологических метаболитов, появляющихся в результате нарушения их деятельности. Это влечет за собой синхронизацию процессов, происходящих в ядрах слуховой системы и корковых центрах.

Метод TRT. В настоящее время в мире доминирует тенденция лечения пациентов с ушными шумами по модели, предложенной П. Ястребовым (TRT - tinnitusretrainingtherapy). *Модель базируется на следующих точно установленных нейрофизиологических и психологических принципах:*

1. Для каждой сенсорной системы обработка информации происходит на нескольких уровнях, которые делают свой вклад в конечный результат достижения коры головного мозга.

2. Они контролируют эмоции и автоматический ответ организма на опасность.

3. Связи с нервной системой постоянно видоизменяются, приводя к увеличению восприятия значимых сигналов и снижению ответа на незначимые сигналы.

4. Сигналы, которые являются новыми или связаны с негативными ощущениями, воспринимаются как значимые и запускают эмоциональный ответ. Повторение этих сигналов приводит к увеличению их восприятия и к устойчивости к подавлению другими сигналами. Повторение сигналов, не связанных с позитивным или негативным подкреплением, приводит в результате к исчезновению ответа на них, т. е. к габитуации.

5. Восприятие звуков происходит по принципам конкуренции, принимая в расчет почти полное восприятие сигнала, даже когда он сильно искажен.

Звук может иметь малую силу, но огромное сигнальное значение. Слуховое восприятие контролируется лимбической системой, которая усиливает тихие, но значимые звуковые сигналы и подавляет громкие, но нейтральные шумы. Восприятие ушного шума ассоциируется с негативными эмоциями (боязнь потери слуха или заболеваний мозга), что приводит к

фокусированию внимания на этих симптомах. Подсознательное генерирование отрицательных эмоций вовлекает лимбическую систему (эмоции) и симпатическую нервную систему в состояние постоянной тревоги. Мозг усиливает степень громкости этих звуков и делает их важными.

В методе TRT используется способность к блокированию незначимой информации на подкорковом уровне. Используется терапевтическая консультация и тренинг звуком. Эти две методики неразрывны и связаны между собой. Во время консультации необходимо разъяснить причину шумов и ликвидировать страхи пациента, связанные с шумом. П. Ястребов в терапии звуком предложил уменьшить контраст между сигналом шума и окружающими звуками. Процесс лечения длится от 18 до 24 месяцев. Акустический фон, генерируемый аппаратом, оценивается в подкорковых слуховых путях как нейтральный звук, не имеющий никакого значения, тотчас же его восприятие блокируется, и он затем не дойдет до уровня слуховой коры и не вызовет ощущение шума. В последующем субъективный шум будет также оцениваться в подкорковых ядрах как неважный. Сам шум не исчезнет, просто пациент не будет сознательно его воспринимать.

## **СОСТОЯНИЕ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА У ПАЦИЕНТОВ С ОДНОСТОРОННИМ ПАРЕЗОМ ГОРТАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

**Однокозов И.А., Хоров О. Г.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Проблема реабилитации пациентов с односторонними парезами гортани после операций на щитовидной железе в современной оториноларингологии остается актуальной, так как эта патология чаще всего встречается у лиц трудоспособного возраста, а для Республики Беларусь, где после аварии на Чернобыльской АЭС число лиц с данной патологией не имеет тенденции к сокращению из-за увеличения числа случаев заболеваний щитовидной железы, требующих хирургического лечения, весьма значима. Так, в структуре распространенности хронических заболеваний голосового аппарата жителей г. Гомеля параличи и парезы гортани занимают 4-е место после хронического катарального ларингита (23,9%), доброкачественных образований (22,6%), хронического гипертрофического ларингита (15,2%) и составляют 13% в структуре органических дисфоний [1].

**Целью** настоящего исследования является изучение клинко-функционального состояния голосового аппарата у пациентов с односторонним парезом гортани после операций на щитовидной железе.

Для выполнения работы были поставлены следующие **задачи**:

1. Изучить положение неподвижной голосовой складки относительно подвижной как в горизонтальной плоскости в фазу дыхания, так и во фронтальной плоскости при фонации у пациентов данной группы.