

Н. А. НАДЖАРЯН, К. Г. ШУКУРЯН, З. М. НАРИМАНОВ, О. Н. ОГАНЕСЯН,
А. Б. ГЮЛЬХАСЯН, И. Б. АЗИЗЯН, Г. А. БАБАЯН,
А. С. ВАРДАНЯН, Г. С. ШАХНАЗАРЯН

НАРУШЕНИЯ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ И НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ЭТОМУ ВОПРОСУ В АРМЕНИИ

Проблема тугоухости—одного из частых страданий человека—имеет социальное значение. Это достаточно иллюстрируется статистикой. По сведениям, представляемым Я. С. Темкиным [1, 2], около 1,5% населения США имеет значительное понижение слуха. В литературе приводятся и более высокие цифры. Названный же автор, обобщая данные ряда разработок по этому вопросу, приходит к заключению, что не менее 2—3% населения северных стран западного полушария имеют тугоухость в степени, затрудняющей общение с окружающими.

При представленных в литературе немалых данных о частоте различных видов поражений уха у населения СССР сколько-нибудь существенных сведений по вопросу о тугоухости едва ли можно найти. Между тем, такие данные, в особенности если они касаются обследования больших людских масс, отражая положение в крупных областях, отдельных республиках и пр., не только интересны сами по себе, но и могут приниматься во внимание при специальных решениях—организационных, лечебных и пр.

Клиническая отиатрия переживает сейчас период значительного подъема. Никогда раньше вопросы восстановления слуха не привлекали к себе столь большого внимания, как теперь. Если еще недавно практическая деятельность в отношении некоторых достаточно частых форм прогрессирующей тугоухости состояла в одной только, можно сказать, регистрации заболевания, то сейчас имеет место другое положение. Новыми видами слуховосстановительных хирургических вмешательств (операции Лемперта (Lempert [3]), Розена (Rosen [6]), Вульштейна (Wulstein [8]), Цёльнера (Zölner [9]), Морица (Moritz [4]), Портмана (Portmann [5]), Ши (Shea [7] и др.) открыты пути реальной помощи большому числу людей, ранее обреченных на неизбежную глухоту. Существенный вклад сюда внесло и появление электрослуховых аппаратов высоких акустических свойств.

Указанное положение ставит новые задачи в борьбе с глухотой. В частности здесь повышается значение и удельный вес таких мер профилактики, как учет и диспансеризация. Следует сказать, что диспансеризация тугоухих, проводимая в настоящее время в ЛОР-поликлинических кабинетах, недостаточно отвечает имеющимся здесь требованиям. Неудивительно поэтому, что приходится встречаться с проявлениями

инициативы «снизу»—со стороны практических работников ЛОР-лечебной сети. Едва ли требует пояснений также важность этого вопроса у детей и необходимость большого внимания в этой области.

Наряду с указанным, неотложной задачей является и внедрение в хирургическую деятельность отоларингологических клиник и больших ЛОР-стационаров нашей республики, новейших слухореставрационных операций, о которых упоминалось (с обеспечением условий для этого—снабжением специальной оптикой и инструментарием, овладением методикой и пр.).

Нужно сказать, что вопросы тугоухости у населения Армянской ССР не впервые привлекают наше внимание. Несколько лет назад по представлению научного ЛОР-общества Армении был создан республиканский сурдологический пункт. Общество же в помощь работе сурдологического кабинета разработало специальную учетно-диспансерную карту по тугоухости, утвержденную республиканским минздравом.

В этом же направлении мы задались целью выяснить частоту наиболее тяжелых, инвалидизирующих форм нарушений функции слуха среди населения республики. Моментами, облегчавшими выполнение такой работы, являлись сравнительная немногочисленность населения Армянской ССР (менее 2 млн. человек), небольшая ее территория и отличная сеть дорог. Работа эта выполнялась в течение 4 лет бригадой врачей из числа старших работников отоларингологической клиники Ереванского медицинского института.

