

действие гидрокортизона сохраняется в течение 3 часов, однако отчетливый эффект можно обнаружить в течение 24 часов (Елерс и Хейнзель; Герхардс). Что касается кортизона, то полный физиологический эффект при внутримышечном введении проявляется лишь через 12—24 часа, а иногда и через 48 часов (Мармер, 1957) (медленное всасывание микрокристаллической взвеси препарата). Медленное наступление полного физиологического эффекта ограничивает применение кортизона в неотложных случаях.

Касаясь применения доз гидрокортизона при острой адренокортикальной недостаточности, необходимо отметить, что они прежде всего должны исходить из физиологических данных при изучении секреторной деятельности коры надпочечников как в нормальных условиях, так и в условиях операционного стресса.

Известно, что корковым веществом надпочечников за сутки секретируется 4,9—27,9 мг гидрокортизона. Количество гидрокортизона в организме в состоянии физиологического покоя составляет 1,1—2,4 мг. При максимальной стимуляции коры надпочечников адренокортикотропным гормоном эта величина достигает до 10 мг в час, а суточная величина биосинтеза — до 154 мг (Петерсон, 1959). Если организму, как это может оказаться при тяжелом шоке, необходимы более высокие концентрации гидрокортизона, то этот уровень не может быть достигнут даже при максимальной стимуляции надпочечников, в результате чего возникает гормональный дефицит. Поэтому практически важно, чтобы количество введенного в организм гидрокортизона являлось адекватным степени возникшей адренокортикальной недостаточности. Доза гидрокортизона 100—250 мг, по-видимому, является достаточной, чтобы обеспечить в большинстве случаев необходимый лечебный эффект. Елерс и Хейнзель указывают, что при наиболее тяжелых состояниях можно вводить по 50—100 мг гидрокортизона каждый час. Моунир-Кюн с сотр. (1961) рекомендуют при явлениях шока вводить 50—100 мг гидрокортизона, в наиболее тяжелых случаях — до 300 мг в сутки.

Таким образом, данные литературы показывают новые пути в борьбе с острой гипотонией, в патогенезе которой существенная роль принадлежит кортикостероидным нарушениям, возникающим при хирургических вмешательствах. Знание этих путей позволяет хирургу своевременно и рационально вмешиваться в динамику гормональных нарушений с лечебной и профилактической целями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомолец А. А. Избр. труды, 1958, т. 3.— 2. Кулагин В. К. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1957, 11; 1961, 11.— 3. Петров И. Р. Воен.-мед. ж., 1961, 7.— 4. Юдаев Н. А., Афиногенова С. А. Пробл. эндокринол. и гормонотер., 1960, 6.— 5. Adams R., Sidedius N., Wolfenboro N. H. JAMA, 1957, 165, 1.— 6. Allanby K. D. Lancet, 1957, 1.— 7. Fraser C. G., Preus F. S., Bigford W. D. JAMA, 1952, 149, 17.— 8. Gillies A. I. Anesth., analges., 1958, 37, 2.— 9. Glyn I. H. Cortisone Therapy. Mainly applied to rheumatic diseases, 1957.— 10. Gerhards A. Der Chirurg, 1957, 7.— 11. Hayes M. A., Haven N. Surg., 1954, 35, 2.— 12. Hench P. S., Warb. In Lukers FDW. „Medical USE of Cortisone“, New-York, 1954.— 13. Howland W. S. et all. JAMA, 1956, 160, 15.— 14. Ehlers P. N., Heinzel. Der Chirurg, 1956, 7.— 15. La Marra C. Minerva anest., 1960, 26, 9.— 16. Landy I. S. Anesth., 1953, 14.— 17. Marmer M. I. et all. Am. J. Surg., 1957, 94, 4.— 18. Mounier-Kuhn A. et all. Lyon chir., 1960, 56, 3.— 19. Peterson R. Recent Progress in Hormone Res., 1959, 15.— 20. Salassa R. M. et all. JAMA, 1953, 152, 16.— 21. Schäfer E. L. Dtsch. med. Wschr., 1957, 3.— 22. Stanley G., Brooke B. N. Lancet, 1957, 1.— 23. Stein H. Untersuchungen über die Funktion der Nebennierenrinde vor nach operativen Eingriffen. Diss., München, 1956.— 24. Vourch G. Cahiers d'anesth., 1958, 5, 7.— 25. Welbourne R. B. Lancet, 1957, 1.

