

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-

ности речи: порог недифференцированного восприятия речи, разборчивость до 20, 50, 80, 100% и на уровне дискомфорта. Для оценки результатов каждого уровня разборчивости речи обследуемым подавали по 30 слов (3 подгруппы, согласуя их в группы) и подсчитывали число распознанных слов.

По данной методике обследовано 70 нормально слышащих людей и 125 больных с нейросенсорной тугоухостью. Полученные результаты подвергнуты статистической обработке на ЭВМ FC-1033.

Анализ данных отологических здоровых лиц показал, что воздушная и костная проводимость не превышала 5 дБ по тональной шкале. Данные Si—Si в диапазоне речевых частот были ниже 30%; результаты исследования дифференцированного порога силы звука по Люшеру колебались от 1,9 до 1,0 дБ. Пороговая адаптация равнялась 5 дБ. Кривая разборчивости речи нарастала следующим образом: порог недифференцированного восприятия речи— $9,7\pm 0,3$; разборчивость до 20%— $22,7\pm 0,4$; 50%— $27,6\pm 0,6$; 80%— $32,7\pm 0,4$; 100%— $42,1\pm 0,4$ дБ. У всех лиц на уровне дискомфортной громкости (на аудиометре МА-31—90 дБ) разборчивость речи достигала 100%. Диапазон разборчивости речи составил 31,9 дБ, а восприятие ультразвуков не превышало 1—2 В.

С нейросенсорной тугоухостью обследовано 125 больных, у 59 из них снижение слуха было связано с перенесенной инфекцией, у 24—с работой в условиях производственного шума и травмы, у 9—с приемом антибиотиков аминогликозидного ряда, у 11—с гипертонической болезнью и остеохондрозом шейного отдела позвоночника; у 22 больных причина тугоухости точно не установлена.

Все больные были распределены на 6 групп в зависимости от степени потери слуха по воздушной проводимости в области речевых частот на тональной аудиограмме, показаний надпороговых тестов и рельефа кривой (табл.).

Аудиологическая характеристика по данным речевой аудиометрии у больных с нейросенсорной тугоухостью (в децибеллах)

Пороги речевой аудиометрии	Группы больных с нейросенсорной тугоухостью					
	1-я (n=5)	2-я (n=17)	3-я (n=41)	4-я (n=25)	5-я (n=26)	6-я (n=11)
Порог недифференцированного восприятия речи, %						
20	15±1,5	24,1±2,0	27,1±1,3	43,8±2,6	56,7±2,1	64,5±19
50	26±1,0	32,6±2,1	36,5±1,3	51,7±2,6	65,2±2,3	76,8±25
80	31±1,0	38,3±2,3	41,2±1,3	56,0±2,7	70,6±2,2	76,8±28
100	36±1,0	43,2±2,0	46,5±1,2	61,4±2,5	79 ±2,0	83,6±00
Дискомфортная громкость	49±1,0	52,3±2,7	56,8±1,3	70,4±2,3	0,0	0,0
Диапазон разборчивости речи	100±0	97,6±1,9	97,5±0,7	94,0±1,9	76,8±2,4	50,0±16
	34±1,8	29,7±0,1	29,5±0,7	28,4±1,0	0,0	0,0

Как видно из таблицы, у больных 5 и 6-й групп со значительной потерей слуха на тональной аудиограмме и выраженным феноменом ускоренного нарастания громкости разборчивость речи не достигала 100%, что подтверждало значительную степень нейросенсорной тугоухости. По результатам речевой аудиометрии следует, что конфигурации кривых разборчивости речи очень вариабельны: у 33 больных кривая разборчивости речи была такой же, как у здоровых лиц, у 22—имела крутой вид, у 10—пологий; у 23 лиц после достижения 100% уровня разборчивости речи дальнейшее усиление громкости приводило к парадоксальному падению разборчивости, у 20 наблюдался обрывистый тип кривой разборчивости речи, у 17—крючкообразный. Сопоставление показателей тональных, надпороговых тестов и данных речевой аудиометрии показало их соответствие у больных с различной степенью нейросенсорной тугоухости, что позволяет оценивать речевую аудиометрию как информативный надпороговый тест.

