

Винодаров в своей работе тоже отмечает, что он наблюдал вегетативные явления при дикаиновой анестезии в 6 случаях на 281 операцию. В двух случаях применялся 2% дикаин (резекция носовой перегородки, удаление полипов носа) и в 4 случаях — 3% дикаин (биопсия гортани, бронхоскопия, резекция носовой перегородки, удаление хоанального полипа).

Литературные указания на то, что, применяя дикаин с адреналином, мы якобы удлиняем его анестезирующее действие и уменьшаем его токсические свойства замедлением всасывания вследствие сокращения сосудов, на нашем материале не подтвердилось. Большинство вегетативных явлений и токсикоз падает на те случаи, где применялся дикаин с адреналином. Увеличение длительности анестезии при пользовании дикаином с адреналином нами тоже не наблюдалось.

По поводу послеоперационных кровотечений нами было госпитализировано 8 человек: после резекций слизистой нижн. раковины 5 человек из 16 оперированных, после удаления хоанального полипа 1 чел. из 8 и после удаления полипов носа 2 чел. из 44 оперированных. При анестезии кокаином на 32 операции резекции слизистой нижней раковины госпитализировано по поводу кровотечений 3 больных. По остальным видам амбулаторных операций при кокаиновой анестезии госпитализации не было (данные взяты за 6 месяцев 1939 г.)

Сравнивая данные о госпитализации больных, можно заключить, что послеоперационные кровотечения при дикаине происходят чаще, чем при кокаине. Однако, нам кажется, что такой вывод не совсем правилен. Дикаин не обладает сосудосуживающими свойствами, и поэтому кровотечения из носа наблюдаются непосредственно после операции. Больной же, оперированный с кокаином, уходит из амбулатории без кровотечения, но оно происходит через какой то более или менее длительный промежуток времени после операции вне лечебного учреждения. Более частая госпитализация больных, оперированных с дикаином, объясняется возможно и большим вниманием к этим больным со стороны врача, применившего новый, не освоенный еще анестезирующий препарат. Кроме того среди госпитализированных большая часть больных — приезжие из районов.

Выводы

Дикаин вполне заменяет кокаин при поверхностной анестезии в оториноларингологической практике.

Дикаин следует применять с осторожностью, т. к. наблюдаются случаи токсических явлений.

г. Молотов (обл.), уг. Советской и Ирбитской, 108, клиника бол. уха, горла и носа.

Доцент П. Д. БУЕВ

Лечение хронических гнойных отитов

Из клиники болезней носа, горла и ушей Государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани. (Зав. кафедрой проф. Н. Н. Лозанов)

Участковым врачам периферии приходится сплошь и рядом нести функции врача отиатра. Между тем сведения по отиатрии, полученные врачом в стенах мединститута, довольно ограничены. Этими сообщениями и оправдывается настоящее сообщение.

Прежде чем приниматься за лечение хронического гнойного отита следует выяснить, к какому основному типу должен быть отнесен имеющийся в данном случае процесс. Известно, что по представлению современной отиатрии, хронические гнойные отиты делятся на: *otitis media purul. chron.* с центральным прободением — мезотимпанит и *otitis media purul. chron.* с краевым дефектом в Шрапнеллеовой перепонке — эпитимпаниты. Последние, осложненные часто холестеатомой и кариесом стенки барабанной полости, носят, иногда в отличие от первой группы отитов, название злокачественных или осложненных и характеризуются, как правило, переходом воспалительного процесса на костную структуру среднего уха. Не поддаваясь подчас длительным консервативным методам лечения, осложненные отиты требуют хирургического вмешательства.

