

# მწვავე ცალმხრივი ტინიტუსის მკურნალობა ბიორეგულაციური სამედიცინო პრეპარატებით – კლინიკური შემთხვევა

## CASE OF EFFECTIVE TREATMENT OF ACUTE UNILATERAL UNDIFFERENTIATED TINNITUS WITH A BIOREGULATORY MEDICINE PREPARATION

**თამარ მოსულიშვილი,**  
თბილისის წმინდა კამილიელთა რეაბილიტაციის ცენტრი  
**ნატალია სიდოროვა,**  
უკრაინის სამხედრო-სამედიცინო აკადემია, კიევი, უკრაინა  
**Tamar Mosulishvili,**  
St.Camillians Rehabilitation center of Tbilisi, Tbilisi, Georgia  
**Nataliia Sydorova**  
Ukrainian Military Medical Academy, Kiev, Ukraine



\* კლინიკური შემთხვევა 2017 წელს დაჯილდოვდა პანს-ჰაინრიხ რეკვევის პირველი პრემიით

### შესავალი

ტინიტუსი სამედიცინო მდგომარეობაა, რომელიც არ ახდენს მნიშვნელოვან გავლენას პაციენტის პროგნოზზე, თუმცა არსებითად აუარესებს სიცოცხლის ხარისხს

და შუქლია გამოიწვიოს ხანგრძლივი უუნარობა. ტინიტუსის პრევალენტობა ზოგად პოპულაციაში ზრდასრულებში 10%-ს შეადგენს, რომელთაგან ნახევარს ახასიათებს სხვადასხვა ინტენსივობის ხმაური (ბზუი-

ცხრილი 1. ტინიტუსის პოტენციური მიზეზები (მოდულირებული ფორმა [1])	
დაავადებათა ჯგუფი	მიზეზი
<b>ყურთან დაკავშირებული პათოლოგიები</b>	
ყველაზე ხშირი	სმენის დაკარგვა (მათ შორის პრესბიაკუზია), გოგირდის საცობი, ხმაურის ზემოქმედება
ინფექციები	შუა ყურის ანთება, ლაბირინთიტი, მასტოიდიტი
სიმსივნეები	შვანომა
ოტოტოქსიური პრეპარატები	იმუნოსუპრესიული, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები, ანალგეტიკები, ანტიმიკრობული საშუალებები, ანტინეოპლასტიური საშუალებები, გლუკოკორტიკოიდები, დიურეტიკები
სხვა	მენიერის დაავადება, ვერტიგო, ოტოსკლეროზი, ევსტაქის მილის დისფუნქცია, ჰიპერაკუზია
<b>ნევროლოგიური და ფსიქოლოგიური</b>	
ფსიქოლოგიური	შფოთვა, დეპრესია, ემოციური ტრავმა
ინფექციები	მენინგიტი
სიმსივნეები	მენინგიომა
სხვა	შაკიკი, გაფანტული სკლეროზი, ეპილეფსია, ცნობიერების დაკარგვა
<b>ტრავმული ან ოროფაციალური</b>	
ოროფაციალური	საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის დაზიანება
ტრავმული	თავისა და კისრის ტრავმა
<b>კარდიო-ვასკულური, ენდოკრინული, და მეტაბოლური</b>	
კარდიო-ვასკულური	ჰიპერტენზია
ენდოკრინული და მეტაბოლური	შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერინსულინემია, ჰიპოთირეოიდიზმი, ორსულობისას ჰორმონული ცვლილებები
<b>რევმატოლოგიური და იმუნურ სისტემასთან დაკავშირებული</b>	
	რევმატიდული ართრიტი, სისტემური წითელი მგლურა და სხვ.
სხვა	გენეტიკური დარღვევები სიმსუქნე ალკოჰოლისა და თამბაქოს მოხმარება

ცხრილი 2. კლინიკური შემთხვევის ქრონოლოგია	
თარიღი	მოვლენა
21 აპრილი, 2017	ტინიტუსის დაწყება
22 აპრილი, 2017	სინუპრეტის ექსტრაქტით მკურნალობის დაწყება
25 აპრილი, 2017	დილით, დაენყო ტკივილი ღეჭვისას, მარცხენა საფეთქელ-ქვედაყბის სახსარში, მარცხენა ყურში მზარდის ინტენსივობის ხმაური
26 აპრილი, 2017	ხმაურის ინტენსივობამ მარცხენა ყურში იმატა. მკურნალობა სინუპრეტის ექსტრაქტით შეწყვიტა, დაიწყო დიკლოფენაკის ერთჯერადი მიღება დილით
27 აპრილი, 2017	ტკივილი ღეჭვისას მარცხენა საფეთქელ-ქვედაყბის მიდამოში აღარ ანუხებდა, პერსისტირებდა შემანუხებელი ხმაური მარცხენა ყურში. ვიზიტი ოჯახის ექიმთან; აუდიოგრაფია; ზედა და ქვედა ყბის სახსრების, პარანაზალური სინუსების კომპიუტერული ტომოგრაფია; ოტორინოლარინგოლოგის კონსულტაცია; მიღებულ იქნა ინფორმირებული წერილობითი თანხმობა კლინიკური შემთხვევის გამოქვეყნების თაობაზე.
28 აპრილი, 2017	თერაპიის დასაწყისი პრეპარატით ტრაუმელი S და სიმპტომების კონტროლი ვიზუალური ანალოგიების შკალით მკურნალობის დაწყებიდან ერთი კვირის განმავლობაში
29 მაისი, 2017	ხელახალი გამოკვლევა და სისხლის ანალიზი ანთებით მარკერებზე, შემდგომი დაკვირვების შეწყვეტა, განმეორებითი წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა კლინიკური შემთხვევის გამოქვეყნების თაობაზე

ლი) ყურებში - საშუალოდ შემანუხებელი, ძალიან შემანუხებელი ან მათ ცხოვრების წესზე მნიშვნელოვანი გავლენის მქონე [1]. ტინიტუსის განვითარების მიზეზები სხვადასხვაა (ცხრილი 1.). მხოლოდ ახლახანს შეიქმნა მსოფლიოში ტინიტუსის მართვის პირველი გაიდლაინი. ამგვარად, 2014 წელს ამერიკის ოტოლარინგოლოგთა აკადემიის მიერ - თავ - კისრის ქირურგთა ფონდი, გამოქვეყნდა [2] განსახილველი პათოლოგიის მკურნალობის თაობაზე პირველი დოკუმენტი მტკიცებითი მედიცინის პრინციპების გამოყენებით და მხოლოდ ცოტა ხნის წინ, 2017 წლის მაისში, ბრიტანეთის ასოციაციამ წარმოადგინა ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისათვის რეკომენდაციები აღნიშულ პრობლემასთან დაკავშირებით, საიტზე [www.tinnitus.org.uk](http://www.tinnitus.org.uk) [3]. ამავე დროს, ორივე დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ

