

ноприл в дозе 10-20 мг методом титрования. Лечение проводилось в течение 2-х месяцев.

Результаты: через два месяца лечения отмечена положительная динамика в обеих группах – у 44 человек (88%) отмечено уменьшение клинических проявлений болезни (отеки, одышка, сердцебиение, слабость). Произошло достоверное улучшение показателей фракции выброса(ФВ) левого желудочка (ЛЖ), снизилось ОПСС, достоверно уменьшилось давление в легочной артерии, отмечена положительная динамика показателей диастолической функции ЛЖ. Однако, во второй группе по сравнению с первой отмечено достоверное повышение фракции выброса (на 16%), ударного объема, выраженность положительных сдвигов параметров легочной гемодинамики.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности более широкого использования ИАПФ фозиноприла у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с сахарным диабетом. Включение в лечебный комплекс данной категории больных способствует уменьшению выраженности клинических проявлений, оказывая положительное влияние на гемодинамику малого круга кровообращения.

УДК: 616.28-008.14

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ БОЛЬНЫХ СО СМЕШАННОЙ ФОРМОЙ ТУГОУХОСТИ

И.В. Гамаонова

ГБОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития России,
г. Владикавказ. Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
(зав.кафедрой – д.м.н. Гаппоева Э.Т.)

Сенсоневральная тугоухость– полиэтиологическое заболевание поражающее практически все слои населения заметно «помолодело» и относится к заболеваниям всех веков и цивили-

лизаций. До 6 % населения земного шара страдает выраженной тугоухостью. В патогенезе СНТ важную роль играют особенности кровоснабжения внутреннего уха, происходящего из внутренней слуховой артерии – конечной ветви передненижней мозговой артерии, отходящей от базилярной артерии. Особенностью кровоснабжения внутреннего уха является отсутствие сосудов в самом кортиевоом органе, а основное значение в трофике спирального органа принадлежит сосудистой полоске, расположенной в спиральной связке.

Заболевание характеризуется прогрессирующим понижением слуха по типу нарушения звуковосприятия, наличием шума в ушах. В зависимости от течения различают внезапную, острую и хроническую. При хронической сенсоневральной тугоухости имеет место двусторонняя стойкая в течение многих лет тугоухость с медленным или быстрым прогрессированием. Аудиологически по частоте выраженности нарушения слуха различают 4 степени тугоухости:

I степень – легкая – потеря слуха на тоны 500-4000 Гц в пределах 50дБ, разговорная речь воспринимается с расстояния 4-6 м,

II степень – средняя – потеря слуха на те же частоты равна 50-60 дБ, разговорная речь с расстояния от 1 до 4 м

III степень – тяжелая – потеря слуха превышает 60-70дБ, разговорная речь воспринимается с расстояний 0,25 – 1 м.

IV степень – глухота.

При острой и внезапной наблюдается односторонняя потеря слуховой функции III – IV степени, вплоть до полной глухоты.

Известно более 80 этиологических компонентов, способствующих возникновению сенсоневральной тугоухости. К наиболее часто встречающимся формам относят: возникшую в результате перенесенных острых инфекционных заболеваний, обусловленную интоксикацией аминогликозидными антибиотиками или химическими веществами, сосудистые нарушения, при изменениях состава крови и свойств тока крови, травматические повреждения, связанную с профессиональными вредностями, пресбиакузис, при аутоиммунных нарушениях

внутреннего уха, при различных заболеваниях органов и систем, при наследственных заболеваниях и врожденных пороках развития.

Однако, в литературе нет данных о возникновении сенсоневральной тугоухости в раннем периоде у лиц с нарушением носового дыхания.

Аудиологическое обследование проводили в динамике до и после лечения.

Целью наших исследований явилось раннее выявление сенсоневрального компонента тугоухости у пациентов с нарушениями функции носового дыхания.

По нашим данным 15% больных обращаются в стационар по поводу снижения слуха в результате присоединения кондуктивного компонента тугоухости. У данной группы больных выявлено повышение порогов слуховой чувствительности на тоны в диапазоне высоких частот, в виде пологих кривых, зубцов Кархарта, или обрыва кривых на высоких частотах. Как правило у пациентов данной группы наблюдалось полное отсутствие такого мучительного симптома, как субъективный ушной шум, или его наличие I степени выраженности. В таких случаях, впервые выявленная сенсоневральная тугоухость, является хронической. Отмечено, что данная группа пациентов не относится к работникам культуры, музыкантам и лицам, чьи профессиональные обязанности связаны с необходимостью использования тонкого и острого слуха.

