

## IV Всесоюзный съезд оториноларингологов. \*)

Н. А. Бобровский.

IV Всесоюзный съезд оториноларингологов состоялся в Ленинграде 6—11 мая 1935 года.

Торжественное открытие съезда состоялось 6 мая в Ленинградском Дворце Красной армии и Флота.

Председатель оргкомитета съезда проф. Левин в своей вступительной речи отметил те огромные достижения в политическом, хозяйственном и культурном строительстве, которых наша страна достигла со времени III съезда оториноларингологов, в частности в области этой специализированной науки.

Программа съезда состояла из 5 актуальных вопросов оториноларингологии: 1) патогенез и терапия отитов, 2) септическое заболевание внутренних органов в общей связи с тонзиллярным, оральным и носовым процессом, 3) вопросы профилактической и лечебной работы оториноларинголога на фабрично-заводских предприятиях, 4) Проблемы борьбы с тугоухостью и глухотой, 5) вопросы физиологии верхних дыхательных путей.

Основными докладчиками и по первому вопросу были профессор Белоголовов, Войчек и Командантов.

В своем докладе о хирургическом лечении хронических гнойных средних отитов, проф. Войчек, прежде всего, подчеркнул то основное положение, что неизвестность их этиологии является главной причиной относительной безуспешности их лечения. И даже хирургическое лечение не может никогда дать полного эффекта. История с „радикальной“ операцией показала несостоятельность хирурга в лечении хронических гнойных отитов. В начале, когда предполагалось, что при радикальной операции можно удалить „все пораженное“, применено ее было широко. Но безуспешность входа операции значительно ограничила ее производство. На основании опасностей, т. е. создание относительной гарантии против внутрисредней и общей осложнений. Но все же и до сих пор радикальная операция остается стержнем хирургического воздействия при хронических гнойных отитах. Сущность ее состоит в перестройке естественной структуры органа, благодаря которой изменяется режим среднего, а отчасти внутреннего уха и создаются новые условия. В некоторых случаях, например, с целью сохранения слуха, радикальная операция заменяется консервативной операцией, или при желании избежать внешней наружной раны — операцией Гесса.

Техника оперирования сводится по существу к удалению костных частей и в частности приемов на мягких тканях. Причем удалению кости производится автором по безболотковскому способу. При пластике мягких тканей применялись разворачивание кохлеары, чтобы добиться обрастания раны эпидермисом.

Послеоперационное лечение лучше проводить бескапельным методом ухода за раной с дополнительным воздействием химических или физиотерапевтических средств (в виде активированной, йонизированной сереброем дистиллированной воды и серебреной пудры, хлора, диатермии, рентгенотерапии и т. д.)

В заключении докладчик приходит к выводу, что хотя общий процент удовлетворительного исхода радикальной операции и низок (около 20%), тем не менее достаточно для того, чтобы оправдать широкое применение хирургических воздействий при хронических гнойных отитах.

Докладчик о консервативном лечении хронических гнойных отитов (проф. Белоголовов) подчеркивает необходимость более внимательного отношения врача при консервативном лечении хронических гнойных отитов, не доверять лечению больному, т. е. умение врача лечить уже тогда является немаловажным фактором в общей динамике хронических гнойных отитов. Не следует забывать в общего состояния организма и, следовательно, общего укрепляющего лечения, не следует упускать из виду и профилактические мероприятия. Перед лечением врач необходимо ориентироваться в данном случае в основном тип процесса, бактериальная флора, конституция и количество гноя, величина перфорации барабанной перепонки и т. д.

\* Доложено на заседании Ушной секции Научно-мед. асс. ТР 22/V 1935 г.

Провести предварительную обработку уха, сделать его пригодным для восприятия медикаментов. Перечислив существующие методы лечения хронических гнойных отитов, докладчик подробно останавливается на новых методах лечения: ионизации по F r i e l y, давшей 30—60% излечения, вакцинотерапии, давшей до 30% выздоровлений, лечения антиварусом по Безредка, лечения хлором и т. д.