Основной задачей изучения было выявление и учет в республике лиц с большими дефектами слуховой функции, делавшими невозможным нормальное общение с окружающим, условно обозначавшееся нами как слухоинвалидность (резкая тугоухость, глухота, глухонмота). Вопросом, с которого пришлось начать исследования, являлось четкое определение категории «слуховая инвалидность». В литературе приходится встречаться с различными толкованиями слова «тугоухость». Им обозначают и слабое понижение слуха на одно ухо, почти незаметное для посторонних, и состояние, при котором громкая речь воспринимается лишь у ушной раковины. Существуют различные классификации тугоухости, основывающиеся на аудиометрических, этиопатогенетических (в отношении причины слухового дефекта, его топики) и других данных. Мы условились относить к состоянию слуховой инвалидности все случаи дефектов слуховой функции, с восприятием громкой речи не более 2 м от ушной раковины. Это соответствует минимуму слухопотери на 45—50 дБ в пределах речевой частоты—состоянию, при котором значительно затруднено социальное общение.

Члены бригады побывали во всех без исключения населенных пунктах республики, число которых превышало 1000. Посещения иногда приходилось дублировать для большей точности данных. Активную помощь членам бригады оказывали работники СВУ, оповещавшие население о предстоящем обследовании и обеспечивавшие явку лиц, имевших жалобы на слух. Такую же помощь нередко оказывали учителя местной шко-

лы, знакомые с населением, представители сельсовета, правления колхоза и др. Неменьшим было содействие амбулаторных ЛОР-специалистов в районных центрах и в городах, а также местных руководителей здравоохранения.

Само исследование заключалось в опросе больного, сборе анамнеза, производившейся отоскопии, акуметрии (речевой и камертоновой). На лиц, подходивших под категорию слухоинвалидности, заполнялась специально разработанная карта. Больные, у которых требовались дополнительные исследования, брались на особый учет для их вызова в райцентр. Больные информировались о причине понижения их слуха и получали указания о необходимом лечении.

Полученный бригадой указанным путем материал состоял в более чем 2800 заполненных индивидуальных картах. В последние, кроме упомянутых данных, заносились и другие сведения, которые исследующий считал заслуживающим внимания для дифференциации заболевания. В конце карты ставился диагноз заболевания и делалась отметка о рекомендуемых мерах помощи, включая слухопротезирование.

Предварительный анализ этих карт закончен. Хотя разработка полученного довольно большого материала будет продолжаться, определившиеся результаты позволяют сделать некоторые общие выводы, представляющие, как нам кажется, достаточный практический интерес.

На основании указаний авторов, а затем и по собственному опыту настоящей работы мы могли убедиться, что при подобного рода обследованиях, охватывающих большие массы людей, трудно добиться вполне точных статистических подсчетов. Известно, что население является подвижным элементом, что обуславливает колебания его количественных показателей. Постоянные перемещения людских масс из городов в периферию и обратно, уменьшение числа жителей деревень в периоды весенне-осенних полевых работ и др.—все это моменты, накладывающие здесь свой существенный отпечаток. При производившемся обследовании в холодные месяцы года имели значение даже такие моменты, как нежелание отрывать детей для обследования от домашнего тепла и др. Эти отклонения до известной степени могли компенсировать дополнительными проверками, взаимно контролирующими сопоставлениями, информацией местных медицинских работников, массовым характером обследования. В результате, если складывавшиеся показатели и не представляли абсолютной точности, они все же с достаточным приближением отражали имевшееся положение вещей. К сказанному следует прибавить и то, что особенное внимание уделялось учету тугоухих, как наиболее важному контингенту, где мог быть достигнут успех путем консервативного лечения, ношения электрослуховых аппаратов, слухореставрационных операций.