У 45% больных с острой тугоухостью смешанного генеза молодого, трудоспособного возраста имелось затруднение носового дыхания в виде искривления перегородки носа – 8, гипертрофического ринита – 2, вазомоторного ринита – нейровегетативной формы – 7, вазомоторного ринита – аллергической формы – 3, острого и хронического гайморита -2, хронического фронтита – 1, острого пансинусита – 3, хронического полипозного риносинусита – 2.

У 37% больных со смешанной сенсоневральной тугоухостью наблюдались поражения структур среднего уха в виде острого среднего катарального среднего отита – 6; хронического мезотимпанита – 9; – хронического эпитимпанита – 8.

Однако в нашей практике нередко встречаются лица – 1-3% (2 пациента), слуховая функция которых вероятно, выше принятой физиологической нормы. Появление небольшого разрыва кривых костной и воздушной проводимости – 10-15 дБ всего лишь на двух частотах – 125-250Гц или 250-500Гц при проведении аудиометрии, приводит к достаточно эмоциональным переживаниям по поводу потери слуха. Кроме того, мы можем сказать с большой достоверностью, что лица данной группы, обращаются сразу, даже при незначительных нарушениях слуховой функции сенсоневрального генеза.

С острой тугоухостью смешанного генеза – 51 человека, из них с I степенью тугоухости – 27 человек; со II степенью тугоухости – 23 человек; с III – 3 ; с IV – 0.

С односторонним поражением слуховой функции – 32 человека, с двусторонним поражением слуховой функции – 19 человек.

С хронической тугоухостью смешанного генеза – 12 человек, из них:

- с I степенью – 2 человека с двусторонним поражением;
- с II степенью – 1 человек с двусторонним поражением и 2 человека с односторонним поражением;
- с III степенью – 4 человека с двусторонним поражением и 1 человек с односторонним поражением;
- с IV степенью – 2 человек с односторонним поражением.

Реабилитацию слуха у лиц нарушениями носового дыхания осуществляли стандартным методом лечения с дополнительным восстановлением носового дыхания, санации полости носа, восстановление функции слуховой трубы.

В результате проведенного лечения отмечалось улучшение разборчивости речи, снижение субъективного шума в ушах, исчезновение разрыва кривых костной и воздушной проводимости – у 38 больных в остром периоде, у 3 больных в хроническом периоде ; понижение порогов тонального слуха на 15-25 дБ – у 12 больных в остром периоде, у больных в хроническом периоде -1 .

У 24 больных при повторном аудиометрическом исследовании слуховая функция осталась без изменения. Из них, у 7

больных с ототоксическим этиологическим фактором, положительной динамики при лечении не наблюдалось.

Выводы:

1. Сенсоневральный компонент тугоухости в раннем периоде возникает у лиц с нарушениями носового дыхания.

2. Отсутствие субъективного шума в ушах, или наличие периодического ушного шума I степени выраженности, при поражении слухового анализатора в диапазоне высоких частот, приводит к позднему выявлению заболевания, в основном в хроническом периоде.

3. Существует определенная группа людей слуховая функция, которых выше установленных физиологических норм.

УДК: 616.314-72

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГРАНУЛ ПОРИСТОГО ТИТАНА NATiX

М.В. Дагуева, А.Б. Кокоев

ГБОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития России, г. Владикавказ.

Кафедра ортопедической и терапевтической стоматологии
(зав.кафедрой – д.м.н. Дзгоева М.Г.)

ГБОУ ВПО Ставропольская государственная медицинская академия. Кафедра стоматологии ФПДО (зав.кафедрой – д.м.н.,
проф. Сирак С.В.)

Резюме: Метод дентальной имплантации стал одним из ведущих при восполнении дефектов зубных рядов в ортопедической стоматологии. Традиционно дентальная имплантация проводится лишь через 3–6 месяца после удаления зуба. Вместе с тем возможность немедленной постановки имплантата в