частоте 1000 Гц [23], и он короче при шумовых сигналах (порядка 20 мс), чем при чистых тонах. Metz в 1951 году обнаружил, что латентный период укорачивается от 150 до 40 мс при повышении уровня сигнала от 80 до 100 дБ над порогом слуха на частоте 1000 Гц [23].

Strasser (1975), Ruth и Niswander (1976), Jerger с соавт. (1986) также было выявлено, что начальная задержка АР уменьшается с увеличением интенсивности сигнала [23].

Длительность ЛП у взрослого человека зависит не только от интенсивности, но и от частоты стимула. Möller в 1958 г. сообщил, что латентный период имеет диапазон от 25 до 130 мс для чистых тонов 500 и 1500 Гц. Как правило, латентный период короче при 1500 Гц, нежели при 500 Гц. Эти данные получены при измерениях акустического импеданса. Они характеризуют скорее значения механического ответа среднего уха, ответа на гиперстимуляцию различными звуковыми частотами, чем время нервной передачи по рефлекторной дуге. Jerger с соавт. (1986) сообщили, что среднее значение латентного периода АР при 1000 и 2000 Гц составило 106 мс [23].

Исследования влияния различных частот на время латентного периода показало, что предъявляемые частоты 500, 1000 и 2000 Гц дают более стабильный показатель латентного периода акустического рефлекса и меньший разброс значений, чем другие активируемые частоты (Möller, 1958; Ruth, Niswander (1976) [23].

Полученные в 1980 году Lutman и Leis данные свидетельствовали, что при ипсилатеральной стимуляции превышение интенсивности звукового раздражителя более 100 дБ может приводить к появлению артефактов. Это необходимо учитывать при определении латентного периода АР [23].

Djupesland и Zwislocki в 1971 году выявили, что продолжительность активирующего стимула более 1 с уже не влияет на латентность рефлекса [23].

Rossie с соавт. в 1985 году изучали взаимосвязь между рефлекторными паттернами, вызванными белым шумом, и узкополосными белыми шумовыми стимулами различной длительности одинаковой интенсивности. Они обнаружили, что латентность не зависит от спектра раздражителей и его продолжительности [23].

Updike и Einstein (1986) выяснили, что более длительный латентный период акустического рефлекса выявляется на высоких частотах, а не на низких.

Исследование Боргома (1982) демонстрирует более длинный ARL на частоте 500 Гц, чем на 2000 Гц [23].

Удлинение латентности АР выявляется при ретрокохлеарной патологии и может быть использовано в качестве простого клинического метода дифференциальной диагностики интра- и ретрокохлеарных нарушений.

Амплитуда АР (высота графика) может быть различна и определяется сдвигом импеданса (изменением сопротивления структур среднего уха) в момент подачи стимула, зависящей от интенсивности звука [1, 6].

При исследованиях важен факт изменения нарастания (увеличения) амплитуды при повышении интенсивности стимулирующего тона, так как это облегчает регистрацию рефлекса даже при наличии артефактов [7].

Flottrop и соавт. установили большие изменения импеданса на частоте 250 Гц, чем на 4000 Гц. Другие исследователи указывают, что наибольшие изменения импеданса вызывает тон 2000 Гц, также есть данные, что максимальные ответы вызываются тоном 1000 Гц и широкополосным шумом. Поэтому четкое соотношение между активирующей частотой и амплитудой АР остается до конца нерешенным моментом [19].

Увеличение амплитуды акустического рефлекса происходит линейно для чистых тонов примерно до 120 дБ УЗД. Для широкополосного шума функции достаточно линейны приблизительно до 110 дБ УЗД. На более высоких уровнях УЗД наблюдается насыщение рефлекторного ответа, линейность нарушается. При дальнейшем увеличении интенсивности сигнала можно наблюдать уменьшение амплитуды рефлекса.

Снижение минимального времени стимуляции ограничено, так как при очень короткой длительности раздражителя АР не регистрируется.

Для достижения максимальной амплитуды ИАР необходим УЗД 20 дБ (1,10±0,16 мл), для КАР – 86 дБ (1,06±0,12 мл).

По данным Я. М. Сапожникова и М. Р. Богомильского (2001), у детей до 1 года жизни амплитуда акустического рефлекса увеличивается пропорционально росту интенсивности стимулирующего сигнала [17].

Время адаптации зависит от частоты тонального сигнала. Для высокочастотных сигналов оно минимальное (8,5 с), для средне- и низкочастотных сигналов (1,0 и 0,5 кГц) оно повышается до 12,8 и 9,7 с соответственно [24].

Для ИАР время адаптации на частоте 4,0 кГц – 3,3 с, на частоте 1 кГц – 9,3 с, 0,5 кГц – 7,9 с [24].

Таким образом, из вышеизложенного можно судить, что диагностические возможности акустической рефлексометрии должны заключаться не только в регистрации пороговых значений, но и в определении частотных и адаптационных стимуляций, а также в интерпретации особенностей установления полярности и конфигурации его осцилляций, что позволяет судить о возможном характере и топике поражений.