

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ № _____

**СТАНДАРТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
«РАПТОВА І ГОСТРА СЕНСОНЕВРАЛЬНА ПРИГЛУХУВАТІСТЬ»**

2022

Загальна частина

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

H90 Кондуктивна та сенсоневральна приглухуватість

Розробники:

Березнюк Володимир Васильович	професор кафедри оториноларингології Дніпровського державного медичного університету;
Деєва Юлія Валеріївна	завідувач кафедри оториноларингології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Заболотний Дмитро Ілліч	директор державної установи «Інститут отоларингології імені проф. О.С. Коломійченка Національної академії медичних наук України», керівник відділу запальних захворювань ЛОР-органів (за згодою);
Косаковський Анатолій Лук'янович	завідувач кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Попович Василь Іванович	завідувач кафедри оториноларингології та офтальмології з курсом хірургії голови та шиї Івано-Франківського національного медичного університету;
Шкорботун Володимир Олексійович	завідувач кафедри оториноларингології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Яшан Олександр Іванович	завідувач кафедри оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії Тернопільського національного медичного університету;

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Рецензенти:

Пухлик Сергій Михайлович	завідувач кафедри отоларингології Одеського національного медичного університету, д.мед.н., професор;
Шидловська Тетяна Анатоліївна	завідувачка лабораторії голосу і слуху ДУ «Інститут отоларингології НМАН України», д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України.

Дата оновлення стандарту - 2027 рік.

Скорочення

ГСНП	гостра сенсоневральна приглухуватість
ІРСНП	ідіопатична раптова сенсоневральна приглухуватість
РСНП	раптова сенсоневральна приглухуватість
АРВМ	акустичний рефлекс внутрішньо вушних м'язів
СВП	слухові викликані потенціали
КСВП	коротко латентні викликані слухові потенціали
ДСВП	довго латентні викликані слухові потенціали
ГБО	гіпербарична оксигенація
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
РВС	раптова втрата слуху
СДТ	слуходопоміжні технології
МРТ	магнітно-резонансна томографія
КВС	кондуктивна втрата слуху
КТ	комп'ютерна томографія
ПНМА	передня нижня мозкова артерія
ПП	повітряна провідність
ТА	тональна аудіометрія
МА	мовна аудіометрія
ЦНС	центральна нервова система
КП	кісткова провідність
ВСХ	внутрішній слуховий прохід
ОГ	одностороння глухота
ТРМ	тест розбірливості мови
РС	рівень слуху
СМД	стандарти медичної допомоги

Стандарт 1. Організація надання медичної допомоги пацієнтам з раптовою і гострою сенсоневральною втратою слуху

Положення стандарту

Ведення пацієнтів з РСНП та ГСНП - передбачає мультидисциплінарний підхід за участю лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів отоларингологів, лікарів-неврологів та інших фахівців за показаннями.

Пацієнти з РВС або ГВС з неспецифічною первинною скаргою на втрату або різке погіршення слуху, яке виникло впродовж 1 місяця, мають бути скеровані до лікаря-отоларинголога для подальшої діагностики та проведення лікування.

Раптова втрата слуху (РВС), особливо якщо вона супроводжується шумом у вухах та запамороченням є загрозливим симптомом, що часто спонукає пацієнта до термінового звернення до лікаря.

Консультування та навчання пацієнтів щодо варіантів доступних для реабілітації наявної втрати слуху є важливою складовою усіх аспектів догляду за пацієнтами та має проводитися фахівцем.

Обґрунтування

Правильно організована діагностика та вчасно надана кваліфікована медична допомога пацієнтам з РСНП або ГСНП робить більш ймовірним швидке відновлення слуху та значно покращує якість життя пацієнтів та дозволяє, за необхідності, вчасно направити пацієнтів на консультацію до відповідного фахівця у випадку виявлення симптомів та ознак гострого порушення мозкового кровообігу, злоякісного новоутворення, тощо. Причиною розладів (раптової одно-, двосторонньої сенсоневральної втрати слуху), можуть бути судинні, метаболічні, аутоімунні, інфекційні, неопластичні, токсичні, травматичні або запальні захворювання.

Обов'язкові критерії якості

1. У випадку підозри на сенсоневральний характер захворювання, для проведення негайного обстеження та призначення лікування необхідно направити пацієнта до лікаря-отоларинголога.