Поступила 10 декабря 1961 г.

БОЛЕЗНЬ МЕНЬЕРА

Асп. Е. Г. Арсеньев

Кафедра ЛОР-болезней (зав. — проф. Н. Н. Лозанов)
Казанского медицинского института

Болезнь Меньера, несмотря на вековую историю ее изучения, продолжает привлекать внимание как оториноларингологов, так и невропатологов и терапевтов ввиду трудностей, возникающих при отличии этого заболевания от вестибулопатий, развивающихся как при ЛОР-заболеваниях, так и при различных заболеваниях внутренних органов и нервной системы.

В типичных случаях болезнь Меньера проявляется приступами головокружения, сопровождающимися шумом в ушах и нарушением слуха.

Головокружение чаще выражается в ощущениях вращения окружающих предметов или собственного тела, падения или проваливания. Одновременно нарушается

равновесие при стоянии и ходьбе. Во время головокружения нередко возникают тошнота и рвота.

Шум в ушах, чаще односторонний, различного характера и интенсивности является обязательным компонентом болезни; он может быть и постоянным, беспокоя больного и в межприступный период.

Снижение слуха, обычно на одно ухо, постепенно усиливается с каждым приступом, приводя к более или менее выраженной глухоте.

Аудиологические данные последних лет показывают различный характер понижения слуха. В начальных стадиях часто встречается смешанный тип глухоты: одинаковое понижение слуха на высокие и низкие звуки. В более поздних стадиях выражено снижение на высокие тоны, нередко имеется положительный феномен выравнивания громкости. При речевой аудиометрии определяется плохая разборчивость речи.

Калорическая проба в большинстве случаев обнаруживает асимметрию реакций, пороги вращательных реакций повышены или нормальны. Спонтанный нистагм проявляется лишь во время приступов. Во всех случаях наблюдается извращение вестибуло-вегетативных реакций. При отоскопии изменений обнаружить не удается, барофункция уха не нарушена.

Трудность диагностики связана с необходимостью исключения внешне сходных, но по существу совершенно отличных заболеваний. Так, меньероподобные симптомы встречаются при заболеваниях нервной системы: артериосклерозе сосудов головного мозга, рассеянном склерозе, синдроме, некоторых опухолях головного мозга, шейной мигрени, невралгиях; из заболеваний внутренних органов такие симптомы описывались при лейкомии, подагре, гипертонической болезни, диабете; описывались они при некоторых инфекциях: сифилисе, туберкулезе, паротите; при отравлении алкоголем, никотином, бензином, свинцом и некоторых пищевых интоксикациях.

Лишь полное и неоднократное обследование позволяет уверенно отличить болезнь Меньера от других заболеваний, сопровождающихся кохлео-вестибулярными расстройствами. В отличие от сходных состояний при болезни Меньера всегда встречается в той или иной степени выраженный типичный комплекс симптомов (шум в ухе, головокружение, нарушение слуха) и ясно выраженная фазовость течения (чередование приступов с периодами относительного благополучия и восстановления работоспособности).

Если нозологическая самостоятельность болезни Меньера, оспариваемая отдельными авторами (И. М. Розенфельд, Г. Д. Новинский, Г. А. Жарковский), признается большинством авторов, то взгляды на ее патогенез носят самый разноречивый характер. Из большого количества попыток объяснить возникновение болезни Меньера наибольшее признание в последние годы получила гипотеза о том, что водянка лабиринта служит непосредственной причиной заболевания (А. Х. Миньковский, 43, В. Ф. Ундриц, 52, 58, 69, 62, 49, В. Машков).