Сам автор не является поклонником одного метода и придерживается того взгляда, что хронический гнойный отит в своем развитии проявляется в фазах, из которых каждая требует своего лечения. Однако, хороший результат докладчик получает при применении 1% раствора ляписа, вводит его в ухо на кончике турундочки на 12—24 часа, после предварительной очистки уха маленькими ватными тампонами. Благоприятное действие 1% раствора ляписа основано на его способности переводить полифлору уха в монофлору. Последующая стерилизация уха ведет к прекращению гноетечения.

Третий докладчик по этому вопросу, проф. К о м е н д а н т о в, в своем выступлении остановился на возникновении патолого-анатомической сущности и течении хронического воспаления среднего уха.

На других докладах по данному вопросу следует отметить выступления Б о к ш т е й н а, З а с е д а т е л е в а, З б р о ж е н а, Ф е л д м а н а и В у л ф с о н а.

Ф. С. Бокштейн рекомендует при хронических отитах производить радикальную операцию через слуховой канал. На основании 120 произведенных им по этому методу операций, он пришел к выводам: 1) операция легко переносится больными 2) обзорность при операции хорошая, 3) травма, меньше, чем при операции сваражи, 4) опасность инфекции раны меньше, 5) возможность повреждения лицевого нерва и синуса не больше, чем при операции сваражи, 6) вполне удовлетворительный и стойкий терапевтический результат в 84% всех случаев.

Б. Ф. Заседатель в сообщении о благоприятных результатах лечения гравиданом острых мастоидитов. По его мнению, гравидан переводит эксудативный воспалительный процесс в сопоставимом остроте в продуктивный; гравидан комплексом своих гормонов воздействует на эндокринный аппарат и вегетативную нервную систему.

В. Р. Зброжен поделился своими наблюдениями над применением операции Stacke-Thies's'a. На 80 операций по Stacke-Thies's'y он не имел ни осложненных ни смертельных случаев; в 25% случаев получил полное выздоровление. Операция технически трудна, вопрос об овладении техникой этой операции является актуальным задачей дня.

А. И. Фольдман и С. И. Вульфсон сообщили о патогенезе и терапии отитов в грудном возрасте. Авторы считают отит грудного ребенка одним из проявлений общего токсического заболевания. Латентно протекающие отиты, являющиеся, обычно, следствием ринофарингита, обращаются иногда в самостоятельный источник токсического очага для всего организма. При распознавании отитов особое значение имеют картина крови и рентгенограммы. Антотомию лучше производить под местной анестезией. Предварительная до операции десенсибилизация тканей уха по методу Безредка оказывает благоприятное влияние в целом ряде случаев.

По второму программному вопросу—о миндаликовой проблеме—заслушано 9 докладов с последующими большими прениями. Основными докладчиками были Л. Т. Левин, М. Ф. Цитович, Преображенский.

В своем докладе проф. Левин прежде всего остановился на определении самого понятия „сепсис“. Он придерживается формулировки Ш о т т м ю л л е р а „под сепсисом понимаются такие болезненные состояния, при которых из какого-либо инфекционного очага в организм бесперывно или периодически поступают в кровь или лимфу патогенные гнойные возбудители, вследствие чего возникают известные субъективные и объективные явления“. Таким инфекционным очагом в организме докладчик считает миндалины. По его мнению, миндалины могут иногда играть роль и входных ворот инфекции и септического очага. Если это совершенно ясно при остром сепсисе после перенесенной ангины, то причинная связь менее ясна при хроническом сепсисе и хроническом амигдалите. В последнем случае докладчик все же считает хронически воспаленные миндалины септическим очагом, из которого идет прилив гнойных бактерий постоянно или периодически в такие отдаленные органы как сердце, почки и суставы. Поэтому эти случаи он рассматривает как хронический сепсис („хронический сепсис“) Связь между патологическим состоянием миндалин и общим хроническим сепсисом будет еще более ясна, если тщательное обследование других органов (зубов, придаточных полостей носа, носоглотки,

ушей, желудочно-кишечного канала, мочеполового аппарата, могущих согласно учению о „фокусной инфекции“ являться „фокусами“ инфекции), обнаружит их полную непричастность в качестве источника инфекции. Наконец, повседневные наблюдения (заболевания отдаленных органов после перенесенного амигдалита, улучшения септически-метастатических проявлений после удаления миндалин) подтверждают признание за миндалинами роли „септического очага“.