ტინიტუსის მედიკამენტოზური მკურნალობა ძალზედ მწირია. ზოგადად, რეკომენდაციები ყალიბდება კონსულტაციის შედეგად პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, რომელთაც მუდმივად ანუხებთ ყურებში ხმაური, რაც გავლენას ახდენს მათ ყოველდღიურ ცხოვრებაზე და მიზანს წარმოადგენს მოცემული კლინიკური სიტუაციისათვის დამახასიათებელი დეპრესიისა და შფოთვის კორექცია და ხმოვანი თერაპიის ჩატარება. უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგადად, ტინიტუსი მუდმივ პრობლემად რჩება პაციენტისათვის, თუ მიზეზი ვერ იქნა სრულად აღმოფხვრილი ან საერთოდაც აღმოჩენილი. ასეთი პაციენტების სამართავად განკუთვნილი მედიკამენტების ნაწილი გამოიყენება ტინიტუსის ზოგიერთი მიზეზის სამკურნალოდ, რომლებიც მგრძობიარეა ამ პრე-

ცხრილი 3. ლაბორატორიული ანთებითი მარკერების დინამიკა (ანამნეზური მონაცემები)					
ლაბორატორიული პარამეტრი	12.03.2015	31.05.2016*	1.07.2016	15.08.16	08.11.2016
გლუკოზა უზმოდ, მმოლ/ლ	5.43	5.02	-	-	5.59
გლიკირებული ჰემოგლობინი, %	-	-	-	-	5.83
ინსულინი, $\mu$ ერთ/მლ	-	-	-	-	46.6
HOMA ინდექსი	-	-	-	-	11.58
ლეიკოციტები, $\cdot 10^9$ /ლ	11.5	11.8	12.34	12.28	11.57
ნეიტროფილები, $\cdot 10^9$ /ლ	7.3	-	7.9	7.19	7.26
ერთროციტების დალექვის სიჩქარე, მმ/სთ	36	28	35	13	49
C-რეაქტიული ცილა, მ/ლ	-	-	-	18.89	-

\*ჰოსპიტალიზაცია გაურთულებელი პიპერტენზიული კრიზისი გამო

პარატების მიმართ, ისევე როგორც დეპრესიისა და შფოთვის, ემოციური სტრესის მკურნალობისათვის. თუმცა ასეთი პაციენტების მართვისას, ისინი ხშირად უგულებელყოფენ არსებულ პათოლოგიებს შორის ზოგად პათოგენეზურ კავშირებს, გავლენას ამ კავშირებზე, რამაც შესაძლოა ნაწილობრივ მაინც განაპირობოს ისეთი სიმპტომების ინტენსივობის შესუსტება, როგორცაა ხმაური ყურებში. თავის მხრივ, პაციენტის თვითშეგრძნების, სიცოცხლის ხარისხის, ასევე განწყობის გაუმჯობესება იძლევა მკურნალობის გაგრძელების საშუალებას პაციენტების არაადექვატურად მაღალი დამყოლობით.

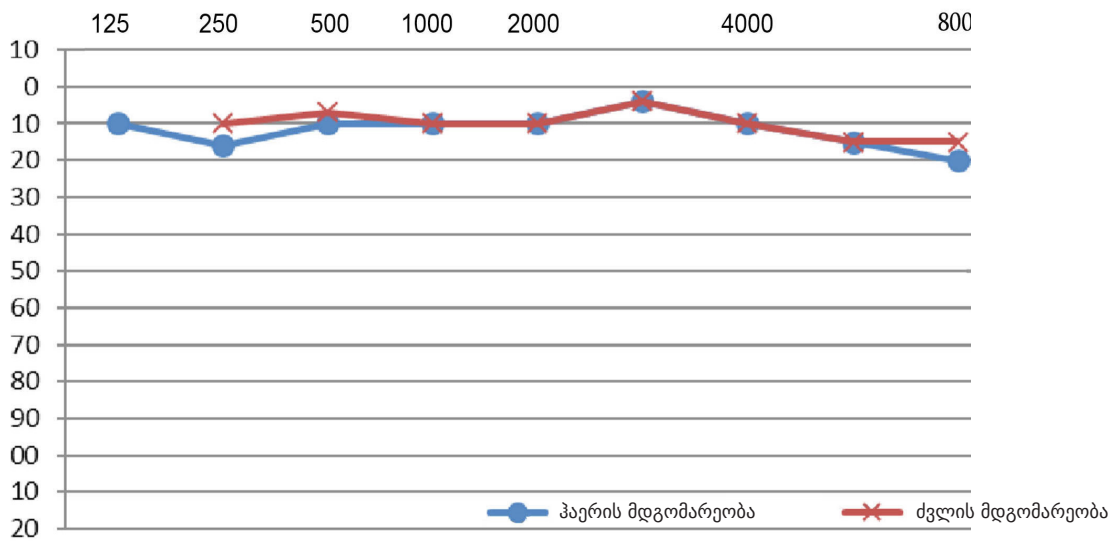
**კლინიკური შემთხვევა**

პაციენტი - 41 წ. ქალბატონი, მიმართა ამბულატორიულ დაწესებულებაში ოჯახის ექიმს, ჩივილებით ხმაურზე მარცხენა ყურში, რომელიც ურღვევდა ძილს და ხელს უშლიდა საქმიანობაში. ტინიტუსი განვითარდა ვიზიტამდე რამდენიმე დღით ადრე აშკარა მიზეზის გარეშე და მისი ინტენსივობა დროთა განმავლობაში მატულობდა. ხმაური არ იყო არც მონოტონური და