Эта гипотеза подтвердилась в морфологических исследованиях Altmann, обнаружившего у 22 страдавших болезнью Меньера значительное расширение некоторых частей эндолимфатической системы лабиринта. По данным большинства авторов, водянка лабиринта является результатом местных вазомоторных нарушений, проявляющихся чаще в виде спазма артериол лабиринтной артерии и связанного с этим нарушения проницаемости сосудистой стенки (А. Х. Миньковский, В. Ф. Ундриц, И. Я. Яковлева, В. Машков, 72, 70, 55, 58, 65, 35, 27, 74). М. Murray, W. R. Stewart считают водянку лабиринта следствием нарушения гидрофильности коллоидных структур, возникающего под влиянием инфекции или интоксикации. G. E. Shambaugh в развитии водянки лабиринта придает значение местной аллергии. E. P. Fowler рассматривает отек лабиринта как результат внутрисосудистой агглютинации вследствие сосудистой недостаточности. Доминирующими в возникновении болезни Меньера признаются расстройства функции вегетативной нервной системы как в целом (вегетодистония), так и в отношении отдельных ее функций: вазомоторной, регуляции минерального обмена (2, 11), витаминного баланса (66, 72, 69), деятельности эндокринных желез (37, 50, 72, 62, 36).

Гормональным нарушениям в патогенезе болезни Меньера придается особое значение. В них многие авторы видят предрасполагающий момент для аллергических заболеваний, одним из которых считают и болезнь Меньера (72, 62, 36, 23).

Нервно-психические воздействия нередко играют важную роль в развитии болезни Меньера (72, 43, 54, 65). Некоторые склонны объяснять болезнь Меньера парабриозом VIII нерва и его ядер (Г. С. Циммерман, С. П. Фельдман).

Многообразие факторов, привлекаемых для объяснения патогенеза болезни Меньера, привело к различным подходам к ее лечению с использованием самых различных медикаментозных, физиотерапевтических и хирургических методов воздействия.

В остром периоде для купирования приступа были применены атропин (43, 54), гистамин (58), ацетилхолин, простигмин (В. Ф. Ундриц), нитроглицерин (43), успокаивающие средства (58, 49). В случае ваготонического фона болезни назначались эфедрин, адреналин (В. Ф. Ундриц, А. М. Рындина). E. Fowler в некоторых случаях отметил положительный эффект от применения антикоагулянтов (гепарина, дикумарина). J. Berenji, E. Miriszlai, B. Szöke сообщают о хорошем действии венгерского пре-

парата дедалона (дименгидрината), после однократного приема которого в количестве 200—300 мг быстро прекращаются головокружение и шум в ушах.

Многими авторами подчеркивается важность регуляции водного и солевого обмена путем создания щадящей диеты не только на время острого приступа, но и для предупреждения болезни Меньера в будущем. В этих целях рекомендуется молочно-растительная пища (В. Ф. Ундриц) с ограничением соли (72, 54, 16, 38, 69, 59), замена натриевой соли калиевой или аммониевой (16, 68), рекомендуется избегать обильного питья (54, 16), с целью облегчения ликвидации гидропса лабиринта применяют слабительные средства (58), потогонные процедуры с дачей пилокарпина (В. Ф. Ундриц), диуретики. G. Wurga, O. Ribari, M. K. Muftic сообщают о хорошем терапевтическом действии ацетазоламида (препараты: диамокс, диакарб, фонурит) и отмечают, что при лечении одновременно с устранением головокружения наступают улучшение слуха и прекращение шума в ушах. Лечение проводится с дачей диеты с ограничением поваренной соли до 0,5 и жидкости до 1 л в сутки. Фонурит принимается по 250 мг 3 раза в день в течение 10 дней. Имеются сообщения о неплохом действии мочевины (I. Muskat), дающей вместе с увеличением диуреза снижение внутричерепного, внутриглазного и, по-видимому, внутрилабиринтного давления. Для обвоживающих тканей организма показаны также внутривенные вливания глюкозы (49).

Широко применяются вазодилататоры: никотиновая кислота (58, 43, 16, 5, 38) и ее производные — рониакон (27) и антиверт (59), пердилотол (61, 74).