На основании приведенных исследований можно полагать, что разработанные нами артикуляционные таблицы татарских слов для речевой аудиометрии информативны в диагностике нейросенсорной тугоухости. Предложенный стандартизированный речевой материал на татарском языке может быть рекомендован для прак-

тической аудиологии с целью дифференциальной диагностики различных стадий нейросенсорной тугоухости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базаров В. Г., Багмут А. И., Мишанчук Н. С., Радченко А. И., ЖУНГБ, 1985, 5, 15.— 2. Лопотко А. И. Вести. оторинолар., 1972, 1, 47.

Поступила 24.02.86.

УДК 616.314—002—089.8:616.314.18

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ ПУЛЬПЫ ЗУБА ПРИ ОПЕРАТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА

Г. Д. Овруцкий, Л. А. Дмитриева, М. Х. Ибрагимов

Кафедра терапевтической стоматологии (зав.—проф. Г. Д. Овруцкий) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Литературные данные свидетельствуют о повреждающем действии на пульпу зуба зубных боров [2, 7] и материалов, используемых для пломбирования кариозных полостей [1, 6]. Известные рекомендации по предотвращению повреждений пульпы при лечении кариеса зубов предусматривают щадящий режим обработки дна и стенок кариозной полости режущими инструментами и изоляцию дна кариозной полости от пломбировочных материалов, обладающих токсическим действием, от чего изолирующая прокладка не всегда надежно защищает пульпу зуба [3, 4]. В этой связи обращено внимание на глюкокортикоиды, обладающие противовоспалительным и антиоксидантным действием [5].

Нами изучена возможность предотвращения осложнений, связанных с пломбированием кариозных полостей, путем аппликации глюкокортикоида на твердые ткани зуба.

Экспериментальное исследование было выполнено на 672 зубах 64 животных — беспородных собак 2—3-летнего возраста массой тела 10—12 кг. 576 зубов 52 собак изучали светооптически и 96 зубов 12 собак — электронно-микроскопически.

Под гексеналовым наркозом у животных в зубах формировали искусственные полости V класса типа среднего и глубокого кариеса с помощью электробормашины (3 тыс. об./мин; давление на зуб — 200 г) и воздушной турбинки (100 тыс. об./мин; давление на зуб — 20 г) твердосплавными обратноконусными борами № 3. Перегрев тканей при этом исключали орошением полости физиологическим раствором. Искусственные полости в течение 10 мин обрабатывали 3% раствором преднизолона в сочетании с 50% раствором димексидом в соотношении 4:1 и пломбировали силидентом, силицином, норакрилом-65 и норакрилом-65 с использованием изолирующей прокладки из фосфат-цемента. Для сравнения изучали изменения в пульпе зубов, в которых искусственно сформированные полости соответствующей глубины пломбировали теми же материалами без изолирующей прокладки. Кроме того, исследовали пульпу зубов, в которых искусственно полученные полости пломбировали силидентом, силицином и норакрилом-65 с применением изолирующей прокладки из фосфат-цемента. Выясняли также возможность предотвращения патологической реакции пульпы на травму, связанную с препарированием твердых тканей зуба, с помощью аппликации преднизолона с димексидом. Спустя 1, 7, 21 и 110 сут после соответствующей обработки пульпу зуба изучали под оптическим и электронным микроскопом.

Клинически оценивали влияние аппликации преднизолона с димексидом на эффективность пломбирования силидентом при среднем кариесе без использования изолирующей прокладки и норакрилом-65 с изолирующей прокладкой из фосфат-цемента при среднем и глубоком кариесе.

В течение двух лет наблюдали за 137 больными в возрасте от 19 до 34 лет, у которых было запломбировано 289 зубов, в том числе 99 силидентом по поводу среднего кариеса (61 — с аппликацией преднизолона); 190 зубов по поводу среднего и глубокого кариеса пломбировали норакрилом-65 с изолирующей прокладкой