**Лекція 11.**

**Тема: Захворювання органа слуху у осіб похилого віку.**

**План**

1. Стареча приглухуватість.

2. Порушення функції рівноваги у пацієнтів похилого віку.

**Зміст лекції.**

**1. Стареча приглухуватість**

Вухо — це складний орган, який сприймає звуки і через який проходять звукові хвилі повітря. Вуха дають змогу чути шепіт, крик, служать своєрідними перетворювачами звукових хвиль на електричні сигнали, які надходять у мозок. Завдяки органу слуху ми зберігаємо рівновагу.

Звукові хвилі з вушної раковини потрапляють через зовніш­ній слуховий хід у середнє вухо — там барабанна перетинка віб­рує і передає звукові хвилі у внутрішнє вухо. У внутрішньому вусі є завитка — крихітне утворення, заповнене рідиною. Всере­дині її інформація звукових хвиль перетворюється на електрич­ні сигнали, які потрапляють у мозок. Мозок розшифровує зву­ки: шепіт чи гуркіт, музика чи дитячий плач. До завитки при­кріплюються три напівкруглих Є-подібних канали, які сприя­ють збереженню рівноваги. Біологічне старіння організму су­проводжується зниженням функцій багатьох органів і тканин, у тому числі органа. Так, як і сам процес старіння, ознаки і темпи розвитку вікової приглухуватості

індивідуальні. У деяких осіб добрий слух зберігається до 70 років, в інших починає знижуватись у 50 років і навіть рані­ше. У віці 60—69 років стареча приглухуватість буває в 13,3 випадку на кожну тисячу населення, у 70—79 років — у 33,3 випадку.

Деякі автори прогресуючу вікову приглухуватість поділя­ють на:

* “чисто” вікову;
* зумовлену віковими хворобами (атеросклероз);
* яка не має відношення до віку (діабетична капілярна ан- гіопатія, при якій погіршується кровотік у завитці; дія побуто­вого і промислового шуму тощо). У внутрішньому вусі, нерво­вих слухових шляхах, центрі слуху, корі великого мозку вна­слідок дегенеративно-атрофічних змін не тільки порушується слух, а й спостерігається загальне уповільнення психічних і фі­зичних реакцій на звукові сигнали, знижується здатність не тільки чути звуки, а й розуміти сказане.
* Після 40 років часто знижується сприйняття високих тонів у діапазоні мовленнєвих частот. Сприйняття низьких тонів зни­жується значно пізніше і меншою мірою. При зниженні сприй­няття високих частот погіршується здатність розрізняти приго­лосні звуки, тому що вони складаються з більш високих тонів і надають словам чіткого звучання, а голосні надають звучності. Приголосні є слабкими звуками і легко приглушуються випад­ковими шумами, розрізняти їх стає все важче. Тому старі люди хоч і чують голос, але погано розуміють схожі слова, інформа­цію, закодовану в звукових сигналах, нерідко перепитують сло­ва, відповідають неправильно або невлад, повністю не одержу­ють інформацію і не завжди її правильно розуміють. Пацієнт похилого віку чує і розуміє мовлення в тихій кімнаті, у шумно­му ж оточенні — набагато гірше, погано розрізняє швидке мов­лення без інтонацій. Неправильні відповіді часто є причинами комічних ситуацій, а старі люди — предметом насміхань. Це негативно впливає на них: вони ізолюються, замикаються в собі.
* Діагностика старечої приглухуватості складна, тому що в процесі життя людини нашаровуються різні соціальні й ендоген­ні чинники (шийний остеохондроз, захворювання нирок тощо).
* Проведення тестів переривчастим і фільтрованим мовленням є найбільш об’єктивним дослідженням тяжкості старечої при­глухуватості і метод прогнозування ефективності електроакус­тичної корекції слуху.

Вікові зміни органа слуху, які виникли, незворотні і важко піддаються лікуванню. Метою лікування є стабілізація й уповільнення процесу старін­ня слухового аналізатора. Перед початком лікування уточню­ють ступінь ураження окремих відділів слухового аналізатора, виявляють супутні захворювання і шкідливі звички.

При пресбіакузисі призначають комплексне лікування пре­паратами, які покращують обмінні процеси і кровообіг у слухо­вому аналізаторі, курси

вітамінотерапії, судинорозширювальні засоби, оксигенотерапію, фізіотерапевтичні процедури.

Профілактика старечої приглухуватості поля­гає в:

- боротьбі з раннім старінням органа слуху: відмова від алкоголю і тютюну;відновлення сну; раціональна дієта;лікувальна гімнастика;прогулянки за містом;помірна фізична праця на садовій ділянці;

- усуненні чинників, що негативно впливають на функцію слуху: професійні шкідливості (шум, вібрація); нераціональне призначення антибіотиків (аміноглікозидів, тетрациклінів) та інших ліків (сечогінних, саліцилатів, хініну); профілактика і своєчасне лікування отитів, гострих рес­піраторних інфекцій, менінгіту, епідемічного паротиту, інфек­ційного гепатиту тощо; інтоксикації свинцем, марганцем, ртуттю; ранньому виявленні приглухуватості, коли ще є мож­ливість запобігти розвитку виражених змін слуху.