Признавая за миндалинами роль „входных ворот инфекции“ и „септического очага“, проф. Левин вполне естественно рекомендует при всех видах тонзиллогенного сепсиса радикальное удаление больных миндалин путем тонзиллэктомии. Причем он считает, что острое воспалительное состояние миндалин и перитонзиллиты не являются противопоказанием для тонзиллэктомии, а, наоборот, требуют безотлагательного производства таковой. Радикальное хирургическое лечение миндалин показано и в случаях септико-метастатического поражения сердца, почек, суставов, где имеются положительные данные со стороны миндалин и указания на то, что заболевание наступило непосредственно после перенесенной ангины. Наконец, тонзиллэктомия показана даже в тех случаях сепсиса, когда во всем организме не было найдено другого очага инфекции.

Второй докладчик по тонзиллярной проблеме, М. Ф. Цитович, наоборот, не считает миндалины „входными воротами инфекции“. Многочисленные экспериментальные наблюдения показали существование лимфатических связей между полостями носа и рта, и миндалинами. Тушь, вспрыснутая под слизистую этих полостей, проходит в миндалины. Отсюда вывод, что и инфекция в миндалины может поступать таким же путем. Тем более, что частицы коллоидальных красок при непосредственном накапывании на миндалины или с пищей через неповрежденный эпителий не проходят в миндалины. Поэтому докладчик приходит к заключению, что воротами инфекции являются не миндалины, а полости носа и рта. Мало того, проф. Цитович считает миндалины органом большого физиологического значения. Так, экстирпация миндалин у животных в раннем возрасте вызывает глубокие изменения в щитовидной, надпочечной и половых железах. Водные экстракты миндалин активно действуют на кровяное давление и на сосуды изолированных органов. Наконец, и клинические наблюдения показали, что часто экстирпация миндалин не устраняет тех симптомов, из-за которых операция предпринята. Отсюда докладчик приходит к заключению, что миндалины нужно щадить, что каустика миндалин, произведенная в комбинации с санацией полости носа и рта, является вполне достаточной операцией.

Выступивший по вопросу лечебного воздействия на небные миндалины при заболеваниях отдаленных от них органов и при сепсисе, В. С. Проображенский выдвигает на первое место активные хирургические методы лечения. По его мнению, тонзиллэктомия показана: 1) в случаях, когда заболевания глотки протекают по типу флегмонозных ангий или перитонзиллитов; 2) при остром тонзиллогенном сепсисе, когда септический очаг узко локализован и находится в миндалине или перитонзиллярном пространстве. Причем, если инфекция интерстициальным путем распространилась в парафарингеальное пространство или по лимф. путям проникла в сопровождающие внутреннюю яремную вену лимфатические железы, помимо тонзиллэктомии, требуется широкое наружное вскрытие пораженных областей и дальнейшее лечение по принципу терапии широко открытых ран; 3) при хроническом сепсисе тонзиллярного происхождения, причем здесь так же, как и при остром сепсисе, если инфекция распространилась за пределы миндалин и перитонзиллярного пространства, показано экстрафарингеальное вмешательство; 4) в тех случаях, когда патологически измененная миндалина дает постоянное всасывание токсинов и продуктов распада миндалинковой ткани и вызывает общую интоксикацию (тонзиллогенная токсемия).

В. Н. Зак в своем докладе „Патогистология миндалин при сепсисе тонзиллярного происхождения в свете современного учения о сепсисе“ поделился с теми находками, которые он получал при обследовании 232 миндалин. Оказалось, что микроскопическая картина миндалин при затяжном сепсисе разнообразна и не представляет чего-либо характерного для хронического тонзиллярного происхождения, напоминая скорее картину обычного хронического тонзиллита.

Н. Ф. Бокон остановился на вопросе приема после ангины. Инфекция из тонзиллярной области проникает по венозной и лимфатической системам, поражая больше венозную систему. При абсцессах в парафарингеальном пространстве производится широкое хирургическое вскрытие последнего с последующим дренированием.

Вопрос об одновременной тонзиллэктомии не решен. Перевязка крупных вен большого значения не имеет. Успех выздоровления зависит от барьерной функции организма.