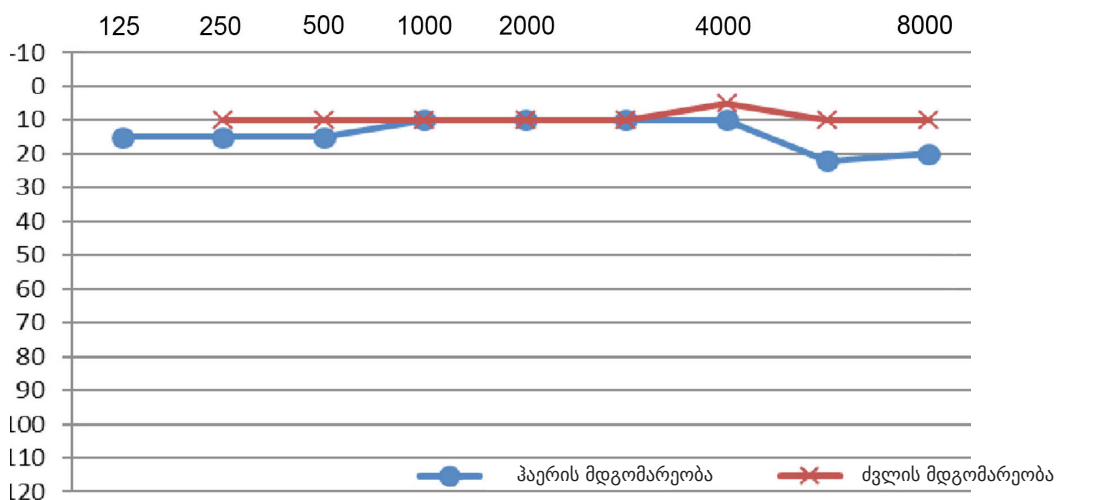
არც პულსირებადი. არ გამოვლენილა სხეულის ტემპერატურის მატება ან სხვა სახის სიმპტომები. ბოლო 2 წლის განმავლობაში, პაციენტს 2-ჯერ აღენიშნა მსგავსი ეპიზოდი 7-10 დღიანი ხანგრძლივობით და ალაგდა მკურნალობის გარეშე. პაციენტი ტინიტუსს უკავშირებდა ქრონიკულ უმტკივნეულო სინუსიტს (დროდადრო ცხვირიდან ჩირქოვანი კონსისტენციის გამონადენით, ფრონტალური სინუსის საპროექციო მიდამოში დისკომფორტის შეგრძნებით) და დაიწყო ნათუროპათიური პრეპარატის სინუპრეტის ექსტრაქტის გამოყენება; სანყის ეტაპზე ამ პრეპარატს იყენებდა სინუსიტის გამწვავების დროს. ოჯახის ექიმთან ვიზიტამდე ყურებში ხმაურმა მნიშვნელოვნად იმატა, გამოიწვია ძილის დარღვევები და ხელს უშლიდა საქმიანობაში (პაციენტი იყო აღმზრდელი). კლინიკურ სურათს დაემატა მტკივნეული ღეჭვა მარცხენა მხარეს საფეთქელ - ქვედა ყბის სახსრის მიდამოში (იხ. ცხრილი 2). პაციენტი აღნიშნულ სიმპტომს უკავშირებდა მესამე მოლარული კბილის ამოღების ეპიზოდს და ზედა მარცხენა პრემოლარული და მოლარული კბილების დევიტალიზაციას, რაც ზოგჯერ ურთულდებოდა

**სქემა 1.** ზედა/ქვედა ყბის სახსრისა და პარანაზალური სინუსების კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემები

მარჯვენა ყური



მარცხენა ყური



გინგივით და იღებდა მოდიფიცირებული გამოთავისუფლების დიკლოფენაკს (25 მგ სწრაფი გამოთავისუფლების და 50 მგ ნელი გამოთავისუფლების) დღეში ერთჯერ, თუმცა ეფექტის გარეშე - ტინიტუსი პერსისტირებდა ინტენსივობის მატების ტენდენციით. ბოლო ორი წლის განმავლობაში, პაციენტი იმყოფებოდა მეთვალყურეობის ქვეშ გაურთულებელი ჰიპერტენზიული კრიზისი (180/110 მმ.ვწყ.სვ. სტრესის ფონზე) შემდგომ. დიაგნოსტირებული იქნა ალიმენტური სიმსუქნე, ინსულინრეზისტენტობა და ჰიპერინსულინემია, თუმცა შაქრიანი დიაბეტის გარეშე, ჰიპერტენზია (140-160/180-100 მმ.ვწყ.სვ.) მარცხენა პარაკეტის ჰიპერტროფიის ან სისტოლური დისფუნქციის გარეშე. მუდმივად იღებდა ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტს, მოქსონიდინს - 0.4 მგ დღეში ერთხელ, რომელსაც გააჩნია დამატებითი დადებითი ეფექტი ქსოვილების ინსულინის მიმართ მგრძობელობაზე. ასევე აღინიშნებოდა დისლიპიდემიის ანამნეზი - მეორადი მსუბუქი ჰიპერტრიგლიცერიდემია (ტრიგლიცერიდების დონე - 2.17 მმოლ/ლ). ერთი წლის წინ, პაციენტთან დიაგნოსტირებულ იქნა ღვიძლის

და შუილების გარეშე. ფილტვების პერკუსიით პათოლოგიის გარეშე; მოისმინება ვეზიკულური სუნთქვა. მუცელი გადიდებული კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის ხარჯზე. ზედაპირული და ღრმა პალპაციით პათოლოგია არ აღინიშნება. ისინჯება გადიდებული ღვიძლი, +4 სმ, მკვეთრი საზღვრებით, პალპაციით ელასტიური. არ აღინიშნება პერიფერიული შეშუპა. ორივე სასმენი მილის გამოკვლევით პათოლოგია არ გამოვლინდა.

**სპეციალიზირებული კვლევა**

პაციენტმა გამოკვლევა გაიარა ოტორინოლარინგოლოგთან; ჩატარდა ზედა/ქვედა ყბის სახსრებისა და პარანაზალური სინუსების კომპიუტერული ტომოგრაფია, ასევე აუდიოგრამა (სქემა 1.). არ გამოვლინდა ტინიტუსის გამომწვევი აშკარა პათოლოგია.

**თერაპიული გადაწყვეტილება და მკურნალობის შედეგები**

მოცემულ შემთხვევაში, ოტორინოლარინგოლოგის მიერ, ჩატარებული კომპიუტერული ტომოგრაფიისა და აუდიოგრამის (სქემა 1.) საფუძველზე გამოირი-

ცხრილი 4. პაციენტის ტინიტუსის მიზეზების სახეები	
<b>სისტემური ანთება</b>	<b>ლოკალური ანთება</b>
ჰიპერტენზია	სიმპტომები (ტკივილი ღეჭვისას) მარცხე საფეთქელ-ქვედაყბის მიდამოში
სიმსუქნე	სინუსიტის კლინიკური ნიშნები
ჰიპერინსულინემია და ინსულინრეზისტენტობა	დენტალური პათოლოგია
დისლიპიდემია*	
<b>მიზეზები, რომლებიც არ არის დაკავშირებული ანთებასთან</b>	
ხმაურის ზემოქმედება	შფოთვა

\*არ არის ტინიტუსის მიზეზი, თუმცა გავლენას ახდენს სისტემურ ანთებით რეაქციაზე და ენდოთელიუმის ფუნქციაზე.