Как видно из табл. 1, всего в республике выявлено 2834 человека с глубокими расстройствами слуховой функции (тугоухость указанных степеней, глухота, глухонмота), в том числе 425 детей в возрасте до 15 лет (15% общего количества). Детей младшего возраста—до 7 лет—

Таблица 1

Общие данные о слухоневальдности по отдельным районам и городам республики

№№	Районы и города	Число жителей в тысячах	Общее число слухоневальдов	Из них			№№	Районы и города	Число жителей в тысячах	Общее число слухоневальдов	Из них		
				до 7 лет	от 7 до 15 л.	старше 15 л.					до 7 лет	от 7—15 л.	старше 15 л.
1	Агин	18	27	—	3	24	19	Кировакан					
2	Азизбеков . . .	14	52	5	2	45	20	(р-н)	29	44	5	6	33
3	Алаверди . . .	53	65	6	7	52	21	Котайк	33	34	8	1	25
4	Амасия	13	15	1	3	11	22	Красносельск	24	52	1	1	50
5	Апаран	23	27	1	2	24	23	Мартуни	46	71	5	4	62
6	Арташат	62	76	4	6	66	24	Мегри	12	61	2	2	57
7	Артик	38	38	3	1	34	25	Ноемберян	21	70	3	5	62
8	Ахурян	33	83	2	1	80	26	Октемберян . .	62	88	3	5	80
9	Аштарак	45	59	3	7	49	27	Раздан	36	62	5	—	57
10	Басаргечар . . .	36	56	4	9	41	28	Севан	21	31	2	—	29
11	Веди	39	53	3	5	45	29	Сисиан	29	87	2	10	75
12	Горис	30	84	3	7	74	30	Спитак	36	48	6	3	39
13	Гукасян	10	19	—	2	17	31	Степанаван . .	29	72	6	4	62
14	Ехегнадзор . . .	27	87	7	10	70	32	Талин	29	40	3	3	34
15	Иджеван	33	91	5	15	71	33	Шамшадин . . .	32	51	1	2	48
16	Калинино	25	70	20	2	49	34	Эчмиадзин . . .	63	64	3	—	61
17	Камо	36	48	—	—	48	35	Дилижан	11	10	0	1	38
18	Кафан	48	103	11	10	82	36	г. Ереван	600	670	39	92	539
								г. Ленинакан . .	120	121	8	7	106
								г. Кировакан . .	60	73	1	2	70
								Итого	1800000	2834	181	244	2409

181 чел. Однако следует сказать, что эта цифра не отражает с точностью имеющегося положения вещей, поскольку исследовались дети лишь старше 2 лет из-за известных трудностей выявления дефектов слуховой функции в более раннем возрасте.

Относительно более высокие цифровые показатели в отношении детей в г. Ереване объясняются нахождением в нем школы глухонемых детей; сведения в отношении последних вошли в общий учет по этому городу. Привлекает к себе внимание сравнительно высокое число детей с тяжелыми потерями слуха в Калининском районе республики (20 чел.) в возрасте до 7 лет. У значительной их части потеря слуха связана с хроническим гнойным отитом. Район этот—один из немногих в республике, не имевших до последних лет врача-отоларинголога. Это обстоятельство, нужно думать, получило определенное отражение в указанной картине.

Систематизация материала учетных карт по видам заболеваний, приведших к потере слуха (табл. 2), показывает, что наиболее частой причиной слуховой инвалидности является неврит восьмого нерва. В таблице мы присоединили в эту графу и смешанные поражения среднего уха (адгезивные процессы, отосклероз, с выраженными явлениями расстройства звуковоспринимающего аппарата). Последнее касалось лишь тугоухости и имело предпосылкой выделение случаев, бесперспективных

Таблица 2

Этиология поражений слуховой функции

Форма заболевания	До 7 лет	От 7 до 15 лет	Старше 15 лет	Всего
Хронические гнойные отиты	37	41	379	457
Адгезивные процессы среднего уха	3	19	669	691
Невриты слухового нерва и смешанные формы с поражением звуковоспринимающего аппарата	81	76	727	884
Отосклероз	—	—	98	98
Старческая тугоухость	—	—	129	129
Врожденная глухота и случаи с невыясненной этиологией	60	108	407	575

в отношении слухореставрационных операций и пользования слуховыми аппаратами.