**2. Порушення функції рівноваги у пацієнтів похилого віку.**

Функція рівноваги — це здатність людини утримувати стій­ке вертикальне положення в стані спокою, при ходьбі і при ви­конанні інших рухів (нахили, присідання, танці, біг тощо). Цю функцію виконують вестибулярний апарат (периферійний) і центральні вестибулярні нервові шляхи.

У процесі розвитку в людини вдосконалився механізм під­тримки рівноваги, який залежить не тільки від вестибулярної, а й від зорової, пропріоцептивної і поверхнево-сенсорної інфор­мації.

Порушення рівноваги і запаморочення у геріатричних па­цієнтів — явища досить поширені. До 65 років ЗО % людей пе­ріодично відчувають запаморочення або “галюцинації руху”, що є показником порушення вестибулярного апарату. З віком збільшується кількість хворих як з приглухуватістю, так і з за­памороченням. В основі вікових вестибулярних порушень ле­жать ті самі патологічні прояви, що і при віковій приглухува­тості (пресбіакузисі): сенсорний дефіцит, зменшення кількості функціонуючих нейронів, метаболічні розлади через судинні зміни, механічні дефекти (порушення еластичності, дегенерації мембран і т. д.). Окрім вікового старіння вестибулярного аналі­затора існує багато ендогенних і екзогенних чинників, що поси­люють прояви вестибулярної дисфункції.

Різноманіття вікових дегенеративних змін може призвести до симптоматичних порушень складного механізму підтриман­ня рівноваги. Найпоширенішою патологією в розвитку пору­шень рівноваги є ураження судин (атеро- і артеріосклероз, вас­куліти, діабетичні ангіопатії тощо), дегенеративні зміни ЦНС, шийний остеохондроз.

Існує чотири типи вестибулярних порушень, три з яких зу­мовлені патологічними змінами у вестибулярному сенсорному органі — півколових протоках і мішечках присінка. Лише один тип пов’язаний з ураженням вестибулярних нервових шляхів. Зміни можуть бути ізольованими або, частіше, змішаними.

Перший тип вестибулярних порушень — купулолітіази — ураження вестибулярного апарату, що супроводжується корот­кочасним запамороченням, пов’язаним із визначеним положен­ням голови. Виникає через утворення неорганічних утворень на куполі задньої півколової протоки, яка стає чутливою до граві­таційної сили і тому реагує на зміни положення голови. У па­цієнтів виникає раптове запаморочення, яке можуть відчувати при перевертанні в ліжку з одного боку на інший, при різкому повороті голови справа наліво (або зліва направо) чи при витя­гуванні шиї вгору і т. д. Характерні тяжкі суб’єктивні пору­шення рівноваги. Пацієнти похилого віку легко можуть впасти, якщо м’язи слабкі або немає за що триматися, у багатьох мож­ливі нудота, блювання. Відчуття запаморочення зазвичай триває 5—10 с, якщо його не провокувати швидким рухом голови, а ­

повільний поворот, то запаморочення буде слабким.

Причинами можуть бути травма голови, операції на вусі, крововиливи, перенесений серозний лабіринтит. Жінки хво­ріють частіше, ніж чоловіки.

Другий тип вестибулярних порушень — так зване купулярне запаморочення, що виникає внаслідок дегенерації сенсор­ного купулярного епітелію. Проявляється короткочасним запа­мороченням при кутовому переміщенні голови (наприклад, різ­кий поворот голови направо чи наліво). Хоч запаморочення і буває короткочасним, після нього протягом декількох годин у пацієнта зберігається відчуття нестійкості.

Третій тип нестійкості пацієнтів похилого віку — макулярне запаморочення — характеризується запамороченням при раптовій зміні положення голови в напрямку до сили гравіта­ції, наприклад, при переході з положення лежачи в положення сидячи. При ходьбі такі пацієнти тримаються за стіну, голова зафіксована прямо або з легким нахилом в один бік. Така нестійкість у пацієнтів похилого віку може бути зумовлена де­генеративними змінами отолітової мембрани в сенсорному епі­телії макул одного або обох мішечків.

Четвертий тип вестибулярних розладів — вестибулярна атаксія, що проявляється майже постійним порушенням рів­новаги.

Лікування вестибулярних розладів у пацієнтів похилого віку включає насамперед лікування супутньої патології і призначен­ня засобів, що нормалізують вестибулярний дисбаланс. Реко­мендують вітаміни (В2, Вв, В12, А, Е, нікотинова кислота) в ін’єкціях і драже, судинні препарати (кавінтон, компламін, папаверин, стугерон, актовегін та ін.), засоби, що стимулюють обмінні процеси (ноотропіл, есенціале форте, препарати йоду, апілак, женьшень, біогенні стимулятори, гормони тощо), седа­тивні, дезінтоксикаційні препарати, а також препарати, що по­силюють кровотік у лабіринті (декстрини, манітол), антикоагу­лянти, антиагреганти (трентал), оксигенотерапію, інколи плаз- маферез.

Корисні масаж комірцевої зони, рефлексотерапія, електрофо­рез кальцію хлориду, новокаїну, калію йодиду, ін’єкції корти­костероїдів у ділянку болючих точок шиї, лікувальна гімнасти­ка. Між курсами лікування корисні родонові сірководневі ванни. ЛФК, санаторно-курортне лікування у високогірних районах.

Увесь цей складний комплекс лікування потрібно признача­ти послідовно, враховуючи наявність показань і протипоказань.