

использовался метод малых выборок. В разрезе каждой формы инволюционного психоза для каждого промежутка времени исследования определялись среднее количество уровня сахара крови, среднее квадратическое отклонение и доверительные границы на уровне вероятности случайности $P=0,05$, т. е. с надежностью средней величины в 95%.

Чтобы выяснить, не являются ли особенности в углеводном обмене, обнаруженные у больных инволюционным психозом, физиологическими особенностями возраста в 40—60 лет, мы исследовали гликемические кривые у женщин контрольной группы.

У 21 женщины гликемические кривые были нормальными, у 19 из них — с положительным эффектом Штауб — Трауготта, т. е. с одним пиком. У 2 наблюдался слабо положительный эффект Штауб — Трауготта — незначительно выраженный второй пик, что принято также считать вариантом нормы (И. Тодоров, М. Юлес и И. Холло). У 10 психически здоровых, страдающих в основном печеночно-почечной недостаточностью, наблюдались патологические сахарные кривые, совершенно различные, однако, от кривых, полученных у больных с инволюционным психозом. Из 36 женщин контрольной группы лишь у 5 гликемические кривые были близки к кривым у больных с пресенильным психозом, тогда как из 101 больной инволюционным психозом только у 9 они приближались по типу к нормальным. Причем у 5 из них нормальные гликемические кривые соответствовали периоду улучшения психического состояния.

Повторные исследования углеводного обмена, проведенные у 30 больных инволюционным психозом в процессе лечения и в динамике психического состояния, выявили, что изменения психического статуса, как правило, соответствуют изменениям реактивности инсулярного аппарата. Выздоровление или улучшение у 20 больных инволюционным психозом сопровождалось уменьшением патологии углеводного обмена или полной нормализацией гликемических кривых. Ухудшение же углеводного обмена у 3 больных сочеталось с ухудшением психического состояния, у 2 не отразилось на нем. У 3 больных при психическом улучшении не наступило нормализации углеводного обмена, еще у 2 наблюдалось даже усугубление его патологии. Таким образом, у 23 больных имелись корреляции инкреторной деятельности поджелудочной железы с изменениями в психическом состоянии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блейлер М. Журн. нерв. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1964, 2.
2. — 2. Леонова Ю. И. Там же, 4.
3. Маслова Ю. П. В кн.: Проблемы шизофрении, неврозов, реактивных состояний и организация психиатрической помощи. Медгиз, М., 1961.
4. Недбайлова Т. Н. Физиологич. журн., Киев, 1955, т. 1, 5.
5. — 5. Троянова А. Г. В кн.: Обмен веществ при психических заболеваниях. Медгиз, М., 1959.
6. Пенчев И. и Андреев Д. В кн.: Эндокринно-обменная диагностика. София, 1962.
7. Тодоров И. Клинические лабораторные исследования в педнатрии. София, 1963.
8. Юлес М. и Холло И. Диагностика и патофизиологические основы невроэндокринных заболеваний. Будапешт, 1963.

УДК 616. 28—008. 14—616—089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУГОУХОСТИ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ СЛУХОВЫХ КОСТОЧЕК

К. Б. Радугин

Московский научно-исследовательский институт уха, горла и носа
(директор — проф. Н. А. Бобровский)

В связи с широким развитием хирургического лечения тугоухости при отосклерозе в последнее время слухоулучшающие микрооперации получили применение также и при врожденных и приобретенных дефектах слуховых косточек.

Приводим наши наблюдения.

1. Ф., 19 лет, поступила 8/IX 1965 г. с жалобами на понижение слуха на оба уха. Пользуется слуховым аппаратом с 15 лет. В раннем детстве перенесла двухсторонний гнойный средний отит, однако нарушения слуха были еще до этого заболевания.

Со стороны внутренних органов и верхних дыхательных путей патологических изменений не обнаружено. Слуховые проходы широкие. Обе барабанные перепонки мутны, рубцово изменены, подвижность их при пробе с пневматической воронкой несколько ограничена. Проходимость евстахиевых труб I степени. Камертональное исследование указывает на смешанную форму тугоухости с преобладанием нарушений в звукопроводящем аппарате. Аудиометрически в диапазоне разговорных частот выявляется повышение порогов костного проведения звука на 20—40 дБ, а при воздушном проведении — на 60—80 дБ на оба уха. Пороги разборчивости речи повышены

для левого уха на 85 дб, для правого — на 95 дб (в среднем). Костно-воздушный интервал — 40 дб. Выявлены низкие пороги восприятия ультразвука (6 в), свидетельствующие о достаточной функциональной способности воспринимающих элементов внутреннего уха. Разговорную речь левым ухом слышит лишь возле ушной раковины, правым не воспринимает.

