

## МЕДИЦИНСКАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КАТАРАКТОЙ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ

*Н. Х. Хасанова, Д. Г. Камалов, Ф. С. Амирова, Р. Ш. Галиуллина*

*Кафедра глазных болезней (зав.—проф. Н. Х. Хасанова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Целью настоящего сообщения является обобщение результатов первых 100 имплантации интраокулярной линзы модели Федорова — Захарова у 96 больных, из них у 4 пациентов имплантация была произведена на обоих глазах. Возраст больных колебался от 18 до 60 лет; мужчин было 89, женщин — 7.

Экстракция катаракты с одномоментной имплантацией была выполнена у 84 (87,5%) больных, отсроченная имплантация — у 12 (12,5%). У 58 (60,4%) лиц была травматическая катаракта: после проникающего ранения — у 36, контузионная — у 18, пленчатая травматическая — у 4. Травматические катаракты часто сопровождалась другими выраженными изменениями переднего отрезка глаза. Так, рубцы роговицы были выявлены у 12 больных, из них у 8 они были спаены с радужкой. Задние синехии диагностированы у 4 больных. У 4 пациентов травматическая катаракта сочеталась с инородным телом в хрусталике, которое удалялось одновременно с экстракцией катаракты и имплантацией интраокулярной линзы во время первичной хирургической обработки. Осложненная катаракта была установлена у 6 больных, старческая — у 22. Среди наших пациентов водителями транспорта и механизаторами сельского хозяйства были 76 (79,2%) человек.

На 96 из 100 глаз была произведена экстракапсулярная экстракция катаракты с применением ирригационно-аспирационной системы. Все операции были выполнены под микроскопом.

В сроки до 6 мес после операции обследованы все больные, в сроки от 1 до 3 лет — 87 (90,6%).

Выпадение стекловидного тела у одного больного с дефектом в задней капсуле хрусталика произошло в результате проникающего ранения, у другого — при аспирации вязких масс, плотно спаенных с капсулой хрусталика (травматическая катаракта после проникающего ранения роговицы). У обоих больных была произведена передняя витректомиа с репозицией радужки. Не удалось полностью вывести хрусталиковые массы у 2 больных, причем у одного с выпадением стекловидного тела.

В послеоперационном периоде лишь у одной больной отмечались резко выраженный отек роговицы, многочисленные складки десцеметовой оболочки, экссудат на дне передней камеры высотой 1 мм. Данную реакцию купировало назначение антибиотиков широкого спектра действия местно и внутримышечно, дексазона внутривенно в течение 5 дней и подконъюнктивально ежедневно, индометацина, гоматропина, осмотических и рассасывающих средств. Больная была выписана через 3 нед с острой зрения 0,4 D; через один год острота зрения повысилась до 0,8 D.

На 30 глазах были выявлены умеренный отек роговицы, единичные складки десцеметовой оболочки и эндотелия. Все эти изменения полностью исчезли к 7—10-му дню после имплантации при ежедневных в течение 5 дней инъекциях антибиотиков и приеме дексазона подконъюнктивально и бутадона внутрь.

У 4 больных в раннем послеоперационном периоде (до недели) была дислокация опорных дужек интраокулярной линзы короткодужковой модели, при этом у 3 пациентов они были вправлены хирургическим путем, у одного — без операции. Возникновение этого специфического для интраокулярной имплантации осложнения следует отнести за счет быстрого восстановления живой реакции зрачка на свет, присущей молодому возрасту. Ни разу не было зрачкового блока и повышения внутриглазного давления.