არაალკოჰოლური ცხიმოვანი დაავადება მინიმალური აქტივობით (ალანინ ამინოტრანსფერაზა 74.8 ერთ/ლ, ასპარტატ ამინოტრანსფერაზა 34.9 ერთ/ლ). ბოლო ორი წლის განმავლობაში ჩატარებული სისხლის რამდენიმე ანალიზით გამოვლინდა ანთებითი მარკერების მატება (ცხრილი 3). გამოკვლევის დროს, უჩიოდა ხმაურს მარცხენა ყურში, თუმცა მარცხენა საფეთქელ - ქვედაყბის სახსარში ტკივილის გარეშე.

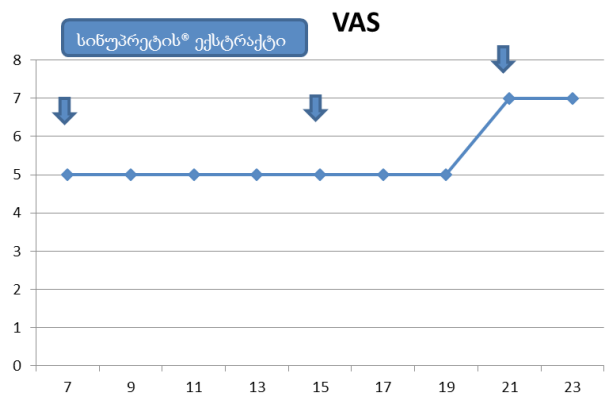
**კლინიკური გამოკვლევების შედეგები:**

დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა, სხეულის ტემპერატურა - 36.4 °C, სიმაღლე - 172 სმ, სხეულის წონა - 133 კგ, სხეულის მასის ინდექსი - 44.96 კგ/მ<sup>2</sup> (მე-3 ხარისხის სიმსუქნე). კანის საფარველი და ლორწოვანი გარსები ხილული პათოლოგიის გარეშე. პალპაციით ლიმფური კვანძები არ არის გადიდებული. სისხლის წნევა - 143/78 მმ.ვწყ.სვ., პულსი - 85 წთ, რეგულარული. გულის საზღვრები არ არის შეცვლილი; გულის აუსკულტაციით, პირველი ტონი მწვერვალზე აქცენტით, ფუძეზე ხმამაღალი მეორე ტონის

ცხრილი 5. ტრანუმელის ინგრედიენტები	
<b>ინგრედიენტი</b>	<b>ნარმოშობა</b>
ჩვეულებრივი ფარსმანდუკი	მცენარეული
აკონიტი	მცენარეული
მთის არნიკა	მცენარეული
ბელადონა	მცენარეული
ზიზილა	მცენარეული
სამკურნალო კალენდულა	მცენარეული
ვინროფოთლიანი ექინაცეა	მცენარეული
მენამული ექინაცეა	მცენარეული
პამამელისი (ვირჯინიის თხილი)	მცენარეული
კალციუმის სულფიდი	მინერალური
კრაზანა	მცენარეული
სურნელოვანი გვირილა	მცენარეული
ვერცხლისწყლის ნიტრატი	მინერალური
სამკურნალო ლაშქარა	მცენარეული

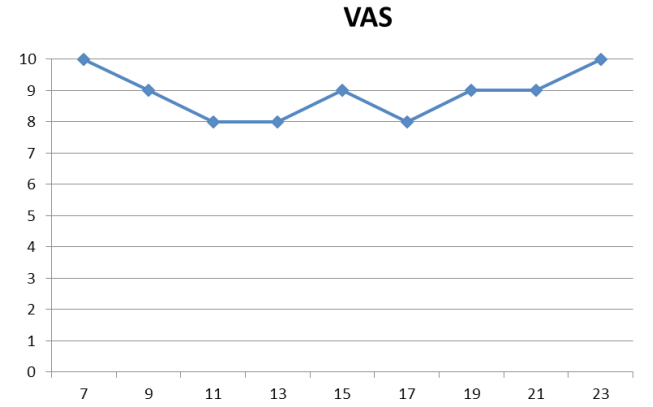
**სქემა 2.** პაციენტის ტინიტუსის სიმპტომების VAS - ქულის დინამიკა. A-D გვიჩვენებს VAS - ქულას ტრამეული S გამოწერამდე 4 დღით ადრე. E-H გვიჩვენებს მონაცემებს ტრამეული S მიღებიდან პირველი 4 დღის განმავლობაში.

A. სინუპრეტის ექსტრაქტი მკურნალობა (24.04.2017)



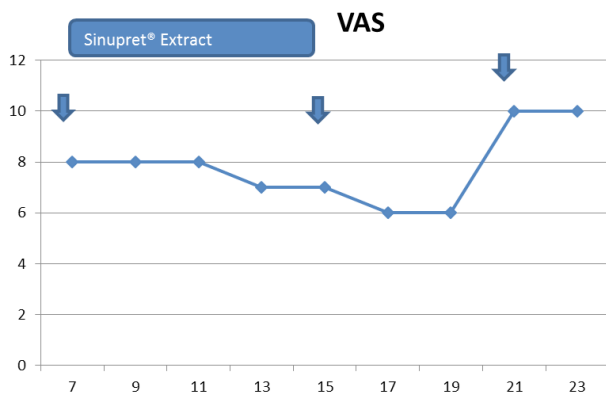
ლურჯი ისარი გვიჩვენებს პრეპარატის მიღებას

D. ოჯახის ექიმთან ვიზიტი, გამოკვლევა, მკურნალობის გარეშე პერიოდი (27.04.2017)



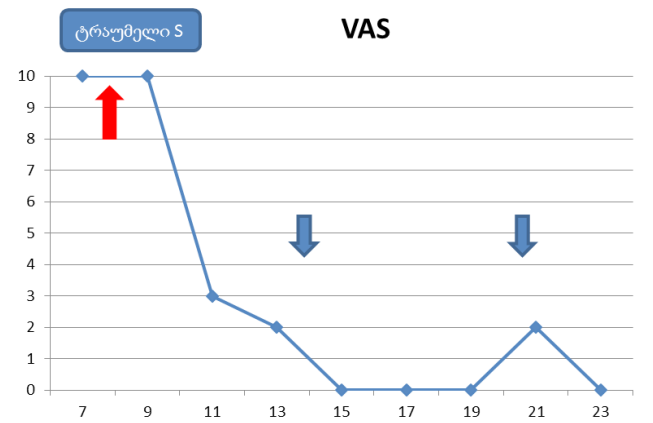
ლურჯი ისარი გვიჩვენებს პრეპარატის მიღებას