Для нормализации тонуса вегетативной нервной системы и сосудистого тонуса используются ваготропные препараты и ганглиоблокаторы. Так, E. Ruppman применил гидергин и дигидроэрготамин (ДНЕ), отметив хорошие результаты лишь в свежих случаях болезни Меньера. А. М. Рындина сообщила об удовлетворительном эффекте от прозерина. Н. А. Балковская с успехом применила пентафен в комбинации с фенамином. Н. В. Goldman, J. W. Tintera, P. M. Permin, H. Poulsen рекомендуют беллеград, состоящий из алкалоидов белладонны, эрготамин и фенобарбитала. Løwe отметил положительный эффект у ряда больных от применения веществ типа хинина и папаверина.

Придавая большое значение в развитии болезни Меньера аллергии, T. Bardadin, G. B. Tribble, W. M. Tribble рекомендуют антигистаминную терапию. F. Caligaris рекомендует применение «литического коктейля», в состав которого входят вещества, обладающие антигистаминным, ганглиоблокирующим и симпатолитическим действием. M. Beauchamp предлагает для лечения головокружений различной этиологии солянокислый циклизин как препарат, обладающий антигистаминными, холинолитическими свойствами. После приема его по 50 мг 3—2 раза в день отмечено улучшение у большинства больных.

В комплексном лечении болезни Меньера G. B. Tribble, W. M. Tribble, B. K. Егорова считают целесообразным применение витаминотерапии (витамины В₁, В₂, В₆, В₁₂, аскорбиновую кислоту): A. Weder, T. Missura указывают на благоприятное действие витаминов А и Е в комбинации с сосудорасширяющими и успокаивающими средствами. S. Stöppler получил исчезновение шума у 3 из 4 больных, леченных препаратом «Rovigon», содержащим витамин А и Е. Лечение проводилось длительно (в течение 50 дней).

Ряд авторов рекомендует гормонотерапию. Z. Z. Godlowski применяет комплексную терапию, включающую преднизолон, при лечении больных, не поддающихся общепринятому лечению и десенсибилизирующей терапии. Н. В. Goldman, J. W. Tintera, считая болезнь Меньера следствием гипoadренекортицизма, рекомендуют лечение водным экстрактом надпочечников. G. B. Tribble, W. M. Tribble применяли гормональную терапию при климатическом синдроме и в предменструальном периоде.

Исходя из признания роли нервного истощения в патогенезе болезни Меньера, многие авторы подчеркивают необходимость создания для больного спокойной обстановки, уверенности в излечимости заболевания. Лечение дает наилучшие результаты лишь при одновременном применении успокаивающей терапии (43, 50, 55). A. Walander, G. Rubensohn, применяя препарат седативного и гипотензивного действия — резерпин (серпазил), наблюдали уменьшение, а иногда исчезновение головокружения и шума в ушах.

Большое распространение при лечении болезни Меньера получил новокаин как препарат, оказывающий нормализующее действие при повышенной возбудимости различных отделов нервной системы, главным образом вегетативной. Методы введения новокаина различны. В. Н. Shuster, G. B. Tribble, W. M. Tribble, J. Duchan, E. Miriszlai предпочитают внутривенное введение, И. Я. Яковлева — внутриносовое. А. М. Рындина отмечает хороший эффект от вагосимпатической блокады по Вишневскому. Van der Vis-Croningen, S. Sokolowski, M. Segal, Я. Зеленка рекомендуют блокаду звездчатого узла по Гергеу, Gray — инфильтрационную анестезию паравerteбральных мышц. Положительный лечебный эффект получали Blaha, Siroky при паравerteбральном подкожном введении газа минеральных источников.

Из других средств консервативной терапии нужно отметить попытку лечения внутривенным введением 7% раствора двууглекислого натрия (от 50 до 250 мл ежедневно). T. Hasegawa получил хороший эффект у 8 больных с тяжелой формой болезни Меньера. Сюй Ин-янь, Лю-тянь производили иглотерапию и отметили улучшение у большинства больных, хотя нередко и временное. Как крайний способ консерватив-

ной терапии Н. Günter, G. B. Tribble, W. M. Tribble, H. F. Schuknecht для включения функции лабиринта при двусторонних тяжелых поражениях рекомендуют парентеральное введение больших доз стрептомицина, оказывающего, как известно, токсическое действие на вестибулярный нерв вплоть до его дегенерации.