У значительного числа глухих и особенно глухонемых, в анамнезе имелись указания на перенесение эпидемического цереброспинального менингита, а также тифов, гриппа и т. д. Особо должно быть упомянуто о группе больных (30 человек), потерявших слух после лечения стрептомицином. Среди них было 25 детей в возрасте до 7 лет. Анамнез в отношении стрептомицина, как причины токсикоза нерва, был совершенно четким. Почти во всех случаях в рассказе родителей детей или взрослых больных фигурировали указания на сопутствовавшие понижению слуха шаткость походки, потерю равновесия, рвоты. У некоторых из них явления эти разыгрались после получения небольших количеств стрептомицина.

Относительно невелико количество выявленных случаев «чистого» отосклероза (98 человек). Здесь, несомненно, сказались трудности дифференциации в условиях производившегося обследования. Последующие проверки, несомненно, увеличат это число. Достаточно велико количество слухоинвалидов, особенно тугоухих, с адгезивными процессами среднего уха. Несколько меньше число больных с гнойными средними отитами.

Таблица 3

Степень утраты слуховой функции	До 7 лет	От 7 до 15 лет	Больше 15 лет	Всего
Восприятие громкой речи на 1—2 метра ушной раковины	38	72	805	915
Восприятие громкой речи на 1/2—3/4 метра от ушной раковины	61	42	704	807
Глухота	33	31	373	437
Глухонемога	49	99	527	675

Дифференциация по степени слухопотери, кроме выявления соответствующих показателей, имела целью в первую очередь определение контингента, подлежащего специальной проверке для выяснения показанности слуховых аппаратов.

Как видно из табл. 3, из общего числа выявленных 2834 слухоинвалидов у наибольшей части (1722 чел.) имелся слух, позволявший в лучшем случае воспринимать громкую речь до 2 м от ушной раковины (962 человека из них могли бы получить определенную помощь от пользования слуховым аппаратом). Среди них немалое число составляли дети, для которых это было тем более желательно (89 чел.).

По выявленным бригадой данным в Армянской ССР с количеством населения в 1 800 000 человек, слухоинвалидов было 2834 человека, что составляет около 0,15%. Если сопоставить это с упомянутым показателем по США, что составляет 1,2%, то получится меньше в 8—9 раз.

Представляет интерес частота вообще недостатков слуха у населения республики, безотносительно к выраженности их, т. е. включая и слабые степени этого дефекта. Члены бригады, к которым во время их работы обращалось большое число людей, имевших хоть какое-то основание жаловаться на слух, считают, что общее количество людей в республике с недостатками слуховой функции превышает число зарегистрированных слухоинвалидов едва ли более, чем в 10 раз. Это составит максимум 1½%, т. е. в 2 и более раз меньше, чем соответствующие показатели по западным странам.

Изложенным здесь не исчерпываются задачи, связанные с выполненной бригадной работой. Материалы последней в систематизированном виде—включая фамилии, адреса и остальные данные о больных, страдающих тугоухостью—будут переданы республиканскому сурдологическому пункту в качестве конкретных задач к выполнению. В число этих задач войдут диспансеризация больных в ЛОР-кабинетах районных поликлиник, организация систематической терапии при показаниях к этому, подбор в возможно короткие сроки слуховых аппаратов (с обеспечением через ГАПУ нужного их количества), направление больных для слухореставрационных операций в ЛОР-клиники республики и др.

Предметом специального внимания и заботы для сурдологического пункта должно стать сурдопротезирование тугоухих детей, в первую очередь школьников, а также создание систематического контроля, при самом близком участии амбулаторных ЛОР-кабинетов, за детским населением, для своевременного выявления тугоухости и организации помощи. Сюда же в качестве попутной, но достаточно актуальной задачи должны быть отнесены меры профилактики стрептомициновых токсикозов слухового нерва, в виде докладов и информации на эту тему, в частности на заседаниях терапевтического, фтизиатрического, педиатрического обществ и др.

По мнению бригады, упомянутая часть материалов ее работы, переданная сурдологическому пункту Армянской ССР, может рассматри-

ваться как организационно-методическая помощь названному учреждению в выполнении стоящих перед ним важных для здоровья населения задач.