B. სინუპრეტის ექსტრაქტი მკურნალობა (25.04.2017)



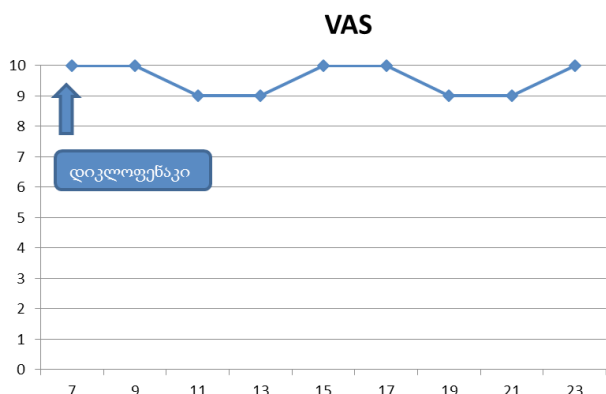
ლურჯი ისარი გვიჩვენებს პრეპარატის მიღებას

E. ტრამეული S მიღებიდან პირველი დღე - სანყისი ფაზა „6 ტაბლეტი 2 საათში“ (28.04.2017)\*



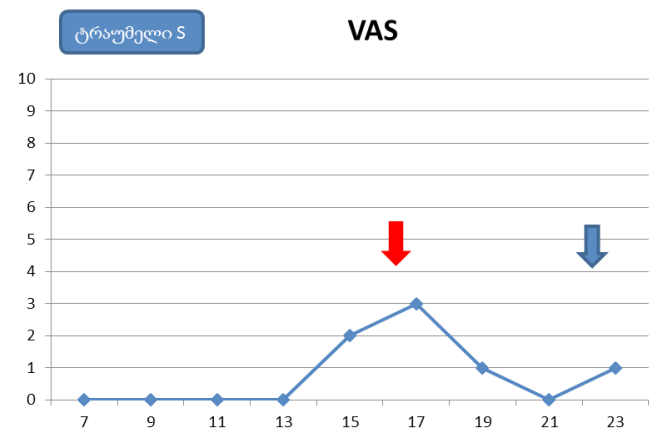
\*წითელი ისარი გვიჩვენებს წამლის გრაფიკს - თითო ტაბლეტის მიღება ყოველ 15 წუთში ერთხელ 2 საათის განმავლობაში, ლურჯი ისარი გვიჩვენებს ტრამეული S ერთ ტაბლეტის მიღებას.

C. ბიფაზური გამოთავისუფლების დიკლოფენაკის მიღება (26.04.2017)



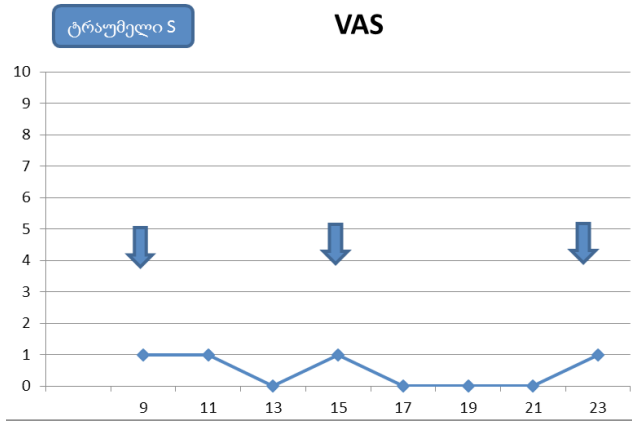
ლურჯი ისარი გვიჩვენებს პრეპარატის მიღებას

F. ტრამეული S თერაპიის მეორე დღე, დილის დოზის გამოტოვებით (29.04.2017)\*



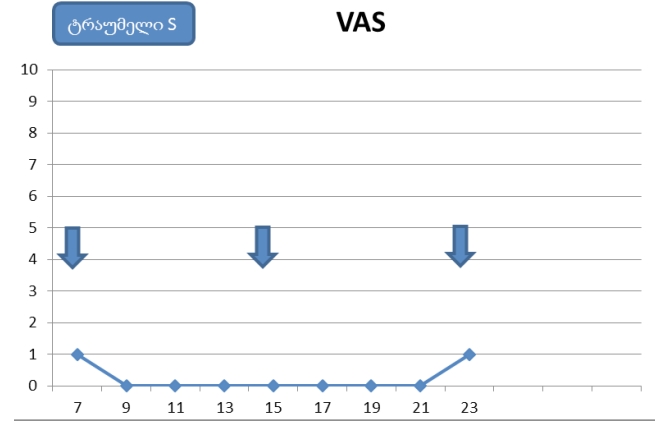
\*დილის დოზა შემთხვევით იქნა გამოტოვებული პაციენტის მიერ, შესაძლებელი იყო თერაპიის განახლება მხოლოდ შუადღით. სიმპტომური რეციდივის თავიდან აცილების მიზნით ჩატარდა სანყისი თერაპიის მეორე კურსი. წითელი ისარი გვიჩვენებს წამლის მიღების გრაფიკს - 1 ტაბლეტი ყოველ 15 წუთში ერთხელ 2 საათის განმავლობაში, ლურჯი ისარი გვიჩვენებს ტრამეული S ერთი ტაბლეტის მიღებას.

G. ტრაუმელი S თერაპიის მესამე დღე (30.04.2017)\*



\*არ არის მონაცემები დილის 7 საათის მონაცემები (დასვენება). ისარი მიუთითებს წამლის მიღებას.

H. ტრაუმელი S თერაპიის მეოთხე დღე (May 1, 2017)\*



\*მოგვიანებით პაციენტმა აღნიშნა დაახლოებით ასეთი სიტუაცია: სუსტი ინტენსივობის სიმპტომები აღმოცენდა დილის საათებში და ღამის განმავლობაში. არ უშლიდა ხელს დაძინებაში ან მოვალეობის შესრულებაში. თუმცა არ შეიძლება ითქვას, რომ სიმპტომები სრულად ალაგდა.

ცხრილი 6. სისტემური ანთების მარკერები ტრაუმელი S მკურნალობიდან (სუბლინგვალური მიღების გზა)			
მაჩვენებელი	წინა შედეგი (2016)	29.05.2017	27.10.2017
ლეიკოციტები, •10 <sup>9</sup> /ლ	11.57	11.4 (↓)	11.26 (↓)
ნეიტროფილები, •10 <sup>9</sup> /ლ	7.26	7.0 (↓)	7.13
ერთროციტების დალექვის სიჩქარე, მმ/სთ	49	18 (↓↓↓)	32
C-რეაქტიული ცილა, მგ/ლ	18.89	18 (↓)	18.85

ცხა ყურის პათოლოგიასთან დაკავშირებული ყველაზე ხშირი მიზეზები, თუმცა გამოვლინდა ზოგიერთი ისეთი მდგომარეობა, რომლის შედეგადაც შესაძლოა განვითარდეს მწვავე ტინიტუსი.