Из физиотерапевтических методов лечения Р. М. Permin, H. Poulsen применяют общий массаж, углекислые ванны. К. Lewit предлагает во всех случаях использовать тракционную и хиропрактическую терапии шейной части позвоночника. А. В. Жукович применяла глубокую рентгенотерапию шейного симпатического сплетения с положительным эффектом. М. Rius отмечает лечебный эффект ионтофореза внутреннего уха с толацолином и гиалуронидазой. Г. С. Федорова считает, что полное излечение не может быть достигнуто без курса лечебной гимнастики, включающей комплекс специальных упражнений с элементами угловых и прямолинейных ускорений на фоне применения упражнений общеукрепляющего типа. А. С. Токман предлагает постоянную тренировку вестибулярного аппарата даже при отсутствии приступов головокружения во избежание рецидива болезни.

Из большого количества предложенных способов терапии наиболее распространено комплексное лечение, включающее применение сосудорасширяющих, седативных средств и витаминов на фоне щадящей диеты, психотерапии и лечебной гимнастики.

Лишь при неэффективности консервативного лечения, проведенного в полном объеме, некоторыми авторами рекомендуется хирургическое лечение, причем объекты оперативного вмешательства у разных авторов различны. Тесная связь нарушений функций вестибулярного аппарата с повышением возбудимости симпатической нервной системы привела к попытке снятия ее афферентной импульсации, что у ряда больных иногда ликвидирует или значительно уменьшает головокружение. Так, М. S. Strong рекомендует декортизацию позвоночных артерий, которую Y. Meurman дополнял удалением II и III симпатических грудных ганглиев вместе с промежуточным симпатическим стволом и межреберными нервами. Wilmot считает, что даже простая симпатэктомия (экстирпация звездчатого узла) является достаточно эффективной при лечении головокружений. Широкое распространение получает перерезка барабанной струны по Розену как наиболее легкое и эффективное оперативное вмешательство (32, 69, 12). По мнению G. Borry, E. Clerici, перерезка барабанной струны должна предшествовать любым более серьезным вмешательствам, к которым относятся операции на лабиринте и вестибулярном нерве.

Перерезка вестибулярного нерва (операция Дэнди) ввиду ее опасности для жизни распространения не получила.

Операция на перепончатом лабиринте с целью декомпрессии эндолимфатической системы единого признания не нашла. Тем не менее, М. Portmann иногда производит декомпрессию эндолимфатического мешка, В. Femenic предлагает операцию постоянного дренажа эндолимфы в перилимфатическое пространство. Операция производится по типу фенестрации лабиринта по Лемперту. Окно накладывается как можно ближе на горизонтальном полукружном канале, после чего разрезается перепончатый канал, и один из краев разреза выводится и фиксируется в трепанационном окне; операция может производиться с наружным или эндауральным подходом. Y. Meurman сообщает об эффективности обычной фенестрации при болезни Меньера. По данным автора, 80% (из 56 прооперированных больных) перестали страдать приступами головокружения, у остальных частота и интенсивность приступов значительно снизились.

Оперативные вмешательства для деструкции вестибулярных рецепторов можно производить различными способами. Н. F. Schuknecht рекомендует транстимпанальную лабиринтотомию с разрушением (аспирацией) перепончатого лабиринта через окна или путем введения 95% спирта, костных или хрящевых фрагментов в костный лабиринт. Он же считает возможным разрушить вестибулярные рецепторы посредством введения в барабанную полость через постоянный полиэтиленовый дренаж раствора стрептомицина (по 0,1 мл через каждые 3—4 часа в течение 3—6 дней) до полного развития лабиринтной атаки. В. W. Armstrong применил новый вариант лабиринтотомии: после удаления стремечка через нишу круглого окна удаляют кость между окнами и выскабливают содержимое лабиринта. Недостатком лабиринтотомии является ухудшение или исчезновение слуха на оперированное ухо и большая опасность повреждения лицевого нерва. К. М. Simonton, P. A. Sciardr приводят отдаленные результаты лабиринтотомий у 97 больных, прооперированных в 1945—1953 гг. Применялась различная техника разрушения лабиринта. Большинство больных возвратилось к прежней работе через 30—60 дней, 29% не испытывали головокружения и нарушения равновесия, 35% имели временами нарушения равновесия, 31% жаловались на головокружения при быстром движении, 5% имели периодические головокружения; калорическая реакция указывала на понижение активности лабиринта, слух исчез у всех больных. Авторы считают, что деструктивная терапия эффективна лишь при одностороннем меньеровском заболевании.