Ереванский медицинский
институт

Поступило 5. IV 1962 г.

Ն. Ա. ՆԱԶԱՐՅԱՆ, Կ. Հ. ՇՈՒՔՈՒՐՅԱՆ, Զ. Մ. ՆԱՐԻՄԱՆՈՎ, Հ. Ն. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ
Ա. Բ. ԳՅՈՒԼԽԱՍՅԱՆ, Ի. Բ. ԱԶԻԶՅԱՆ, Գ. Ա. ԲԱԲԱՅԱՆ, Ա. Ս. ՎԱՐԴԱՆՅԱՆ
Գ. Ս. ՇԱՀՆԱԶԱՐՅԱՆ

ԼՍՈՂԱԿԱՆ ՖՈՒՆԿՑԻԱՅԻ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԸ ԵՎ ԱՅԴ ՀԱՐՑԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՈՐՈՇ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Օտիատրիայի (ականջաբուժության) մեծ հաջողություններով են նշանավորվել վերջին 8—10 տարիները: Լսողության իջեցման որոշ տեսակները, որոնք դեռ ոչ վաղուց վերջանում էին լրիվ խլությանը, այժմ ենթարկվում են բուժման՝ լսողությունը վերականգնող մի շարք վիրաբուժական միջամտությունների շնորհիվ: Երևան են եկել լսողությունը բարելավող բարձրորակ ապարատներ: Այս բոլորը պրակտիկ ԼՕՐ հիմնարկների առաջ դնում է նոր խնդիրներ՝ նշված հիվանդների հայտնաբերման և բուժական օգնություն ցույց տալու հարցում:

Երևանի բժշկական ինստիտուտի ԼՕՐ կլինիկայի մի խումբ բժիշկ-օտոլարինգոլոգներ Հայաստանի բոլոր շրջաններում կատարել են հատուկ քննություն՝ լսողական ֆունկցիայի ուժեղ դեֆեկտներ ունեցող մարդկանց հայտնաբերելու համար (այդ աշխատանքը շարունակվել է չորս տարի): Ընդամենը հայտնաբերված է 2834 մարդ (լսողության ուժեղ արտահայտված իջեցումով, խուլեր և խուլ-համբեր), որը կազմում է ռեսպուբլիկայի ամբողջ բնակչության թվի 0,15 տոկոսը: Այս տոկոսը՝ ըստ ստատիստիկ տվյալների՝ 8—9 անգամ ցածր է արևմտյան երկրների համեմատությամբ:

Դժվարալսողությամբ տառապողների մասին եղած նյութերը արդեն մշակվել են, սխտեմատիզացվել և հանձնված են ռեսպուբլիկական սուրդոլոգիական պոնկտին՝ համապատասխան օգնություն կազմակերպելու համար (դիսպենսերիզացիա, լսողական ապարատների ընտրություն, կոնսերվատիվ բուժման կազմակերպում, լսողությունը վերականգնող վիրահատումների ենթակա հիվանդների առանձնացում և նրանց ռեսպուբլիկայի ԼՕՐ կլինիկաներ ուղարկումը):

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Темкин Я. С. Острый отит и его осложнения. М., 1955.
2. Темкин Я. С. Глухота и тугоухость. М., 1957.
3. Lempert I. Acta otolaryngobogica 1952, v. 40, s. 3.
4. Moritz. Leitsehr. f. Otol. Rhin., Otol., 1952, Re. 31, s. 338.

5. Portmann M. Laryngoscope, 1960, v. 70, № 2, p. 166.
6. Rosen S. Laryngoscope, 1955, № 4, s. 224.
7. Shea Y. Acta otolaryngol. 1960, v. 51, p. 99.
8. Wulstein H. Archiv f. Hals, Nas. u. Ohrh., 1952, № 2—6, s. 224.
9. Zölner T. Ztschr. f. Laryngol., Rhinol., otol., 1951, Bd. 30, s. 104.