При неосложненном хроническом гнойном отите прежде чем пользоваться тем или иным лекарственным веществом, следует тщательно провести очистку больного уха. Современные взгляды отиатров в большинстве своем сводятся к тому, что рациональней это производить сухим путем, а не спринцеванием, как это делалось лет 30—40 тому назад. Для этого пользуются маленькими ватными тампончиками, накрученными „пушистой елочкой“ на тонкий ватодержатель. Если гноя много, он очень густ и при вытирании тянется в нити, то следует после тщательного удаления его из слухового прохода ватными тампончиками, дополнить очистку уха еще и содовыми ванночками. Для этого вливают в слуховой проход на 5 минут слегка подогретый 2% раствор соды, повторяя эту процедуру 3—4 раза. Сода, проникающая в барабанную полость, растворяет комки слизи, застрявшие в бухтах барабанной полости или в перфорационном отверстии перепонки, и тем осуществляет идеальный туалет барабанной полости. Если при отите гноя отделяется много, но он не тянется в нити, то следует разжижить его гипертоническим раствором поваренной соли. Для этой цели пользуются также ванночками для уха, приготовленными из 5 или 10% раствора поваренной соли. Такой гипертонический раствор, проникнув в полость среднего уха, вызывает усиленную эксудацию, что и разжижает богатый белками гнойный эксудат, который после этого уже не задерживается в барабанной полости и легче отводится наружу. Если гноя продуцируется очень много, он жидкий и свободно выделяется из слухового прохода, то можно, не пользуясь в этом случае даже ванночками, отсасывать его стерильными марлевыми полосками.

Осуществив тем или иным способом туалет уха, приступают к воздействию на гнойный процесс в ухе лекарственным веществом. При лечении хронического гнойного отита, не осложненного холестеатомой, кариесом и полипами, из лекарственных веществ чаще применяются: борная кислота, *patrium perboricum*, адреналин, борный спирт, перекись водорода (пергидроль), серноокислый цинк, резорцин, препараты серебра (ляпис, протаргол, колларгол), раствор *Calot*, стрептоцид и гранулин.

Борная кислота применяется или в порошке (*ac. boric. subtil. pulv.*) (слизистая барабанной полости припудривается из особого порошковдувателя — инсуфлятора), или в виде капель в спиртовом или водном 4% растворе. Применяя борную кислоту в порошке, стремятся использовать: 1) слабо дезинфицирующее и 2) высушивающее действие ее в среднем ухе. Рассчитывать на такое действие ее можно

только в том случае, если перфорационное отверстие в барабанной перепонке достаточно велико и вдвухание порошка борной кислоты достигает слизистой среднего уха. Вдвухание борной кислоты при незначительных по размерам перфорациях мало эффективно, а в ряде случаев и бессмысленно, т. к. в этих случаях вдвухание порошка может повести к образованию комка, закупоривающего малое отверстие в перепонке с последующей задержкой гноя в среднем ухе. Количество отделяемого секрета также влияет на показания к применению порошка борной кислоты. В случаях, где имеется обильное выделение гноя, борная кислота уже через одну-две минуты растворяется и быстро секретом уносится со слизистой, а потому и не проявляет своего дезинфицирующего и высушивающего действия. Следовательно, применение борного порошка имеет смысл лишь в тех случаях, где отверстие в барабанной перепонке достаточно велико и где количество отделяемого секрета умеренное.

Применение порошка *patr. perboric.* показано в тех же случаях гнойного отита, в каких применяется и вдвухание порошка борной кислоты, с той лишь разницей, что от применения этого средства ожидают наибольшего дезинфицирующего действия на барабанную полость. Введенный вдвуханием в полость среднего уха порошок *patr. perboric.* от соприкосновения с гноем разлагается и выделяет свободный кислород; последний дезинфицирует барабанную полость и способствует ее скорейшей эпидермизации. Некоторой помехой в применении этого средства служит встречающаяся иногда болезненность, вызываемая действием на слизистую освобождающегося кислорода.

Помимо этих средств при лечении хронического гнойного отита для вдвухания в полость среднего уха рекомендуется еще множество порошкообразных веществ: тигеноль, айрол, дерматол, иодоформ, ксероформ, эктоган и др., но какого-либо преимущества перед борной кислотой перечисленные средства не имеют.