В последние годы при лечении болезни Меньера широкое распространение получает ультразвук (34, 21, 44, 25, 24 и др.).

Лечение ультразвуком состоит в озвучивании массива лабиринта. W. M. S. Ironside, J. R. Lindsay считают возможным производить озвучивание через кожу сосцевидного отростка или трансмеатально. Большинство авторов пользуются способом

Арслана, при котором аппликатор ультразвука прикладывается к широко обнаженной ампуле полукружного канала. В результате действия ультразвука частотой 800 000 гц и интенсивностью 7—12 W/cm^2 в течение 25—30 мин наступают дегенеративные изменения в чувствительных клетках ампулярных гребешков и коагуляция лабиринтной жидкости, появляющийся вначале нистагм раздражения сменяется нистагмом выпадения.

М. Arslan с 1952 г. лечил ультразвуком 790 больных, в 85% случаев отмечалось исчезновение головокружения, в 30% улучшился слух. Опасность повреждения лицевого нерва меньше, чем при лабиринтотомии, слуховая функция сохранялась.

В заключение необходимо подчеркнуть, что успешная терапия болезни Меньера возможна лишь при учете и ликвидации всех факторов, вызывающих или поддерживающих заболевание, то есть лечение должно быть комплексным. Оперативное лечение показано при тяжелых формах болезни Меньера, не поддающихся упорной консервативной терапии. Перерезка барабанной струны и лечение ультразвуком предпочтительны другим хирургическим вмешательствам как наиболее безопасные и эффективные методы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балковская Н. А. К вопросу распознавания и лечения болезни Меньера. Дисс., Л., 1958.—2. Духон Е., Мирислан Е. Вест. оторинолар., 1961, 5.—3. Егорова В. К. Журн. ушн., нос. и гор. бол., 1962, 4.—4. Жарковский Г. А. Вестн. оторинолар., 1958, 4.—5. Жукович А. В. Сб. тр. Ленингр. н.-и. ин-та по болезням уха, горла, носа и речи, т. XI.—6. Зеленка Я. Журн. ушн., нос. и гор. бол., 1961, 1.—7. Миньковский А. Х. Вест. оторинолар., 1956, 1.—8. Машков В. Больш. мед. энцикл. 17.—9. Новинский Г. Д. Вест. оторинолар., 1957, 1.—10. Розенфельд И. М. Вест. оторинолар., 1956, 4.—11. Рубаха А. С. Вест. оторинолар., 1958, 3.—12. Рутенбург Д. М. Вест. оторинолар., 1961, 1.—13. Рыдинна А. М. Журн. ушн., нос. и гор. бол., 1961, 4.—14. Сюй Ин-янь. Вест. оторинолар., 1958, 6.—15. Токман А. С. О гимнастике для профилактики и лечения вестибулярных нарушений. Метод. письмо, 1959.—16. Ундриц В. Ф. Вест. оторинолар., 1958, 6.—17. Федорова Г. С. Лечебная физическая культура как метод восстановительной терапии при вестибулярных нарушениях. Автореф. канд. дисс., М., 1958.—18. Фельдман С. П. Научн. тр. Моск. гор. клинич. больницы № 4, М., 1961.—19. Циммерман Г. С. Вест. оторинолар., 1958, 1.—20. Яковлева И. Я. Вест. оторинолар., 1958, 3.