Б. М. М л е ч и н, разработав секционный материал ленинградских больниц об остром тонзиллогенном сепсисе, пришел к заключению, что тонзиллогенный сепсис при жизни часто не диагностируется, благодаря тяжелым осложнениям, маскирующим основное заболевание. Необходимо улучшить диагностику и тем самым обеспечить своевременное применение современных методов лечения.

Д. М. Р у т е н б у р г рекомендует широкое применение тонзиллэктомии при паратонзиллярных абсцессах и производстве ее в остром периоде.

Я. Я. Х р е н о в настаивает на своевременном, решительном и обширном хирургическом вмешательстве при тонзиллогенном сепсисе с последующим (по ликвидации очагов инфекции) переливанием крови.

В прениях по миндалевой проблеме выступали профессоры Л. И. С в е р ж е з к и и В. К. Т р у т н е в, Е р м о л а е в и др.

По третьему программному вопросу „Профилактическая и лечебная работа врача оториноларинголога на фабрично-заводских предприятиях“—было заслушано два основных доклада Г. С. Т р а м б и ц к о г о и Я. С. Т е ж к и н а.

Г. С. Т р а м б и ц к и й считает, что вся работа врача-оториноларинголога на фабрично-заводских предприятиях должна проходить в двух направлениях — профилактическом и лечебном. Профилактическая работа состоит в разработке оздоровительных и профилактических мероприятий, в правильно поставленном профподборе, в диспансеризации и в санитарно-просветительной деятельности (лекции, беседы). Лечебная работа должна выражаться в применении всех методов лечения, употребляемых в оториноларингологической практике. Вся эта работа должна проводиться на строго научной базе.

Я. С. Т е ж к и н освещает клинико-физиологические основы профилактики шумовых поражений органа слуха. Травматизирующее действие шума на орган слуха определяется всеми входящими в него звуками и зависит от силы шума в целом. В настоящее время с несомненностью также доказано и экспериментальными и клиническими исследованиями вредное воздействие сотрясения на орган слуха. Отсюда вытекают и те основные пути, по которым должна быть направлена профилактика шумовых поражений органа слуха: ослабление источника шума или уменьшение доставки шума к органу слуха и уничтожение сотрясений. Последний момент — борьба с сотрясением — должен занимать особое внимание отитра, т. к. с его воздействием связано не только поражение кохlearной функции, но и вестибулярной. Производственное сотрясение докладчиком рассматривается, как момент адекватного раздражения вестибулярного аппарата.

Основной докладчик по четвертому программному вопросу „Проблема борьбы с тугоухостью и глухотой“ проф. Б е л о г о л о в о в сообщил о лечении различных форм тугоухости и глухоты методом редукации (слуховыми упражнениями). За истекшие 8 лет со времени Московского съезда оториноларингологов, первые положительные впечатления о лечении глухоты на электроаппаратах проф. С к р и ц к о г о себя оправдали. При лечении 462 случаев отосклероза хороший результат достигнут в 50%, при поражении внутреннего уха (470 случаев)—33%, при глухоте после черепноспинального meningitis (991 сл.) — 14,5%. Несмотря на благоприятные результаты лечения, все же практика показала, что в большинстве случаев тугоухости одних слуховых упражнений недостаточно, необходимо применять все виды и формы методов как местного, так и общего лечения. Кроме того, для использования этим методом, несомненно, требуется известный отбор больных, и докладчик предлагает при отборе пользоваться единой клинической классификацией тугоухостей и глухот. Классификация содержит в себе пять основных групп: I Surditas (meatogenica), II Surditas (tubotympanogenica), III Surditas (Sclerocytis), IV Surditas (Otosclerosis I, II и III), V—в эту группу входят все случаи поражения мембранозных частей кохlearного аппарата и нервов кохlearного нерва. В VI—особую группу—включается Surdo-mutitas со всеми ее подразделениями.