2. Лікар-отоларинголог повинен скерувати пацієнта з РСНП і ГСНП на консультацію до лікаря- невролога або нейрохірурга, у випадку виявлення у нього вогнищевих неврологічних симптомів; до лікаря-онколога - у випадку підозри на злоякісне новоутворення та лікаря-психотерапевта у випадку виявлення у пацієнта тривоги та депресії, а також інших фахівців відповідного спрямування для надання необхідної медичної допомоги.

3. Пацієнту надається інформація щодо можливих причин раптової сенсоневральної втрати слуху (РСНП), щодо: природи захворювання, переваг та ризиків медичних втручань.

4. Пацієнтам з неповним відновленням слуху (після лікування) надаються консультації щодо можливих варіантів покращення слуху, слуховідновлюючих технологій і слухопротезування та інших допоміжних заходів.

Стандарт 2. Діагностика РСНП і ГСНП

Положення стандарту

Діагноз РСНП, ГСНП встановлюється на підставі даних збору анамнезу, фізикального обстеження, інструментальних та за необхідності лабораторних методів обстеження. Необхідно провести диференціацію між РСНП, ГСНП та іншими видами РВС, зокрема, з кондуктивною втратою слуху (КВС) для можливості раннього початку лікування. Має бути визначена ступінь втрати слуху (Додаток 1).

Обґрунтування

Детально зібраний сфокусований особистий та сімейний анамнез пацієнта містить важливу інформацію, щодо основних потенційних причин РВС і ГВС, що впливає на подальше обстеження, лікування та покращення якості життя пацієнта. Хоча, загроза для життя, викликана РСНП або ГСНП виникає досить рідко, але захворювання, які виступають причиною їх виникнення можуть становити таку загрозу, це часто пов'язано саме із запізнілою діагностикою.

Повинні бути запідозрені причини розвитку РСНП, ГСНП, що часто виявляються уже під час лікування, зокрема захворювання серцево-судинної системи, інфекційні чинники, токсичні впливи, дія отоксичних препаратів, вестибулярна шваннома (акустична неврома), акубаротравма, органічні захворювання центральної нервової системи, порушення мозкового кровообігу та злоякісні новоутворення.

Обов'язкові критерії якості

1. Збір анамнезу включає інформацію щодо: травми вуха впродовж останнього часу, болю у вусі, проведення втручань або маніпуляцій у вусі, підвищення температури тіла, запаморочення, зміни артеріального тиску або інших симптомів системних захворювань; наявність скарг щодо зниження слуху та відчуття закладеності, вушний шум. Наявність гострого початку, що супроводжується головний болем, запамороченням і суб'єктивним вушним шумом може бути симптомом потенційно серйозної ситуації та вимагати негайного втручання.

2. Фізикальний огляд включає: отоскопічний огляд (візуалізація барабанної перетинки) для виявлення: ущільнення вушної сірки (у разі виявлення, повинна бути видалена), зовнішнього та середнього отиту, стороннього тіла, перфорації та рубцевих змін барабанної перетинки, набряку слухового ходу у випадку зовнішнього отиту.

3. Інструментальні та функціональні дослідження: камертональні тести (Рінне, Бінга, Вебера, Федеріче); акуметрія; порогова тональна аудіометрія; мовна аудіометрія; надпорогові тести. На підставі даних аудіометричних досліджень визначається вид РСНП і ГСНП (Додаток 1).

4. При виявленні симптомів та ознак вестибулярної шванноми (акустична неврома), неврологічних симптомів, особливо вогнищевих, порушення мозкового кровообігу та ознак злоякісного новоутворення необхідно негайного скерування пацієнта на додаткові обстеження (МРТ, КТ, обстеження стану

мозкового кровообігу (Додаток 2) і центральної нервової системи) консультацію до лікаря-невролога, нейрохірурга, онколога.

5. У пацієнтів із імовірною РСНП і ГСНП має бути визначена наявність двосторонньої втрати слуху або повторюваних епізодів втрати слуху.

6. Пацієнти, які мають в анамнезі флуктуацію слуху повинні бути обстежені на наявність таких захворювань, як хвороба Мен'єра, аутоімунне захворювання внутрішнього вуха, синдром Когана, судинні захворювання.