—21. Altmann F., Waltnier J. O. Ann. otol., 1959, 68, 3.—22. Altmann F. Fortschritte der HNO. Basel—New-York, 1955, 2.—23. Anderson M. D. Arch. otolaryng., 1961, 73, 6.—24. Angel J., Games G. A., Dalton G. A., Bullen M. A., Freundlich H. F., Hopkins J. C. J. Laryng., 1960, 74, 10.—25. Ariagno R. P. Arch. otolaryng., 1960, 71, 3.—26. Armstrong B. W. Laryngoscope, 1959, 69, 8.—27. Arnold G. E., Dosdos J. Eye, ear, nose, thr. monthly., 1959, 38, 12.—28. Bardadin T. Otolaryngol. polska, 1958, 3.—29. Berenyi J. Orv. Hetil., 1961, 2.—30. Beauchamp M. Rev. laryngol., 1957, 7—8.—31. Blaha K., Siroky A. Cs. otolaryng., 1959, 8/6.—32. Borri G., Clerici E. Arch. ital. otol., 1957, 68, 5.—33. Caligaris T. Arch. ital. otol., 1957, 68, 4.—34. Dubs R. Pract. oto-rhino-laryngol., 1957, 19, 5.—35. Duchan J., Miriszlai E. Ztschr. Laryng., Rhinol., 1959, 7.—36. Godlowski Z. Z. Arch. otolaryng., 1960, 3.—37. Goldman H. B., Tintera J. W. Arch. otolaryng., 1956, 64, 5.—38. Goldstein L. J. Eye, ear, nose, thr. monthly, 1959, 38, 5.—39. Gray L. P. J. Laryngol., 1956, 70, 6.—40. Günther H. Ztschr. Laryngol., Rhinol., Otol., 1959, 5.—41. Hasegawa T. Rev. Laryng., 1960, 9—10.—42. Femenic B. J. Laryngol., 1961, 75, 7.—43. Fowler E. P. Arch. Otolaryngol., 1957, 66, 4.—44. Ironside W. M. S., Lindsay J. R. Laryngoscope, 1959, 67, 7.—45. Lewit K. Cs. otolaryng., 1959, 6.—46. Лю-Тян Чжунхуа эрбияньхоуке узачжи, 1957, 4.—47. Meurman Y. Arch., otolaryng., 1959, 70, 2.—48. Miriszlai E., Szöke B. Orv. Hetil., 1961, 29.—49. Mittermaier R. HNO, 1959, 7, 8.—50. Missurd T., Weder A. Pract. Oto-Rhino-Laryngol., 1959, 21, 1.—51. Mufic M. K. Arch. Otolaryngol., 1957, 65, 6.—52. Murray M., Stewart W. R. Arch. Otolaryngol., 1958, 67, 2.—53. Muskat I. Arch. Otolaryngol., 1956, 64, 3.—54. Permin P. M., Poulsen H. Acta oto-laryngol., 1957, 47, 3.—55. Ribari O., Varga G. Orv. Hetil., 1958, 42.—56. Rius M. Arch. Otolaryngol., 1957, 66, 5.—57. Ruppman E. Ztschr. Laryngol., 1959, 1.—58. Shuster B. H. Med. clin. North. America, 1956, 40, 6; Eye, ear, nose, thr. monthly, 1959, 38, 7.—59. Scal J. C. Eye, ear, nose, thr. monthly, 1959, 38, 9.—60. Segal M. Oto-Rhino-Laryngol., 1960, 3.—61. Seymour J. C. J. Laryng., 1960, 74, 3.—62. Shambaugh G. E. Laryngoscope, 1959, 69, 8.—63. Simonton K. M., Sciarrd P. A. Ann. otol., rhinol. a. laryngol., 1958, 67, 3.—64. Sokolowski S. Otolaryngol., polska, 1957, 2.—65. Sorensen B. H. J. Laryngol., 1959, 73, 5.—66. Stöppler S. Arch. Ohr-, Nas-, Kehlkopfeilk., 1956, 169, 2.—67. Strong M. S. Arch. Otolaryngol., 1957, 65, 4.—68. Schuknecht H. F. Arch. Otolaryngol., 1960, 71, 3.—69. Tribble G. B., Tribble W. M. Eye, ear, nose, thr. monthly, 1959, 38, 5.—70. Torok N. Eye, ear, nose, thr. monthly, 1958, 37, 11.—71. Van der Vis-Croningen. Pract. Oto-