Вторым докладчиком по данному вопросу выступила представительница ВОГ тов. К у р с а н о в а, отметившая большие достижения в борьбе с глухотой и глухонемотой в нашем Советском союзе. Достаточно указать, что среди 79 тысяч глухонемых безработных полностью изъята, из них около 30 тыс. работают в госпромышленности, 5 тыс. обучаются ремеслам, 400 чел. учатся в техникумах, ВУЗах и ВТУЗах. Задача состоит не только в борьбе с существующей глухотой и глухонемотой, но глав-

ным образом в предупреждении глухоты и глухонемой. И здесь предстоит большая работа оториноларингологам — развернуть научные кабинеты при ОРЛ учреждениях, снасть их в достаточной мере современной сурдо-электроаппаратурой, широко составить экспериментальную работу с основными методами лечения.

Интересно выступление В. Ф. У и д р и ц а о значении улиткового феномена в изучении физиологии и патологии уха. В улитке механические упругие колебания (звуковое давление) трансформируются в электрические колебания той же частоты, и обратно — подвода к улитке электрические колебания, можно вызвать в ней механические колебания. Электрические колебания, возникающие в улитке благодаря звуковым колебаниям, можно уловить в любой точке лабиринтной стенки (улитковый феномен). После усиления тока улитки его можно вновь трансформировать в акустические колебания. Этот способ дает возможность глубже проникнуть в механизм слухового восприятия, позволяет судить о силе звукового воздействия. С упрощением методики этот эффект может быть получен у некоторых больных, что позволяет уточнить диагностику и терапию соответствующих заболеваний уха.

По пятому программному вопросу — физиология верхних дыхательных путей — выступили, главным образом, представители Казани. Интересен доклад К. Р. В и к т о р о в а и В. К. Т р у т в е в а. Он подводит итог совместной работы последних лет казанских ушных клиник и физиологической лаборатории проф. В и к т о р о в а по вопросам физиологии верхних дыхательных путей. Этими работами установлено, что при носовом дыхании осуществляется особый и до сего времени не учитываемый рефлекс со стороны окончаний тройничного нерва с очень обширным распространением комплексом эффектов. Этим рефлексом при носовом дыхании регулируется вентиляция легких, артериализация крови, кровяное давление, обмен веществ, морфологический состав крови.

Этот основной доклад был дополнен выступлениями П. И. Щербатова, В. И. Соколова, Н. А. Бобровского, Р. И. Мошина, В. В. Громова, доложивших результаты своих работ по физиологии верхних дыхательных путей.

Эти основные программные вопросы съезда были дополнены рядом других докладов, на которых, за недостатком времени, не имею возможности остановиться.

Должен отметить большую деловитость настоящего съезда. Моменты личного порядка (симпатии и антипатии) при умелом подходе руководителей съезда были сведены к нулю. Деловой подход и искреннее стремление к лучшему разрешению вопросов, поставленных перед съездом, преобладали в каждой участивке съезда.

Съезд ознаменовался выступлением наркома здравоохранения РСФСР тов. К а м я н с к о г о, фиксировавшего внимание съезда на последних постановленных партией и правительством, в связи с ними, на очередных задачах здравоохранения.

Следующий V съезд намечено созвать через 2 года в гор. Квеве.

## Рефераты.

### а) Теоретическая и экспериментальная медицина.

Kazuy Matsuda и Shinobu Odani. *Гистологические исследования сердечной мышцы у человеческого зародыша.* (Japanese Journ. of obstet. et Gyn. 1935, № 1.) Авторы поставили себе задачей проследить по месяцам развитие сердечной мышцы у зародышей. Материал составляет 30 сл. Выводы: развитие мышечных волокон постепенное, без резких скачков. Только после 5-го месяца беременности строение волокон выступает яснее, картинка клеточной сунцитен становится тоже отчетливее. Ядра предсердия и желудка различны не представляют, последние лишь немного крупнее. С 5-го же месяца можно обнаружить и миофибрилы. Лишь на 6-м месяце появляется миоплазма, но не обильно, а лишь в виде тонкого слоя вокруг ядер. С 4-го месяца лимфатические щели в мышцах становятся яснее. Т. Шарбе.

M a n g o l d. *Движение и пищеварительная деятельность.* (Труды интернац. съезда физиологов, стр. 241, 1933 г.). А. производил на собаках исследования над временем прохождения пищи по желудочно-кишечному тракту при полном покое и при одно- и двукратном беге через различное время после приема пищи. Оказалось, что бег через 2 часа после приема пищи замедляет прохождение,