დაკვირვებით ცხრილი 1-ს, პაციენტის შემთხვევაში შესაძლოა ტინიტუსის გამომწვევი პოტენციური მიზეზებიდან აღინიშნოს შემდეგი: ხმაურის ექსპოზიცია, ტკივილი საფეთქელ - ქვედა ყბის სახსრის მიდამოში, ჰიპერტენზია, ჰიპერინსულინემია და სიმსუქნე. გარდა ამისა, მითითებულ იქნა სხვა ფაქტორებიც, რომელთა კავშირიც ტინიტუსთან ნაკლებადაა დასაბუთებული, თუმცა სავსებით შესაძლებელია; ეს არის სინუსიტის კლინიკური ნიშნები, კომპიუტერული ტომოგრაფიით სტრუქტურული ცვლილებების გარეშე და დენტალური პრობლემა. დამატებით ფაქტორს წარმოადგენდა პაციენტის შფოთვა. არცერთი არ შეიძლება ამ ფაქტორებიდან იყოს პირდაპირ კავშირში ტინიტუსის განვითარებასთან; მეტად სავარაუდოა, რომ ამ შემთხვევაში მათი ეფექტები კომბინირებულია. რეალურად, მოცემულ კლინიკურ შემთხვევაში ტინიტუსის ყველაზე მთავარი მოსხენიებულ ფორმას ერთი საერთო პათოგენეზური კომპონენტი გააჩნია, სისტემური ან ლოკალური ანთება (ცხრილი 4). პაციენტმა ასევე მოგვანოდა ინფორმაცია პრო - ინფლამატორული მდგომარეობის შესახებ - ლაბორატორიული ანალიზებით დიაგნოსტირებულ იქნა პერსისტული ლეიკოციტოზი - 9-12 x10<sup>9</sup>/ლ, ერთროციტების დალექვის მომატებული სიჩქარე (>49 მმ/სთ), ასევე აღინიშნა C - რეაქტიული

ცილის დონის მატება, მაშინ, როდესაც შემაერთებული ქსოვილის დაავადებები ან სხვა სისტემური ანთების მიზეზი, გარდა ზემოთ ჩამოთვლილისა, გამოირიცხა. ამგვარად, საინტერესოა აღმოჩნდა მოცემულ შემთხვევაში ანთებით პროცესზე გავლენა, როგორც ტინიტუსის პოტენციური მიზეზების უმეტესობის საფუძველზე. დიკლოფენაკმა, რომელიც გამოიყენა პაციენტმა თვითმკურნალობის მიზნით, საინტერესო სტრატეგიის მიუხედავად, არ გამოიღო დადებითი შედეგი. პაციენტს შევთავაზებთ მკურნალობის განსხვავებული მიდგომა, ბიორეგულაციური მედიკამენტით, ტრაუმელი S, რომელიც მიმართულია ანთების კონტროლისა და ალაგებისაკენ [4] (ცხრილი 5).

ტრაუმელი S წარმოადგენს ბიორეგულაციურ პრეპარატს, რომელიც უზრუნველყოფს ანთების კონტროლსა და აღმოფხვრას და არა მის დათრგუნვას; ის ეფექტურია როგორც ლოკალური, ისე სისტემური ანთების დროს [5]. ჩვენ შევთავაზებთ სანყის დოზით - 1 ტაბლეტი სუბლინგვალურად ყოველ 15 წუთში ერთხელ, 2 საათის განმავლობაში, რის შემდეგაც მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს დღეში სამჯერადი მიღებით. ვიზიტი დაიგეგმა მკურნალობიდან ერთი თვის შემდეგ, თერაპიის ეფექტურობის შეფასებისა და ანთებითი მარკერების კონტროლის მიზნით.

სანამ ტრაუმელი S მკურნალობას დაგვეგეგმავდით, პაციენტს ვთხოვეთ შეეფასებინა ტინიტუსის სიმპტომების ინტენსივობა VAS (ვიზუალური ანალოგიების შკალა - Visual Analogue Scale) შკალის მეშვეობით

0 (სიმპტომის არარსებობა) - 10 (ყველაზე მაღალი ინტენსივობა) ქულამდე, ყოველ ორ საათში წინა 4 დღის განმავლობაში, როდესაც სხვა პრეპარატებს იღებდა. პაციენტისთვის ასევე შეთავაზებულ იქნა VAS ინდექსის შეფასების დღიურის წარმოება ტრანსმული S მკურნალობის პერიოდში, იგივე ფორმატით - შეფასება ყოველ ორ საათში), წამლის მიღების დროის მითითებით მკურნალობის დაწყებიდან რამდენიმე დღის შემდეგ (სქემა 2).

როგორც სქემაზეა ნაჩვენები, წინა მკურნალობას არ მოუხდენია გავლენა ტინიტუსის ინტენსივობაზე, დიკლოფენაკის ერთჯერად მიღებას (ბიფაზური გამოთავისუფლებით) კლინიკური სურათის მაქსიმალური ინტენსივობისას არ მოყოლია რაიმე სახის ცვლილება. ამავე დროს, ტრანსმული S საწყისი დოზის გამოყენებისას (1 ტაბლეტი ყოველ 15 წუთში ერთხელ 2 საათის განმავლობაში) აღინიშნა ძალიან სწრაფი და მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება, და მკურნალობის პირველივე დღეს პაციენტს რამდენიმე საათის განმავლობაში არ აღენიშნებოდა ხმაური ყურში (სქემა 2. E), ასევე არ აღენიშნებოდა პაციენტს სიმპტომები ღამის განმავლობაში და ძილის პრობლემები. შემდეგ დღეს, პაციენტმა გამოტოვა დილის დოზა და განახლება მოახერხა მხოლოდ შუადღით. ეს იყო დღე, როდესაც აღინიშნა გაუარესება და დაიწყო ყურში ხმაური მაქსიმალური ინტენსივობით, VAS შკალის მიხედვით მე-3 ხარისხი, თუმცა ალაგდა საწყისი თერაპიის მეორე კურსის ფონზე. შემდგომში, შეინიშნებოდა ტინიტუსის პერიოდული გამოვლინება 1 ხარისხის ინტენსივობით წამლის მიღებიდან 6-8 საათის განმავლობაში; თუმცა ტრანსმული S მიღების შემდეგ, ყურში ხმაური შეწყდა, რაც მის მკაფიო ეფექტურობაზე მიუთითებს.

ტინიტუსის სიმპტომების დაქვეითების მხრივ მნიშვნელოვანი პროგრესის მიღწევის შემდეგ, პაციენტის პრო - ინფლამატორული სტატუსის გათვალისწინებით, რომელიც გამოწვეული იყო ალიმენტურ სიმსუქნესთან ასოცირებული მეტაბოლური დარღვევებით, გადაწყდა ტრანსმულით მკურნალობის გაგრძელება ერთი თვის განმავლობაში ანთებითი მარკერების შემდგომი კონტროლით.