7. У пацієнтів за підозри наявності ретрокохлеарної патології, вестибулярної шванноми рекомендовано разом з КСВП і аудіометрією проведення МРТ. Пацієнтам, яким протипоказана МРТ (наприклад, наявність кардіостимуляторів, інших металевих імплантатів, клаустрофобія), використовують КТ скроневих кісток з контрастуванням.

8. При прогресуючій втраті слуху понад 10 дБ на 2-х або більше послідовних частотах або падінні розбірливості мовного тесту більш ніж на 10% повинна проводитись діагностика за допомогою КСВП, ДСВП, МРТ та/або додаткового інструментального обстеження.

9. Впродовж 6 місяців після встановлення діагнозу у пацієнтів із РСНП або ГСНП та призначення лікування необхідно провести контрольні аудіометричні дослідження.

Стандарт 3. Лікування пацієнтів з РСНП і ГСНП

Положення стандарту

Лікування пацієнтам РСНП та ГСНП призначається на підставі результатів діагностичних досліджень та визначення ступеня втрати слуху.

Обґрунтування

Методи лікування РСНП і ГСНП включають призначення лікарських засобів: глюкокортикостероїди для системного та місцевого застосування, засоби судинної терапії, антиагреганти, антитромболітики, діуретики, протівірусні та інші лікарські засоби за показаннями. За умови визначення етіологічного чинника після проведення додаткових обстежень та залучення за необхідності інших фахівців, призначається відповідне лікування згідно із чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Своєчасне призначення лікування сприяє досягненню найкращих клінічних результатів та підвищує можливість повного відновлення слуху та покращує якість життя пацієнтів.

Обов'язкові критерії якості

1. Для початково терапії пацієнтів з РСНП і ГСНП призначають глюкокортикостероїди для системного та місцевого застосування: метилпреднізолон, дексаметазон.

2. Моніторинг ефективності лікування здійснюється шляхом проведення повторного аудіометричного дослідження у пацієнтів з РСНП і ГСНП (Додаток 3).

3. Пацієнтам з неповним відновленням слуху надається консультація щодо слухопротезних технологій (СПТ) та інших підтримуючих заходів.

Бажані критерії якості

1. Лікарі-отоларингологи можуть призначити гіпербаричну оксигенотерапію (ГБО) та інші заходи фізіотерапії (ультрафонофорез, магнітотерапію) протягом 3 місяців після встановлення діагнозу РСНП і ГСНП.

Стандарт 4. Подальше спостереження за пацієнтами РСНП і ГСНП **Положення стандарту**

Пацієнтам з частковим відновленням слуху або без нього, або постійним шумом у вухах рекомендовано довготривале спостереження та за потреби лікування у лікарів-отоларингологів, лікарів-сурдологів та лікарів інших спеціальностей, зокрема, психотерапевтів.

Обґрунтування

Пацієнти з раптовою односторонньою втратою слуху відразу відчувають труднощі зі спілкуванням на стороні ураження, особливо серед шумного середовища. Якщо у них вже наявна втрата слуху у протилежному вусі через поширені причини такі, як наприклад пресбіакузис та вплив шуму, РСНП і ГСНП лише посилять проблему. У пацієнтів із РСНП і ГСНП асиметрія слухової чутливості часто може призвести до нездатності визначити, звідки походить звук (порушена ототопіка) і це дезорієнтує пацієнта. Неможливість локалізувати звук також може бути дуже небезпечною та спричинити, при керуванні пацієнтом автомобілем, ризик аварій. Прогноз для відновлення пацієнтів з РСНП і ГСНП залежить від ряду факторів, у т.ч віку пацієнта, наявності вестибулярних порушень на початку захворювання, ступеня втрати слуху, аудіометричної картини та проміжку часу між виникненням втрати слуху та початком лікування.

Обов'язкові критерії якості

1. Необхідно проводити контрольні аудіометричні обстеження в динаміці лікування впродовж 6 місяців після встановлення діагнозу у пацієнтів із РСНП або ГСНП. Також зібрати анамнестичні данні у пацієнта щодо зміни слухової функції, суб'єктивного шуму у вухах, відчуття закладеності у вусі, запаморочення або нудоти після лікування. Ефективність лікування визначається згідно із додатком 3.

