

ности начала болезни, частоты рецидивов и осложнений, высоты титра антител и скорости их угасания. Следовательно, необходимо более часто проводить динамическое исследование указанных групп населения, особенно сельских жителей, с использованием РСК с антигеном Бернета.

УДК 616.28—072.7

**Л. Г. Сватко, Д. Г. Тумашева, Р. М. Нурсаитова (Казань). Применение словесных тестов на татарском языке для исследования слуха при речевой аудиометрии**

Определение остроты слуха при речевой аудиометрии относится к давно известным способам исследования. Еще в 1906 г. В. И. Воячек предложил таблицу пробных слов для исследования слуха на русском языке. В условиях многонационального Советского государства первостепенное значение приобрела разработка словесных таблиц для проведения речевой аудиометрии на языках народов СССР. Каждый язык имеет свои характерные фонетические, грамматические и ритмические особенности, поэтому в первую очередь должны быть составлены артикуляционные таблицы слов каждого языка.

Татарский язык относится к северо-западной группе тюркских языков, в которую, кроме него, входят казахский, киргизский, каракалпакский, кумыкский, карачаево-балкарский и др.

Целью нашей работы было исследование фонетических и грамматических свойств «живой» татарской речи и создание словесных тестов для их последующего применения в речевой аудиометрии при исследовании слуха. При подборе слов пользовались «Толковым словарем татарского языка» под редакцией Л. Т. Махмутовой (1979, 1980, 1981). При составлении артикуляционных таблиц для речевой аудиометрии на татарском языке мы учитывали особенности этого языка, вытекающие из его фонетического и грамматического строя, а также современное состояние татарского литературного языка. Слова отобраны из лексики современного татарского литературного языка с учетом всех основных его жанров: поэзии, художественной, фольклорной и публицистической литературы.

Основной формой слов в таблицах для имен существительных, прилагательных и местоимений является форма основного падежа, для глаголов — инфинитивная форма. В составленных нами таблицах из фонетических особенностей языка отражены количественные соотношения слов с различными слоговыми составами. Изучение процентного соотношения слоговой частоты (10 000 слов) показало, что односложные слова составляют 17,2%, двусложные — 46,3%, трехсложные — 24,4%, четырехсложные — 9,7% и многосложные — 2,4%. Нами была вычислена частота каждой фонемы в начале слов татарского языка. Наиболее часто встречаемыми фонемами в начале слова оказались К (18,3%), Т (11,2%), Б (8,2%), С (6,9%), А (5,1%), редковстречаемыми — Е (0,84%), Ф (0,5%), Ш (0,05%). Согласные Ц и Щ наблюдаются только в заимствованных словах русского языка. Слова распределены на 6 групп по 50 слов в каждой и по 10 слов в подгруппе с учетом процентного соотношения гласных и согласных звуков, а также слоговых структур каждого слова.

Разработанные нами артикуляционные таблицы дали возможность применять их в виде фонограмм при речевой аудиометрии с целью получения достоверных результатов исследования слуховой функции при различных формах тугоухости у лиц татарской национальности.

УДК 616.716.1/4+617.52]—002—08:615.384

**Л. А. Кольцова, К. Е. Шерпутовская, В. Н. Широков, Е. Ф. Николаев (Казань). Трансфузионная терапия в клинике челюстно-лицевых заболеваний**

Применение инфузионной терапии при различных патологических состояниях челюстно-лицевой области позволяет активно корригировать нарушения, возникающие в организме как в результате самого заболевания, так и при обширных хирургических вмешательствах в этой области.

За последние 5 лет в челюстно-лицевом отделении кафедры хирургической стоматологии 493 больным произведено 850 трансфузий донорской крови, эритроцитарной и лейкомаassy, а также кровезаменителей комплексного и направленного действия. Больные были в возрасте от 1 мес до 80 лет: до одного года — 52 человека, до 5 лет — 28, до 7 — 80, до 14 — 43, до 20 — 46, до 30 — 81, до 40 — 51, до 50 — 50, до 60 — 45, до 70 — 14, старше 70 лет — 3. Данные о количестве проведенных трансфузий приведены в таблице.

Жидкости вводили путем венепункции и венесекции. При необходимости проведения длительной трансфузионной терапии катетеризировали периферические вены конечностей или подключичную вену (6 случаев). На одного больного приходилось от 1 до 14 трансфузий.