Применение борного спирта по прописи: *ac. boric. 0,6, spirit. vini gcs. 70°—20,0* более популярно и широко применяется в отиатрии, но и это назначение имеет определенные показания. Смысл применения спирта заключается в том, что он обезвоживает утолщенную слизистую и грануляции среднего уха, следовательно, борный спирт показан там, где имеется набухлость слизистой оболочки в виде разлитого утолщения, отека или отдельных мелких грануляций. Отнимая от тканей жидкость и тем уменьшая припухлость слизистой, спирт разжижается и при крепости в 70° проявляет свое максимальное дезинфицирующее влияние. Имеющаяся в спиртовых каплях борная кислота, выпадая из раствора, покрывает слизистую оболочку, с которой капли приходят в соприкосновение, тончайшим слоем борной кислоты и оказывает свое высушивающее действие. Борный спирт является незаменимым средством при лечении хронических гнойных отитов, особенно, сопровождающихся образованием разражений или отека слизистой; он нежно, не раздражая, дезинфицирует приходящие с ним в соприкосновение ткани, сморщивает разращения слизистой барабанной полости и тем самым способствует ликвидации процесса.

Однако, существует и отрицательная сторона действия борного спирта; иногда эти капли вызывают очень сильную болезненность. В таких случаях следует уменьшить концентрацию спирта до 50—40

или даже 30 градусов, и при постепенном привыкании уха к спиртовому раствору доводить снова концентрацию его до 70°.

Применение перекиси водорода при лечении хронических гнойных отитов наиболее спорно. В то время как одни, восхваляя действие этого препарата, широко популяризуют применение его, другие, низводя его чуть ли не до роли вредного агента, совершенно исключают его из арсенала медикаментозных средств при лечении гнойного отита. Известно, что действие перекиси водорода основано на том факте, что при соприкосновении с гноем она разлагается с образованием свободного кислорода, который и действует антисептически, дезинфицируя слизистую барабанной полости. Однако, при этом следует учитывать и тот факт, что кислород в момент своего введения не только дезинфицирует, но и сильно раздражает слизистую, вызывая гиперемии ее. Следовательно, применение перекиси водорода при лечении хронического гнойного отита должно быть ограничено теми случаями, где барабанная перепонка и слизистая среднего уха не резко гиперемированы. Применяя перекись водорода для разрыхления намокнувших корочек гноя, для удаления его из бухт и карманов воспаленной слизистой среднего уха, следует, после предварительной очистки слухового прохода от выделений, закапать в слегка подогретом виде 8—10 капель перекиси и держать в ухе 10 минут. Во избежание мацерирования действия H_2O_2 на стенки слухового прохода надо заботиться всякий раз о последующем осушивании уха. При соблюдении этих предосторожностей перекись водорода нередко оказывает благотворное действие на течение болезненного процесса в ухе.

Перекись водорода в 5% растворе часто назначается пополам с борным спиртом и применяется в тех случаях хронического гнойного отита, где алкоголь в своей обычной концентрации (70°) плохо переносится больными. Эта рецептурная формула, хотя и отрицаемая некоторыми авторами (Гальперин) из-за насыщения гидрофильной группы спирта водным раствором пергидроля, широко распространена при лечении гнойного отита, и в случаях умеренной отечности слизистой с отделяемым, засыхающим в бухтах и карманах барабанной полости, оказывает нередко значительный терапевтический эффект.

Назначение адреналина с борной кислотой по прописи: *ac. borici 0,4, sol. adrenalini 1‰ gut. XX, aq. destil. 10,0*, применяемого иногда в комбинации с 3% раствором резорцина, показано в случаях обостренного мезотимпанита, при резком набухании слизистой среднего уха в расчете на уменьшение припухания слизистой (адреналин), на высушивающее (борная кислота) и вяжущее (резорцин) действие.

Как вяжущее при инфильтрации слизистой среднего уха пригодны для лечения гнойного отита серноокислый цинк в $1/2$ —1% растворах и резорцин в 2% или 3% растворе. Применяются оба препарата чаще в комбинации с адреналином после предварительной очистки полости среднего уха от гноя.

Препараты серебра — ляпис, протаргол и колларгол — применяются очень широко и заслуженно пользуются доверием в борьбе с гнойным отитом. Еще в 1906 году Н. В. Белоголовов начал пропагандировать лечение хронического отита 1% раствором азотнокислого серебра. Суть этого способа, прочно вошедшего в практику под названием способа Белоголового, как известно, заключается в том,

что в предварительно очищенное ухо (туалет слухового прохода) вводится до барабанной перепонки турундочка, конец которой смочен в 1% растворе азотнокислого серебра. Снаружи в слуховой проход закладывается небольшой ватный шарик, и все это остается в ухе на 24 часа. Обоснован этот способ положением, что 1% ляпис полифлору уха переводит в монофлору, вслед за чем с известной постепенностью наступает стерильное состояние полости среднего уха, и прекращается гноетечение. В тех случаях, когда 1% ляпис вызывает обострение отита, что отмечается некоторыми авторами (Жарковский), следует пользоваться растворами азотнокислого серебра в концентрации ниже 1% раствора ($1/2$ — $1/4$ %), пользуясь той же методикой их применения, или назначая эти растворы в каплях.