2. Якщо у пацієнта втрата слуху є прогресуючою або постійною необхідне застосування реабілітаційних заходів та у тяжких випадках (повна глухота) може бути направлений на МСЕК для встановлення групи інвалідності.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність клінічного маршруту пацієнта (КМП) з раптовою і гострою сенсоневральною приглухуватістю.

2. Відсоток пацієнтів охоплених проведенням аудіометричного спостереження (протягом 6 місяців) після встановлення діагнозу РСНП і ГСНП, для виявлення пацієнтів, яким мають бути корисні варіанти реабілітації.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта (КМП) з раптовою і гострою сенсоневральною приглухуватістю.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандартів медичної допомоги «Раптова і гостра сенсоневральна приглухуватість».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів у регіоні. Якість надання медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинним Стандартам медичної допомоги даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2022 рік – 90%;

2023 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями, які надають первинну медичну допомогу, лікарями отоларингологами (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів, які надають первинну медичну допомогу, лікарів отоларингологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, лікарів отоларингологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих в районі

обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про лікарів, які надають первинну медичну допомогу, лікарів отоларингологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, лікарів отоларингологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з РСНП та ГСНП (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий лікарями, які надають первинну медичну допомогу, лікарями отоларингологами (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток пацієнтів, охоплених проведенням аудіометричного спостереження (протягом 6 місяців) після встановлення діагнозу РСНП і ГСНП, для виявлення пацієнтів, яким мають бути корисні варіанти реабілітації.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на стандарті медичної допомоги «Раптова і гостра сенсоневральна втрата слуху».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження стандарту медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: спеціалізовані стаціонари, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються спеціалізованими стаціонарами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надсилаються поштою, в тому числі електронною поштою. Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх спеціалізованих стаціонарів, зареєстрованих на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з РСНП і ГСНП, які лікувалися у ЗОЗ за звітний період. Джерелом інформації є: Медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о) та Медична карта амбулаторного хворого (Форма № 025/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з РСНП і ГСНП, охоплених проведенням аудіометричного обстеження протягом 6 місяців після встановлення діагнозу для виявлення тих пацієнтів, у яких не відбулося повного відновився слуху після отриманого лікування.

Джерелом інформації є: Медична карта стаціонарного хворого (Форма 003/о) та Медична карта амбулаторного хворого (Форма № 025/о).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандартів медичної допомоги

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Тактика ведення пацієнтів з раптовою і гострою сенсоневральною приглухуватістю», 2022.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)».
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2022 року № 1011 «Про затвердження чотирнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 вересня 2011 року № 561 «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 14 листопада 2011 року за №1295/20033.

**Генеральний директор
Директорату медичних послуг**

Олександра МАШКЕВИЧ

Додаток 1
до Стандартів медичної допомоги
«Раптова і гостра сенсоневральна
втрата слуху»

Класифікація та визначення втрати слуху

Втрата слуху класифікується як кондуктивна, сенсоневральна або змішана.

Кондуктивна втрата слуху розвивається при порушеннях у структурах звукопроведення слухової системи, є наслідком аномалій зовнішнього вуха, барабанної перетинки, повітряного простору середнього вуха або кісточок — тобто структур, які «проводять» звукові хвилі до завитки. Аудіометрично таке порушення слуху характеризується наявністю інтервалу між тональними пороговим кривими по кістковій і повітряній провідності.

Сенсоневральна приглухуватість виникає при ушкодженні звукосприймаючого апарату слухового аналізатора, є наслідком аномалій завитки, слухового нерва або інших структур, які здійснюють трансляцію нервових імпульсів до слухової кори головного мозку та аналіз звукової інформації. Аудіометрично таке порушення слуху характеризується відсутністю інтервалу між тональними пороговим кривими по кістковій і повітряній провідності, вони співпадають.

Змішана втрата слуху є комбінацією як КВС, так і СВС.

Види та визначення РВС і ГВС:

- Раптова втрата слуху (РВС) визначається швидким початком, що відбувається протягом 72-годинного періоду, суб'єктивного відчуття порушення слуху у одному або обидвох вухах.

- Раптова сенсоневральна втрата (РСНВС) слуху є підгрупою РВС, що (а) має сенсоневральний характер та (б) відповідає певним аудіометричним критеріям.

а) сенсоневральна втрата слуху вказує на ураження на рівні рецептора, слухового нерва, на порушення центрального сприйняття або обробки слухової інформації на вищих рівнях.