Поступила 12 ноября 1962 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПОЛИКЛИНИКИ

М. И. Когурова, Е. С. Воробьева, К. А. Леонтьева

Поликлиника № 7 (главврач — В. Д. Потукин) г. Казани (научный руководитель работы — проф. Л. М. Рахлин)

Значение противорецидивной профилактической терапии при ревматизме общеизвестно и не вызывает сомнений. Однако методы проведения и организация работы по ее осуществлению требуют еще во многом уточнения.

В настоящем сообщении мы ставим себе целью поделиться опытом более чем трехлетней работы ревматологического кабинета городской поликлиники, касаясь в основном организационных вопросов.

Врач-ревматолог кардиоревматологического кабинета является у нас не только методистом по борьбе с ревматизмом в районе поликлиники, но и лечащим врачом больных ревматизмом. Это позволило сосредоточить в руках ревматолога в тесном контакте с участковыми терапевтами всю диспансерную работу с больными ревматизмом. Врач-ревматолог не только следил за состоянием здоровья своих больных и направлял их к другим специалистам для санации, но не оставлял наблюдения и при «случайных» заболеваниях, например, во время эпидемий гриппа и других. Таким образом, врач все время был в курсе того, что происходит с больными ревматизмом, находящимися на диспансеризации. Эта система, по нашему мнению, лучше всего гарантирует цельность и полноту наблюдения у диспансеризованных больных, обеспечивая реальную эффективность предупредительных мероприятий.

Под наблюдением ревматологического кабинета поликлиники находится 237 больных ревматизмом, из них женщин 193 и мужчин 44. В возрасте до 30 лет было 60 человек, от 31 до 40 лет — 83, от 41 до 50 — 47 и старше — 47.

Собственно профилактическое противоревматическое сезонное лечение получали 208 человек, 29 требовали систематической терапии.

Из 208 человек недостаточность митрального клапана была у 22, комбинированный митральный порок — у 137, сложный митрально-аортальный порок — у 22, миокардиты — у 22 и полиартрит с очаговым миокардитом — у 5.

Трудоспособны 182 человека, трудоспособность ограничена у 26.

Наши больные проходят систематический отоларингологический осмотр. Инфекционные очаги обнаружены у 137 больных, у 112 — хронический тонзиллит, у 25 — хронический отит, гайморит, синусит и т. д. Не дожидаясь полного затухания ревматического процесса при затянувшемся течении болезни, мы 22 больным с выраженными инфекционными очагами произвели тонзиллэктомию и гайморотомию. Остальным больным с выявленными инфекционными очагами проводилась консервативная терапия в форме внутриминдаликового введения пенициллина, промывания лакун, физиотерапии, рентгенотерапии и т. д.

Профилактическую противорецидивную противоревматическую терапию мы проводили в марте — апреле и сентябре — октябре. Эти сроки объясняются особенностями климата нашей республики.

В эти месяцы всем диспансеризованным назначался аспирин по 3,0 или пирамидон по 1,5 (под контролем анализов крови), в более редких случаях натрия салициловый по 4,0 и всем аскорбиновая кислота по 0,4—0,6 в сутки.

В предыдущем нашем сообщении мы отметили преимущество комбинированной профилактической терапии — противоревматической и противинфекционной, включая тонзиллэктомию, но осуществить последнюю не всегда удавалось из-за недостаточности коечного фонда.

Применение бициллина-3, наиболее удобного для предупредительной противинфекционной терапии, также не могло быть нами обеспечено в должной мере (лишь у 75 из 208). У всех больных, назначаемых на инъекции бициллина, тщательно выяснялась переносимость пенициллина в прошлом. Вначале мы применяли бициллин по 1 200 000 ед. через 10 дней. Однако при этом у некоторых больных отмечались