В отдаленные сроки после операции (до 3 лет) у всех больных были выявлены легкая атрофия радужки, нежные синехии между опорными частями интраокулярной линзы и задней поверхностью радужной оболочки. У 16 больных на линзе были обнаружены единичные пылевидные пигментные отложения, которые не влияли на остроту зрения. Линзы располагались центрально. У 2 пациентов через год развилась вторичная катаракта, из-за которой острота зрения снизилась с 0,7 до 0,1 D у одного и с 0,8 до 0,2 D у другого. Обоим было предложено рассечение вторичной

катаракты. У одного пациента после тяжелой травмы линза вывихнулась в переднюю камеру и была удалена. У 4 больных выявлена эндотелиально-эпителиальная дистрофия роговицы, что мы объясняем длительным промыванием передней камеры с целью выведения большого количества остающихся вязких хрусталиковых масс. Явлений макулопатии мы не наблюдали ни в одном случае.

В итоге в отдаленные сроки острота зрения 0,5 D и выше была получена при имплантации у 83 (86,5%) больных, от 0,1 до 0,5 D—у 8 (8,3%), ниже 0,1 D—у 4 с эндотелиально-эпителиальной дистрофией роговицы. Всем им была предложена сквозная субтотальная пересадка роговицы. У одного больного с травматической катарактой 10-летней давности острота зрения была равна 0,02 D из-за выраженных помутнений в стекловидном теле, которые были обнаружены в раннем послеоперационном периоде.

Несмотря на тщательный расчет оптической силы интраокулярной линзы у каждого больного перед операцией, 27 больным (30 глаз) потребовалась дополнительная сферическая, а 2 — сфероцилиндрическая коррекция от +1,0 до +3,0 D и от —0,5 до —3,0 D.

У 85 (88,5%) оперированных, имевших высокую остроту зрения на здоровом и оперированном глазах (0,3 D и выше), восстановилось бинокулярное зрение, что позволило им вернуться к прежней работе. Профессиональную реабилитацию получили 88 (91,7%) работавших.

Таким образом, имплантация интраокулярных линз модели Федорова—Захарова после экстракции катаракт различной этиологии может существенно улучшить не только медицинскую, но профессиональную реабилитацию.

Поступила 02.04.86.

УДК 616.28—008.14—072.7:612.789

## РЕЧЕВАЯ АУДИОМЕТРИЯ НА ТАТАРСКОМ ЯЗЫКЕ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

*Р. М. Нурсаитова*

*Кафедра оториноларингологии (зав.— проф. Л. Г. Сватко) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Среди существующих методов исследования слуховой функции человека широкое применение нашла речевая аудиометрия, которая дает возможность количественно и качественно судить о состоянии слуха обследуемого по степени разборчивости звуков речи. Каждый язык имеет свои фонетические, грамматические, акустические и другие особенности, что требует создания на соответствующем языке словесных тестов, пригодных для речевой аудиометрии [1]. Установлено, что при методе речевой аудиометрии достигается постоянство записи и воспроизведения речевого теста, отсутствует влияние акустики помещения, исключаются элементы субъективизма при произношении слов [2]. Ввиду отсутствия сбалансированного речевого материала метод речевой аудиометрии у лиц татарской национальности, не владеющих или плохо владеющих русским языком, до настоящего времени не применялся.

В связи с этим был изучен фонетический, грамматический и акустический состав татарского языка и создан комплекс словесных тестов, состоящий из 6 таблиц по 50 слов в каждой и по 10 в каждой подгруппе. Усложненный речевой материал включает 3 таблицы односложных слов, 5 скороговорок на русском и столько же на татарском языках.

Для определения однотипности и правильности сбалансирования слова зачитывались диктором телевидения (мужчиной) с интервалом между словами по 5 с, а между группами слов—по 10 с и были записаны на ферромагнитную ленту.

При выполнении работы всем лицам проводили полное аудиологическое обследование, осмотр ЛОР-органов, акуметрию, камертональное исследование, тональную аудиометрию; определяли надпороговые тесты (дифференциальный порог силы звука по Люшеру и Si—Si тест), уровень слухового дискомфорта, речевую аудиометрию на татарском языке, восприятие ультразвуков по методу В. М. Сагаловича. При наличии шума применяли шумометрию.

При выполнении речевой аудиометрии определяли следующие уровни разборчи-