14/IX 1965 г. произведена операция на правом ухе. После отслойки меато-тимпанального лоскута обнаружена деструкция кости в области задней стенки и длинного отростка наковальни, остаток которого заострен и имеет узурированную поверхность. Отсутствует сухожилие стремянной мышцы. Лицевой нерв, не прикрытый костной тканью, нависает над задней половиной подножной пластинки стремени. Подножная пластинка утолщена, неподвижна. Вместо сходящихся под углом ножек стремени в типичном для них месте располагается меньшая по размерам тонкая костная дужка, имеющая форму полуокружности без признаков головки стремечка. Ниша круглого окна не изменена.

Костная дужка сломана и удалена. По частям (после перфорации) удалена вся подножная пластинка. Овальное окно закрыто венозным лоскутом. Специально моделированный тефлоновый протез одним концом приведен в соприкосновение с венозным лоскутом и слегка вдавлен в сторону овального окна, другим концом укреплен на рукоятке молоточка. Меато-тимпанальный лоскут уложен на место.

Послеоперационное течение гладкое, лабиринтных явлений не наблюдалось. Больная выписана на 12-й день после операции с хорошим функциональным эффектом. Улучшение слуха при тональной аудиометрии для разговорных частот равно в среднем 35 дб с почти полным закрытием костно-воздушного интервала (на аудиограмме). Пороги разборчивости речи понизились на 40 дб. Шепотную речь больная различает оперированным ухом около ушной раковины; разговорную речь воспринимает с расстояния 25 м.

2. С., 23 лет, поступила 30/XI 1965 г. по поводу понижения слуха на оба уха. Тугоухость была заподозрена в грудном возрасте и окончательно выявлена лишь в период становления речи. С. училась в специальной школе.

Внутренние органы без изменений. Нос, глотка, носоглотка и гортань нормальны. Барабанная перепонка правого уха несколько мутновата, опознавательные пункты различимы. Барабанная перепонка левого уха мутна, в верхнем отделе имеется рубец. Обе барабанные перепонки несколько меньших размеров, чем обычно. Евстахиевы трубы хорошо проходимы.

При камертональном и аудиометрическом исследованиях выявлена тугоухость по проводящему типу с повышением порогов восприятия звука при воздушном проведении в среднем на 55 дб в диапазоне разговорных частот. Шепотную речь не воспринимает, разговорную каждым ухом различает с расстояния одного метра.

3/XII 1965 г. произведена тимпанотомия. Обнаружено недоразвитие длинного отростка наковальни. Костная стенка лицевого нерва отсутствует, нерв нависает над нишей овального окна, полностью прикрывая подножную пластинку стремени, которая вследствие этого недоступна для обозрения. Над лицевым нервом, пересекая его в нижнем отделе косо сверху вниз, располагается задняя ножка стремени с сухожилием стремянной мышцы и видоизмененной головкой стремени, спаянная с окружающими ее костными элементами и также затрудняющая обзор подножной пластинки стремени. При ощупывании с помощью изогнутой иглы области предполагаемого места расположения подножной пластинки стремени наступило заметное улучшение слуха и на медиальной стенке барабанной полости появилось небольшое количество перилимфы.

Задняя ножка была отделена от подлежащей кости, осторожно отсепарована от лицевого нерва и удалена. В подножной пластинке, ставшей доступной обозрению после удаления ножки стремени, обнаружена точечная перфорация. Подножная пластинка с резко утолщенными краями удалена по частям. Овальное окно закрыто венозным лоскутом. Поставлен тефлоновый протез к рукоятке молоточка.

Послеоперационное течение гладкое. Достигнуто улучшение слуха, хотя и менее заметное, чем у первой больной. Разговорную речь больная воспринимает с расстояния 8 м.

Сочетание аномалии развития стремени с деструктивными изменениями наковальни, особенности выявленных анатомо-топографических соотношений, а также эффективность операции позволяют надеяться, что наши наблюдения вызовут известный интерес.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зарицкая И. Л. Ж. ушн., нос. и горл. бол., 1963, 4. — 2. Накудашвили К. Д. Вестн. оторинолар., 1964, 4, стр. 99—100. — 3. Радугин К. Б. Там же. 1965, 5.