პრო - ინფლამატორული მარკერების შემდგომი გამოკვლევა და შეფასება დაიგეგმა ტრანსმულით მკურნალობის დაწყებიდან ერთი თვის შემდეგ (2017 წ. 29 მაისი). ტრანსმული S საწყისი თერაპიიდან ერთი თვის შემდეგ, პაციენტმა აღინიშნა ძალიან სუსტი ხმაური ყურში, არაუმეტეს 1 ხარისხის VAS შკალის მიხედვით მხოლოდ დილით გაღვიძებისას; სრულად იხსნებოდა ნახევარ საათში და არ მორღებოდა დღის განმავლობაში. ანთებითი მარკერების შეფასებისას გამოვლინდა ლეიკოციტებისა და ნეიტროფილების რაოდენობის, C - რეაქტიული ცილის გარკვეულწილად შემცირება, ასევე აღინიშნა ერთროციტების დალექვის სიჩქარის მკაფიო დაქვეითება წინა მონაცემებთან შედარებით (ცხრილი 6). მიუხედავად იმისა, რომ ტრანსმულით მონოთერაპიისას ასეთ მოკლე პერიოდში არ ველოდებოდით ამ მაჩვენებლების მხრივ მნიშვნელოვან ცვლილებებს, შედეგები იმედის მომცემი აღმოჩნდა.

პაციენტს მიეცა გარკვეული რეკომენდაციები შრომისა და დასვენების გრაფიკთან დაკავშირებით, ფიზიკური

აქტივობის დონის შენარჩუნებისა და კარდიოვასკულური პათოლოგიების პრევენციის მიზნით არამედიკამენტოზური მეთოდების შესახებ, განსაკუთრებით სხეულის წონის შემცირება, სისხლში ლიპიდების დონის კონტროლი. ასევე ერიჩა სტომატოლოგთან ვიზიტი დენტალური პრობლემის მოგვარების მიზნით და ხმაურის ექსპოზიციის თავიდან არიდება.

პაციენტის მდგომარეობა შევსებასთან განმეორებით ტრანსმული S მკურნალობის დასრულებიდან 5 თვის შემდეგ. პაციენტს აღენიშნა ტინიტუსის ძალიან ხანმოკლე დაახლოებით 3 ეპიზოდისა (1-2 დღიანი ხანგრძლივობით, VAS შკალის მიხედვით არაუმეტეს 2 ქულია), რაც არ მოითხოვდა ამ პერიოდის განმავლობაში რაიმე სახის მკურნალობას. პაციენტმა დაიკლო წონაში (-5კგ, სმი 43,58 კგ/მ<sup>2</sup>) და აღმოეხვრა დენტალური პრობლემა. არტერიული სისხლის დონე კონტროლირებული იქნა (120-130/70-80 მმ.ვწყ.სვ) ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის შედეგად (აზილსარტან მედოქსომილი 20მგ/დღ). მისი პრო - ინფლამატორული მარკერები ნაწილობრივ დაუბრუნდა საბაზისო დონეს რამდენიმე თვის მანძილზე სპეციფიკური მკურნალობის გარეშე (იხ. ცხრილი 6). ასევე ლეიკოციტების მაჩვენებელი გაუმჯობესდა წინა მონაცემთან შედარებით და საუკეთესო იყო ბოლო სამი წლის განმავლობაში ჩატარებულ ანალიზებთან შედარებით.

### განხილვა

მოცემული კლინიკური შემთხვევის თავისებურებას წარმოადგენს ტრანსმული S აშკარა სარგებელი მწვავე უნილატერალური არადიფერენცირებული ტინიტუსის მკურნალობისას, რომელიც უფრო ეფექტური აღმოჩნდა ვიდრე ნატუროპათიური პრეპარატი, სინუპრეტის ექსტრაქტი ან ბიფაზური გამოთავისუფლების პრეპარატი დიკლოფენაკი (ერთ კაფსულაში სწრაფი და ნელი გამოთავისუფლების დოზა). კლინიკურ პრაქტიკაში, ოჯახის ექიმს ზოგჯერ არ აქვს შესაძლებლობა სრულყოფილად გამოიკვლიოს პაციენტი ტინიტუსის მიზეზის აღმოჩენის მიზნით. გარდა ამისა, გამოკვლევის შემდეგაც კი მიზეზის აღმოჩენა ყოველთვის ვერ ხდება. დღეისათვის, მტკიცებითი მედიცინა არ გვთავაზობს მოცემული კლინიკური პრობლემის გადაჭრისათვის რაიმე სახის მედიკამენტოზურ თერაპიულ მიდგომას [6]; ტრადიციული პრეპარატების, მცენარეული პროდუქტებისა თუ ნატუროპათიული საშუალებების გამოწერა ემპირიულად ხდება, მიზეზის გათვალისწინებით.

მოცემულ შემთხვევაში, ჩვენ გავითვალისწინეთ ის მდგომარეობები, რომელიც მიუთითებდა მწვავე ტინიტუსის ანთებით ბუნებაზე. ტრადიციული, ანტიანთებითი მოქმედების სამედიცინო პრეპარატები (დიკლოფენაკი - ბიფაზური მოქმედების, ერთჯერადი მიღებით, ერთ კაფსულაში სწრაფი და ნელი გამოთავისუფლების დოზა) არ აღმოჩნდა ეფექტური, რის გამოც მისი გაგრძელება მნიშვნელოვანი გვერდითი მოვლენების გამო არ ჩაითვალა მართებულად. ქრონიკული სისტემური და ადგილობრივი ანთებითი პროცესები, რომელიც გამოვლინდა პაციენტში, ასოცირებული იყო მეტაბოლურ დარღვევებთან და დადასტურდა ანთებითი მარკერების დინამიკით (ლეიკოციტებისა და ნეიტროფილური გრანულოციტების რაოდენობა, ერთრო-