Лечение хронического гнойного отита осуществляется с успехом и серебряной водой по Моисееву, успевшей заслужить за последнее время значительную популярность. Употребляемая в этих случаях серебряная вода готовится из так называемого серебряного песка (имеющегося всегда в аптеках), для чего берется 100,0 песка на литр дистиллированной воды. Полученный раствор для воздействия на болезненный процесс в ухе применяется или на турундах, или назначается в каплях. Многие отиатры, работавшие с серебряной водой, отзываются о ней положительно и считают применение ее в терапии хронических гнойных отитов целесообразным. Недостатком способа нужно считать свойство ляписа окрашивать ухо в темный цвет. Серебряная вода, как олигодинамический раствор серебра, повидимому, приводит к гибели или понижению вирулентности микроорганизмов, вегетирующих в полости среднего уха, ибо давно известно, что ионы тяжелых металлов, заряженные электроположительно, адсорбируются бактериальными телами, заряженными отрицательно.

Более крепкие растворы азотнокислого серебра (5—10—20%) показаны, как и другие прижигающие химикалии, при пышно разросшихся грануляциях в среднем ухе. Прижигание ляписом, а равно хромовой и трихлоруксусной кислотами проводится врачом 2—3 раза в неделю с последующей нейтрализацией содовым раствором и припудриванием барабанной полости порошком борной кислоты.

Протаргол и колларгол, чаще в 2% растворе, применяются как вяжущие и дезинфицирующие в случаях гнойных отитов, где имеется незначительное отделение гноя. Рядом авторов (Воячек) эти препараты употребляются неохотно, как средства, пачкающие слуховой проход.

С появлением стрептоцида отиатры стали широко пользоваться этим препаратом и в терапии хронического гнойного отита. Применяется $1/4$ % водный раствор красного стрептоцида в каплях, или же лечение ведется смоченными в стрептоциде турундами, сменяемыми ежедневно. Некоторые авторы на основании длительных наблюдений при лечении хронического гнойного отита стрептоцидом могли отметить высокую эффективность действия этого препарата. Чтобы усилить действие стрептоцида Финк рекомендует вводить его в больное ухо не в водном, а в спиртовом растворе и утверждает, что терапевтический эффект стрептоцида от этого значительно повышается.

Белый стрептоцид при лечении гнойного отита применяется в разнообразной методике введения его в ухо. Им пользуются и в каплях 0,8% водного раствора, его вводят в ухо на стерильных марлевых

полосках, особенно же рекомендуют вдвухание его в полость среднего уха порошокдвухателем в виде мелкого порошка. При последнем методе введения в ухо стрептоцида Аврунев добился исключительно высокого процента (85,4%) излечения гнойного отита. После предварительной подготовки уха (туалет слухового прохода, устранение грануляций слизистой барабанной полости прижиганием) следует ввести порошокдвухателем в барабанную полость незначительное количество белого стрептоцида с таким расчетом, чтобы слизистая среднего уха была покрыта тонким слоем порошка. Срок лечения хронического неосложненного отита в этом случае исключительно короткий: от 3 до 2 недель. Во избежание рецидива Аврунев рекомендует продолжать вдвухание стрептоцида еще 3—4 дня после прекращения гноетечения из уха.