б) найбільш часто використовуваний аудіометричний критерій - зниження слуху на ≥ 30 децибел (дБ) принаймні, на трьох

послідовних частотах. Оскільки вихідна аудіометрія, як правило, є недоступною, рівень втрати слуху визначається відносно порогів протилежного вуха. При цьому на порогові й тональній аудіометричній кривій порогові за кістковою і повітря.

- Ідіопатична раптова сенсоневральна втрата слуху (ІРСНП) діагностується як РСНП з відсутністю ідентифікованої причини при адекватному дослідженні. У більшості випадків причини РСНП можуть бути з'ясованими після проведеного комплексного інструментального обстеження та віднесеними до судинної, токсичної, травматичної, запальної або множинної етіології, що диктує відповідні вимоги до обґрунтованої патогенетично тактики лікування.
-

Додаток 2
до Стандартів медичної допомоги
«Раптова і гостра сенсоневральна
втрата слуху»

Ознаки, які можуть супроводжувати ішемічну втрату слуху:

- гостра одностороння втрата слуху з вестибулярними розладами пов'язана з більшістю випадків лабіринтного інсульту та порушенням кровотоку у передній нижній мозковій артерії (ПНМА),
- одностороння втрата слуху може бути проявом транзиторних ішемічних атак у системі ПНМА;
- раптова двостороння втрата слуху також може бути продромом до інсульту у системі ПНМА, коли в основі лежить суттєве атеросклеротичне звуження хребетно-базиліарних судин.

Окклюзія ПНМА, включає: іпсилатеральний синдром Горнера (окулосимпатичний парез: міоз, птоз і ангідроз), диплопію, ністагм, іпсилатеральну слабкість, оніміння обличчя, запаморочення, нудоту, порушення мови, блювання, односторонній парез кінцівок та контралатеральну втрату больової та температурної чутливості.

Додаток 3
до Стандартів медичної допомоги
«Раптова і гостра сенсоневральна
втрата слуху»

Результати, які використовуються для оцінки ефективності лікування РСНП

У випадку, коли є дані аудіометрії до епізоду РСНП та ГСНП:

- а. Відновлення:** якщо наступний рівень порогів тональної або мовної аудіометрії (дБ РС) покращився в межах 10 дБ від рівня слуху перед раптовою втратою слуху
- б. Часткове відновлення :** якщо наступний рівень порогів тональної або мовної аудіометрії (дБ РС) покращився до 50% від рівня слуху до раптової втрати слуху
- с. Відсутнє відновлення:** якщо наступні порогови тональної або мовної аудіометрії (дБ РС) залишилися на тому ж рівні.

Якщо немає вихідної аудіограми до епізоду РСНП та ГСНП:

- а. Поліпшення порогів тональної аудіометрії на 10-30 дБ відносно рівнів слуху до лікування (якщо не надано результатів мовної аудіометрії).**
- б. Поліпшення порогів тональної аудіометрії на 10-30 дБ і на 10-20% покращення мовної аудіометрії відносно рівнів слуху до лікування.**
- с. Розрахувати індивідуальне відновлення порогів тональної аудіометрії (дБ) і визначити, як це покращення поділяється на категорії повного, часткового та без відновлення. Серед них:**
 - 1. повне відновлення:** зменшення порогів тональної аудіометрії (дБ) в межах 10 дБ від початкового РС (рівня слуху перед раптовою втратою слуху) або в межах 10 дБ від РС неуразеного вуха
 - 2. Часткове відновлення:** зменшення порогів тональної аудіометрії (дБ) в межах 50% початкового РС (рівня слуху перед раптовою втратою слуху) або >10-дБ покращення РС
 - 3. Відсутнє відновлення:** <10 дБ РС покращення відносно початкового РС при виникненні РСНП та ГСНП.

Порівнюючи наступний РС з початковим РС, важливо, що будь-яка зміна повинна перевищувати 10 дБ РС, щоб вважатися значною. Зміна порогів тональної аудіометрії менше, ніж на 10 дБ, може бути ненадійною ознакою, оскільки знаходиться в межах похибки вимірювання порогових значень чистого тону. В такому випадку потрібно переконатися в точності вимірювання приладу і своєчасної метрологічної його перевірки.
