

шечных заболеваний. Наступило время поставить задачу ликвидации желудочно-кишечных заболеваний как причины детской смертности.

За годы Советской власти в республике во много раз снизилась заболеваемость острыми детскими инфекциями (корь, скарлатина, коклюш, регистрируются лишь единичные случаи дифтерии). Такие заболевания, как оспа, холера, малярия, полиомиелит, ликвидированы.

Существенные сдвиги произошли в физическом развитии детей. В результате повышения благосостояния народа и условий жизни основные антропометрические показатели детей ТАССР значительно улучшились.

Успехам в деле охраны здоровья детей в значительной мере способствовал быстрый рост сети детских лечебно-профилактических учреждений. До революции в Казанской губернии были всего 2 детские консультации, в настоящее время функционирует 109 детских поликлиник-консультаций. Детские поликлиники работают по участково-территориальному принципу. Количество педиатрических участков в республике возросло со 169 в 1955 г. до 359 в 1965 г., а средняя численность детского населения, обслуживаемого одной поликлиникой, снизилась за это время с 1600 до 1100.

С первых дней жизни ребенок попадает под тщательное наблюдение участкового педиатра и патронажной сестры. Они следят за развитием ребенка, ведут широкую пропаганду за рациональное вскармливание и правильный гигиенический уход за детьми, проводят профилактические прививки. В последние годы в работу детских поликлиник внедрена антенатальная профилактика плода. В 1965 г. матери 74,6% новорожденных были на дорожном патронаже.

Неуклонно растет в ТАССР количество больничных коек для детей, причем темпы роста детских коек выше, чем в общей сети. Так, по сравнению с 1940 г. число коек в ТАССР увеличилось в 2,5 раза, а детских — более чем в 4 раза. Все детские больницы оснащены современной аппаратурой, в них применяют передовые методы диагностики и лечения.

До революции в Казанской губернии не было ясельного обслуживания детей. С первых лет существования Советской власти в ТАССР проведена огромная работа по организации детских яслей. Уже в 1926 г. функционировало 11 постоянных яслей с общим количеством мест в них 330. В настоящее время в республике работает 289 яслей, в том числе на селе 138, с общим количеством мест 17 165 (1965 г.).

Ярким примером заботы Партии и Правительства о детях является организация санаторной помощи. В 1966 г. в санаториях лечились 616 детей из Татарии, из них 113 в здравницах Крыма и Кавказа, о чем не могло быть и речи в царской России. 82 376 детей отдыхали в пионерских лагерях. В республике создаются колхозные пионерские лагеря. Так, на протяжении ряда лет работает пионерский лагерь в колхозе «Путь к коммунизму» В.-Услонского района. Он прекрасно оборудован, дети колхозников отдыхают в нем бесплатно.

Успехам в охране материнства и детства в республике способствовала значительная помощь практическому здравоохранению со стороны профессорско-преподавательского состава Казанского медицинского института и ГИДУВа. Педиатрические кафедры этих институтов организуют выезды научных сотрудников в города и районы для оказания практической помощи на местах, разрабатывают методические пособия, принимают активное участие в проведении научно-практических конференций.

Большой вклад в дело улучшения здоровья женщин и детей внесли казанские ученые А. Ф. Агафонов, В. С. Груздев, Е. М. Лепский, В. К. Меньшиков, Н. П. Кудрявцева, Ю. В. Макаров, Г. А. Макарова, П. В. Маненков, Х. Х. Мещеров, К. А. Святкина, Н. Е. Сидоров, А. Х. Хамидулина, З. Н. Якубова и др.

50-летие Советской власти служба охраны материнства и детства ТАССР встречает большими успехами.

УДК 616.284—002—616.284.7—002

ДОСТИЖЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ В БОРЬБЕ С ГНОЙНЫМИ ОТИТАМИ, МАСТОИДИТАМИ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

В. Н. Акимов

*Кафедра болезней уха, горла и носа (зав. — проф. Н. Н. Лозанов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова*

Приближающееся 50-летие Великой Октябрьской социалистической революции побуждает подвести итоги в различных областях медицинской науки и практики.

Яркий пример успешного преодоления больших трудностей на пути от дореволюционной отсталости к современным достижениям советской отиатрии представляет

история борьбы с гнойными отитами, мастоидитами и их осложнениями. В ней можно выделить пять этапов, из которых 1-й охватывает вторую половину прошлого столетия, 2-й — начало нашего века до Великой Октябрьской социалистической революции, 3-й — 20—30-е годы до IV Всесоюзного съезда оториноларингологов (1935), 4-й — с начала широкого применения антибиотиков и сульфаниламидов в конце 30-х до середины 50-х годов; последнее десятилетие можно отнести к современному, 5-му периоду.

Наибольших успехов отечественная оториноларингология достигла в последние 2—3 десятилетия. Эти успехи являются не только результатом развития медицинской науки, но и следствием глубочайших преобразований, планомерно осуществляемых советским народом в процессе строительства социализма и коммунизма под руководством Коммунистической партии Советского Союза. Именно на основе этих социальных преобразований и стало возможным современное развитие советского здравоохранения с его профилактической направленностью и ростом специализированной помощи населению, в частности оториноларингологической.