Совсем недавно Громовым предложено лечение хронического гнойного отита гранулином, который по данным автора дает благоприятный эффект в 60% случаев. Гранулин, теперь имеющийся в аптеках, готовится следующим образом: берется 25,0 табаку — махорка фабрич. сорта „крепость выше средн.“, 2 гр. салициловой кислоты и 100 см³ 70° винного спирта. Смесь настаивается в течение 2 недель и фильтруется. Способ употребления по Громову следующий: треть стерильной турунды смачивается в гранулине и вставляется в ухо до барабанной перепонки, где и остается на 24 часа. В случаях бурно протекающего процесса с обильным отделяемым можно турунду менять 2 раза в сутки и закладывать ее в ухо на 12 часов. Действующим началом здесь, по Шашину, является никотин в соединении с салициловой кислотой; по нашему же мнению, большую роль здесь играет 70° алкоголь. Пользоваться гранулином, пожалуй, следует в тех случаях хронического гнойного отита, когда способ Белоголова мало эффективен, что по мнению последнего должно быть объяснено преобладанием стафилококковой флоры в ухе, которая проявляет особую резистентность по отношению к 1-процентному раствору ляписа. Гранулин же, по мнению Папина, как раз избирательно действует на стафилококковую инфекцию.

Необходимо отметить, что большинство медикаментозных средств при длительном употреблении теряет свое терапевтическое действие (Полицер), вследствие чего следует после 3—5 недельного пользования одним медикаментом назначить другой и продолжать наблюдение. Это может выразиться, например, в последующем чередовании способа Белоголова (1% ляпис) и способа Громова (гранулин) или в замене вдвухаемого в ухо порошка *patrium perboricum* порошком белого стрептоцида и т. п.

При гнойном отите, сопровождающемся зловонными выделениями, назначаются более сильные дезинфицирующие и дезодорирующие средства, к которым можно отнести раствор Кало (гваякол 0,5, креозот 2,5, иодоформ 5,0, эфир 15,0, оливковое масло 35,0). Раствор Кало применяется в каплях, причем при закапывании в ухо 7—8 капель этой жидкости следует произвести в течение некоторого времени массаж козелка, что достигается ритмическим надавливанием на последний пальцем руки. Эта манипуляция выполняется при наклоненной в противоположную сторону голове больного и производится до тех пор, пока раствор, проникнув через Евстихиеву трубу, не вызовет у больного неприятного, специфического ощущения привкуса и запаха лекарства. Действие раствора основано на дезинфицирующих

и дезодорирующих свойствах, входящих в состав ингредиентов; кроме того Фотиад (Fotiade), горячий поклонник лечения отита жидкостью Кало, полагает, что под влиянием этих капель в полости среднего уха образуется протеолитический фермент, действующий губительно на бактериальную флору уха. Как только гнойные выделения из уха под влиянием раствора Кало теряют свое зловоние и меняют консистенцию, следует заменить его другим лекарственным веществом, лучше — порошкообразного вида и продолжать лечение.

При назначении раствора Кало вследствие некоторой осложненности течения гнойного процесса в этом случае (зловонные выделения), помимо туалета слухового прохода производят нередко также расширение перфорационного отверстия, если оно слишком мало, прижигание грануляций различными химикалиями, удаление полипозных разражений и т. д. Последние манипуляции требуют некоторых навыков, и врачам, не занимающимся отиатрией, они не всегда доступны. Расширение перфорационного отверстия производится через широкую воронку (ушное зеркало) парацентезной иглой или тонким скальпелем, причем увеличивать отверстие в барабанной перепонке следует за счет нижних отделов. Прижигание грануляций среднего уха достигается различными кислотами, из которых предпочтение отдается хромовой кислоте. Прижигание требует сугубой осторожности, т. к. неумелое проведение этой манипуляции может повести к серьезным осложнениям. Известны случаи, когда неосторожная каустика грануляций среднего уха разрушала перепонки окон, вызывая тем бурную картину лабиринтита. Удаление полипозных разражений достигается ушной петлей после предварительной анестезии слухового прохода крепким раствором кокаина (10%) или дикаина (2%).

При лечении хронического гнойного отита не следует думать, что прекращение гноетечения из уха свидетельствует о полной ликвидации воспалительного процесса. Полное излечение гнойного отита наступает лишь тогда, когда удастся добиться полного рубцевания барабанной перепонки.

