

# Streszczenie

Celem pracy jest określenie, które z wybranych czynników takich jak: wiek, płeć, głębokość niedosłuchu, czas wdrożenia farmakoterapii, choroby współistniejące (cukrzyca, pierwotne nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, VBI) oraz rodzaje zastosowanego leczenia farmakologicznego mają znaczenie w prognozowaniu poprawy słuchu. Badania przeprowadzono wśród 318 chorych w tym 147 mężczyzn, 172 kobiet w wieku od 15 do 88 lat. Średnia wieku mężczyzn wynosiła 55,68 lat, kobiet 51,26. Zastosowano stosowne kryteria wyłączenia i włączenia do badań.

Leczonych pacjentów podzielono na dwie grupy główne: A – chorzy, którzy uzyskali poprawę słuchu i B – pacjenci u których efekt terapeutyczny był negatywny. Ponadto w grupie A wyróżniono podgrupę A1 z poprawą akumetryczną i audiometryczną – 81,0% grupy, podgrupę A2 z poprawą audiometryczną, bez znaczącej poprawy akumetrycznej oraz podgrupę A3, w której wykazywali poprawę w badaniach akumetrycznych, a w badaniach audiometrycznych nie stwierdzono istotnej poprawy.

W badaniach zmysłu słuchu zastosowano badanie mową (akumetria), audiometrię tonalną, audiometrię słowną, próby nadprogowe oraz badanie tympanometryczne z oceną odruchu strzemiączkowego jako metodę obiektywnego badania narządu słuchu. Badania powyższe stanowiły rozszerzoną analizę stanu słuchu, Natomiast w analizie wyników w aspekcie celów pracy oceniano wyniki akumetrii oraz audiometrii tonalnej i słuchowej.

W audiometrii stosowano audiometr Madsen Orbiter 922.2 oraz audiometr impedancyjny ZODIAC 901. W ocenie statystycznej wyników badań posłużono się modelami logitowymi dwumianowymi.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono brak istotnego wpływu wieku ani płci chorych na wyniki leczenia w rozumieniu poprawy słuchu. Wynik badania w audiometrii tonalnej wykazały, że prognostycznie co do poprawy słuchu najlepiej rokowali chorzy z ubytkiem słuchu nie przekraczającym 45dB. Głębsze ubytki słuchu stwierdzane przed wdrożeniem farmakoterapii rokowały źle.

Analiza wyników audiometrii słownej wykazała dobry efekt leczniczy u chorych, u których próg wykrywania mowy był niższy niż 30dB. Również dobrze rokowali chorzy z poziomem rozróżniania nawet wyższym niż 40dB oraz progiem różnicowania do 60dB.

Czas podjęcia leczenia okazał się statystycznie nieistotny w aspekcie uzyskania zadowolającego pacjenta efektu terapeutycznego. Jednakże podjęcie leczenia w w okresie powyżej 7 dnia od początku objawów dawało mniejsze szanse na poprawę słuchu.

Jeśli chodzi o ocenę wpływu chorób współistniejących u pacjentów z niedosłuchem odbiorczym, poprawę słuchu w wyniku farmakoterapii, utrudniała obecność nadciśnienia tętniczego, miażdżycy oraz niewydolność krążenia tętniczego kręgowo-podstawnego. W analizie roli rodzaju farmakoterapii oraz czasu jej stosowania stwierdzono istotnie statystycznie korzystny wpływ zastosowania mannitolu oraz przedłużonego czasu leczenia.

Na podstawie prowadzonych badań stwierdzono następujące wnioski:

1. Z uwagi na to, że wiek pacjenta nie ma istotnego wpływu na wynik leczenia, wskazana jest próba podjęcia farmakoterapii w niedosłuchu odbiorczym w każdym przypadku. Płeć chorego także nie ma istotnego wpływu na efekt terapii.
2. Niepomyślnie na efekt leczenia wpływają u pacjentów takie choroby, jak nadciśnienie tętnicze, miażdżycy naczyń, a także niewydolność krążenia kręgowo-podstawnego (VBI).
3. Głębokości ubytku słuchu badane w audiometrii tonalnej oraz w audiometrii słownej mają istotny wpływ na prognozowanie poprawy słuchu, przy czym ubytek słuchu nie większy niż 30-45dB rokuje najpomyślniej.
4. Zastosowanie Mannitolu, przy braku przeciwwskazań, w zestawie leków stosowanych w farmakoterapii ma istotny wpływ na poprawę słuchu.
5. Podjęcie farmakoterapii jest wskazane niezależnie od upływu czasu od wystąpienia niedosłuchu odbiorczego.