ციტების დალევის სიჩქარე, C - რეაქტიული ცილა), მოითხოვდა სისტემურ მიდგომას და კერძოდ კი, არა სუპრესიას, არამედ აღმოფხვრას. ამ ვითარებაში, ჩვენს მიერ რეკომენდებულ იქნა შესაძლოა ფარმაცევტულ ბაზარზე ერთადერთი პრეპარატი, რომელიც ახდენს პირდაპირ ანთებითი პროცესის კონტროლსა და სუპრესიის ნაცვლას მის აღმოფხვრას [7, 8]. ის ფაქტი, რომ პაციენტში სხვადასხვა პრეპარატები გამოყენებულ იქნა თანმიმდევრულად და არა კონკურენტულ რეჟიმში და ტრაუმელი S მიღების შედეგად აღინიშნა ტინიტუსის სიმპტომების მნიშვნელოვანი შემცირება, ღირებულ ინფორმაციას მატებს აღნიშნული პროდუქტის თაობაზე არსებულ მტკიცებულებებს, რითიც უკვე დადასტურებულია ეფექტური თერაპია სხვადასხვა ეტიოლოგიის ანთების დროს [9-11]. არსებობს ლიტერატურული მონაცემები იმის თაობაზე, რომ ტრაუმელი S ეფექტურობის მხრივ არ ჩამოუვარდება დიკლოფენაკს მწვავე დაზიანებების, ანთებითი პროცესების დროს [12, 13]. მოცემულ მომენტში, უახლესი მულტიცენტრული კონტროლირებადი კვლევის შედეგების თანახმად დადასტურდა ტრაუმელი S ეფექტურობა ანთებითი პროცესების მკურნალობისას [14-16]. თუმცა ხელმისაწვდომი ლიტერატურული მონაცემები არ შეიცავს ინფორმაციას მწვავე ტინიტუსის შესახებ პრო - ინფლამატორული სტატუსის მქონე პაციენტებში.

კიდევ ერთი ასპექტი, რომელიც ძალზედ მნიშვნელოვანია ტრაუმელი S ეფექტურობის დასადასტურებლად, ის ფაქტია, რომ აშკარა გაუმჯობესების შემდეგ, პაციენტმა გამოტოვა მედიკამენტის მიღება და შემდგომი დღეების განმავლობაში განვითარდა სიმპტომების რეციდივი 6-8 საათში ბოლო ტაბლეტის მიღებიდან, მაშინ როდესაც პრეპარატის მიღების შემდეგ მკაფიო გაუმჯობესება აღინიშნა 1-2 საათში. ეს არ შეიძლება ჩაითვალოს პლაცებო ეფექტად მოცემულ შემთხვევაში, რამდენადაც ტრაუმელი S მიღებამდე პაციენტი იღებდა ორ სხვადასხვა პრეპარატს, რომელიც მისი მოსაზრებით იქნებოდა ეფექტური. ამგვარად, უნდა ვივარაუდოთ, რომ პლაცებო-ეფექტი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში თავს უფრო ადრე იჩენდა, თუმცა აღნიშნული პრეპარატების მიღების შედეგად პაციენტმა მხოლოდ გაუმჯობესება იგრძნო, მაშინ როდესაც, ტრაუმელი S თერაპია დაწყებულ იქნა სიმპტომების ინტენსივობის პიკზე, როდესაც პაციენტმა მიმართა ექიმს რამდენიმე დღიანი შემანუხებელი, ყურში გამოხატული ხმაურის გამო, რომელიც ურღვევდა ძილს და ხელს უშლიდა მოვალეობის შესრულებაში.

მოცემული შემთხვევის შეფასებისას აღინიშნა რამდენიმე შემლუღვა. ჩვენ არ შეგვიფასებია ანთებითი მარკერები და სხვა ლაბორატორიული ტესტები პაციენტის პირველი ვიზიტის დროს, მაგრამ გავითვალისწინეთ წინა მონაცემები. ეს მიდგომა

მოწოდებულია დღეისათვის არსებული ტინიტუსის გაიდლაინებით, რომლის თანახმადაც ტინიტუსის დროს სავალდებულო არ არის ლაბორატორიული ტესტების შეფასება. გარდა ამისა, ნაკლებ სავარაუდოა, რომ ჩვენ მივიღებდით თერაპიული მიდგომის შერჩევისათვის საჭირო დამატებით ინფორმაციას, რადგანაც სისხლში აღინიშნებოდა პაციენტის კლინიკაში ვიზიტამდე არსებული პრო - ინფლამატორული მდგომარეობის ხანგრძლივი ისტორია. ამასთანავე, ჩვენ გამოვიკვლიეთ ანთებითი მარკერები ტრაუმელი S მკურნალობის დაწყებიდან 1 და 6 თვის შემდეგ, რათა განგვესაზღვრა პრო - ინფლამატორული მდგომარეობის მხრივ შესაძლო ცვლილებები მკურნალობის სამომავლო ტაქტიკის შერჩევის მიზნით. გარდა ამისა, აუდიოგრამა და ოტორინოლარინგოლოგიის კონსულტაცია ჩატარდა გაიდლაინების თანახმად და ჩვენი მიდგომა პაციენტის გამოკვლევისადმი შეესაბამება არსებულ ზოგად კლინიკურ პრაქტიკას. მეორე პოტენციური შემლუღვას წარმოადგენდა ტრაუმელი S მცირედ მოდიფიცირებული დოზირების გრაფიკი, მკურნალობის მეორე დღეს პაციენტის მიერ გამოტოვებული დოზა და ყურში ხმაურის რეციდივი. ზოგადად, ორჯერ ჩატარებული საწყისი თერაპია არ შეესაბამება სტრატეგიას, თუმცა მოცემულ შემთხვევაში, მეორე საწყისი რეჟიმი ჩატარდა ტრაუმელი S თერაპიის პირველადი ეფექტის სწრაფი აღდგენის მიზნით, რამაც უზრუნველყო პაციენტის დამშვიდება და აჩვენა თერაპიული რეჟიმის დამყოლობის საჭიროება.

**დასკვნა**

ზემოთ აღნიშნულიდან შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ბიორეგულაციური პრეპარატი ტრაუმელი S შესაძლოა ეფექტური იყოს მწვავე ტინიტუსის ზოგიერთ შემთხვევაში, განსაკუთრებით, თუ სახეზეა მისი განვითარების სისტემურ და ლოკალურ ანთებასთან ასოცირებული პოტენციური მიზეზი. ჩვენს შემთხვევაში, ტრაუმელი S უფრო ეფექტური აღმოჩნდა მკურნალობის პირველივე დღეს, ვიდრე დიკლოფენაკი (ბიფაზური გამოთავისუფლების - ერთ კაფსულაში სწრაფი და ნელი გამოთავისუფლების დოზა). მოცემული კლინიკური შემთხვევა მიუთითებს ოჯახის ექიმის კლინიკური პრაქტიკის მნიშვნელოვან პრობლემაზე, მაგ, ქრონიკულ ანთებით პროცესთან დაკავშირებულ ტინიტუსის ფორმების თერაპიის მხრივ. ჩვენს მიერ მიღებული მონაცემების უკეთ შესწავლის მიზნით საჭიროა კარგად კონტროლირებადი დიზაინის კვლევები პაციენტების შესაბამისი რაოდენობით.

*ლიტერატურის ჩამონათვალი ინახება რედაქციაში (16 წყარო)*