Непосредственный контроль во время и после трансфузии осуществляли путем определения частоты пульса, АД, температуры тела, лабораторных анализов. Эффек-

Трансфузионные среды, применяемые при различных заболеваниях

	Острый остеомиелит	Хронический остеомиелит	Флегмоны	Паронит, свищозодонт	Фурункулы, карбункулы	Переломы челюсти	Травмы мягких тканей	Кровотечения после удаления зуба	Ожоги	Деформация челюсти	Расщелины губы	Расщелины неба	Гемангиомы	Другие новообразования	Пластика	Всего
Гемодез . . . . .	65	2	191	17	87	5	2	3	24	—	—	—	—	—	—	396
Полиглюкин . . . . .	7	1	10	—	2	2	2	7	1	—	—	—	—	—	—	52
Аминопептид . . . . .	17	4	23	—	7	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	60
Казеин . . . . .	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Маннит . . . . .	7	4	1	—	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25
Протеин . . . . .	—	—	6	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11
Липофундин . . . . .	4	—	5	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	13
Реополиглюкин . . . . .	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Кровь . . . . .	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
Плазма . . . . .	6	16	2	—	2	4	5	—	8	14	57	111	26	38	—	289
Прямое переливание . . . . .	13	11	10	—	5	—	—	—	9	—	—	2	1	3	1	56
Эритромаасса . . . . .	1	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	12
Лейкомаасса . . . . .	—	—	—	—	3	—	—	3	—	—	—	1	2	4	1	14
Желатиноль . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2
Всего . . . . .	126	47	260	17	110	34	30	19	42	14	57	118	29	45	2	850

тивность комплексного лечения, в том числе и трансфузионной терапии, оценивали по клинико-лабораторным показателям.

При плановых операциях, проводимых под общим обезболиванием, по поводу врожденных расщелин, приобретенных деформаций челюстей, опухлей мягких тканей лица, переливали консервированную донорскую кровь или эритроцитарную массу в объеме, соответствующем величине кровопотери, которую определяли путем взвешивания салфеток и по содержанию гемоглобина.

Для увеличения объема циркулирующей крови применяли внутривенные трансфузии полиглюкина, реополиглюкина, желатиноля.

С целью дезинтоксикации трансфузионную терапию использовали у больных с тяжелым течением острых воспалительных заболеваний одонтогенного и неодонтогенного происхождения. Для этого наиболее часто вливали гемодез, который среди других трансфузионных сред, применяемых при гнойно-септических процессах, является лучшим благодаря выраженному дезинтоксикационному действию, диуретическим и детоксифицирующим свойствам, а также способности улучшить микроциркуляцию и экскреторную функцию печени. Гемодез вводили в сочетании с физиологическим раствором и 5% раствором глюкозы.

Для усиления дезинтоксикационного эффекта применяли форсированный диурез введением 10—20% раствора маннитола. Устойчивый диурез достигался дополнительным введением лазикса.

Ослабленным больным назначали гемодилюционную терапию: реополиглюкин или желатиноль в количестве 500 мл, гемодез — 200 мл, альбумин — 100 мл или 500 мл белковых гидролизатов с равным количеством 5% раствора глюкозы с инсулином. Дополнительно вводили 500 мл физиологического раствора и 50—100 мл 4% раствора бикарбоната натрия. Для стимуляции защитно-приспособительных механизмов организма при осложненном течении гнойно-воспалительных заболеваний применяли 10—20% раствор глобулина, протенин, белковые гидролизаты.

Во всех случаях в инфузионную терапию включали витамины группы В, витамин С, инсулин, гидрокортизон. Двум детям с распространенным одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти, перешедшим в хроническую стадию, было осуществлено прямое переливание крови от родителей.

Противовоспалительное медикаментозное лечение больных с воспалительными процессами также проводили внутривенно.

Осложнений при трансфузионной терапии мы почти не наблюдали. Исключение составили 3 больных с осложненным течением хронического травматического остеомиелита нижней челюсти, которым липофундин вводили внутривенно с целью парентерального питания. У всех троих во время введения температура тела повысилась до 40° и держалась в течение 2—4 ч.

У 482 больных было достигнуто полное клиническое выздоровление и только у 11 человек, несмотря на активную инфузионную терапию, антибактериальное лечение и рациональное хирургическое вмешательство, болезнь закончилась летальным исходом.

Таким образом, наши данные позволяют рекомендовать трансфузионную терапию для широкого применения в комплексном лечении различных заболеваний челюстно-лицевой области.