Само собой разумеется, что при санации гнойного отита нужно лечить не только больное ухо. Особого внимания заслуживает лечение носа (искривление носовой перегородки, заболевание придаточных пазух и носоглотки, аденоидные разражения, катар Евстахиевых труб). Санация верхнего отрезка дыхательных путей есть непременное условие успешного лечения хронического гнойного отита. Крайне необходимо учитывать конституциональный, бытовой, профессиональный и социальный факторы больного.

Для работы по санации гнойного отита следует прежде всего позаботиться выделением затемненной комнаты. Здесь должен находиться рабочий столик врача с набором необходимого инструментария и самыми употребительными медикаментами для лечения. Из последних на столике должны находиться следующие средства: *sosain* 2% и 10%, *dicaïn* 2%, 1% *arg. nitric.*, *ac. boric. pulv. subt.*, *patrium perboricum* (бура + перекись), раствор Кало, хромовая кислота в чистом виде, трихлоруксусная кислота, крист., *perhydrol*, борный спирт 70°, стрептоцид $\frac{1}{4}$ % водн. раств. (красный) и 0,8% раств. бел., стрептоцид бел. в порошке, 2% раств. соды, 5% раств. поваренной соли, резорцин в 3% растворе, гранулин. Если позволяет обстановка, хорошо в качестве помощника иметь медсестру, на которую возла-

гается регистрация и отметка о явке больных на лечение, приготовление стерильных марлевых полосок, ватных тампончиков и выполнение простейших процедур во время самого приема.

При лечении хронического гнойного отита от врача, кроме специальных оториатрических познаний, требуется еще терпение, настойчивость и любовь к своему делу. Все это с избытком имеется у нашего советского врача и может служить залогом успеха.

Казань, Баумана, 50.

З. Х. ДЕГТЯРЕВА

Рентгенотерапия хронических тонзилитов

Из факультетской терапевтической клиники педфака (зав. проф. К. А. Дрягин) и кафедры рентгенологии (зав. доктор мед. наук М. И. Гольдштейн) Казанского государственного медицинского института

Острые и хронические тонзилиты приносят значительный ущерб здоровью трудящихся и народному хозяйству, выводя из строя рабочих на 7—8 дней, иногда и на большее время. Кроме того, патологически измененные миндалины являются как бы входными воротами для ряда инфекций, чем они создают условия для заболевания суставов, почек, сердца. Ангина занимает первое место среди многих моментов, вызывающих гипераллергию в отношении ревматизма (Ашоф-Талалаев).

В качестве одного из методов лечения тонзилитов предложено облучение Рентгеном. В 1911 г. на заседании Венского отоларингологического общества Менцель впервые сообщил о хороших результатах, полученных им при лечении хронических тонзилитов лучами Рентгена. Положительные результаты получены были позднее Витзербеом, Ножье, Рего и др. В 1921 г. многие исследователи Край, Хусси, Штурм, Мурфи, Витзербей отметили эффективность применения малых доз лучей Рентгена при лечении хронических тонзилитов, но число больных, леченных этими авторами, было незначительно — только 46 человек. Положительный эффект получен у 42 больных. В период 1922—25 гг. появились работы Лафферти, Филлипса, Пацини, Витерса, Симпсона, Виллиамса. Они высказываются за широкое применение рентгена при терапии тонзилитов. Фогер и Рир, применившие большие дозы 95% НED, получили излечение хронических тонзилитов. Хорошую оценку рентгенотерапии на основании 14-летнего наблюдения дает Ножье. С 1930 г. появляются сообщения о рентгенотерапии тонзилитов в немецкой литературе: Котмайера, Амербаха, Шонфельда, Баумбаха, Грюнталя, Шварца, Франка. Эффект от лечения получен в 80—100%. Эш в 1931 г. применял в 96 случаях достаточно большие дозы 30% НED с обеих сторон по 4 серии в течение 3 месяцев и при этом получил в $\frac{1}{3}$ случаев излечение и в $\frac{1}{6}$ случаев улучшение. Малый процент выздоровления этот автор объясняет неточной дозировкой. В этом же году появляется работа Грюнталя, который проводил наблюдение над больными в течение двух лет. При этом из 50 случаев острой и подострой ангины получено рецидив у 6 больных. В 1931 г. Шульте применил рентгенотерапию в 189 случаях, причем стойкий результат отмечен в 90%, улучшение в 6%, без эффекта 4%.