В конце прошлого века в центральных районах России хроническими гнойными средними отитами по некоторым данным страдало от 15 до 32,5% крестьянского населения [29, 41]. Это можно объяснить не только крайне низким уровнем жизни крестьян в царской России и недостатком медицинского персонала, но и малой эффективностью лечения больных с острыми отитами в тот период [14, 67, 98, 104]. Лишь после Великой Октябрьской социалистической революции положение улучшилось и открылись возможности для профилактики отитов и лечения больных с отитами. Особенно повысилась эффективность этих мер на 4-м этапе развития отиатрии, когда сульфаниламиды, а затем и антибиотики стали широко входить в практику; с этого времени было положено начало нового периода в борьбе с гнойными заболеваниями уха [17, 58, 64, 78]. Однако лечение больных с хроническими гнойными средними отитами как сульфаниламидными препаратами [3, 23, 27, 50], так и антибиотиками [17, 61, 106] оказалось менее успешным, чем лечение больных с острыми отитами. При осложненных же формах хронических отитов, когда имеется кариез, полипоз или холестеатомы, консервативное лечение антибиотиками давало положительные результаты лишь в отклонении явлений обострения, а не основного процесса. При этом возникала опасность суперинфекции, сенсибилизации к антибиотикам и появления устойчивых штаммов микроорганизмов [60]. Радикальное лечение больных с осложненными формами хронических воспалений среднего уха и в эпоху антибиотиков включает и оперативное вмешательство.

До применения сульфаниламидов и антибиотиков (на 1, 2 и 3-м этапах развития отиатрии) оперативные вмешательства при хронических гнойных отитах производились по типу общеполостной (радикальной) операции и обеспечивали санацию гнойного очага [44, 86, 103]. На 4 и 5-м этапах, т. е. в период расцвета антибактериальной терапии, радикальные операции все шире дополняются различными видами тимпанопластики. Первоначально было предложено пять типов этой операции [111], которые стали применяться не только с целью улучшения слуха, но и для обеспечения лучшей эпидермизации послеоперационной полости. При проверке в отдаленные сроки выяснилось, что тимпанопластика дает положительные функциональные результаты лишь у 20—30% больных; у ряда больных образуются холестеатомы и пр. осложнения [35, 63, 65, 71, 88, 97]. Дело в том, что улучшение слуха зависит не только от самой операции, но и от репаративных способностей организма [96]. Поэтому в борьбе с хроническими гнойными средними отитами следует уделять особенно большое внимание совершенствованию профилактики. Решающую роль в предупреждении гнойных отитов сыграла иммунопрофилактика таких частых причин отита, как корь, скарлатина, что в сочетании с антибактериальной терапией привело к резкому снижению частоты острых гнойных отитов при этих инфекциях. До настоящего времени не теряет своего значения в профилактике отитов борьба с затруднениями носового дыхания, ринитами и синуситами путем удаления аденоидов и хронические воспаленные тонзиллы [7, 37, 90]. Из общеукрепляющих мер эффективны закаливание организма [67], нормализация витаминного баланса, десенсибилизация и др. [7, 110].

За годы Советской власти число больных хроническими гнойными средними отитами уменьшилось. Однако за последнее десятилетие темпы снижения несколько замедлились. Так, если к началу 40-х годов частота хронических гнойных средних отитов определялась в 5,2% [26], то в последние годы снизилась всего лишь до 3,5% [25]. Изучение частоты хронических отитов у детей в г. Казани показало, что в 1951 г. их было 2,68%, в 1961 г. — 4,9%. По данным некоторых лечебных учреждений г. Казани острые катаральные отиты встречались в 1959 г. в 9,1%, а в 1960 г. — в 13% [1], то есть отмечается даже некоторое учащение воспалений среднего уха.

Результаты борьбы с воспалительными заболеваниями среднего уха и их последствиями не позволяют еще говорить о возможности их ликвидации в ближайшем будущем. Применение антибиотиков хотя и обеспечило значительный успех в лечении больных острыми отитами, но не исключило возможности перехода острой формы в хроническую. Наблюдается нарастание слабо выраженных, замедленно протекающих форм отитов. Видимо в связи с этим участились и хронические адгезивные процессы в среднем ухе и, как следствие этого, увеличилось число больных со звукопроводящей тугоухостью. Кроме того, некоторые антибиотики, и в первую очередь стрептомицин,

при длительном применении в больших дозах ведут к поражению звуковоспринимающего аппарата по типу неврита [13, 79].

Для предотвращения побочного действия медикаментов нужна разработка более совершенных способов лечения путем введения новых антибактериальных, противогрибковых и противовирусных средств. Для предупреждения же отогенных внутричерепных осложнений по-прежнему необходимо применение при осложненных формах отитов (карлес, холестеатомы, полипоз) хирургических вмешательств в сочетании со слухоулучшающими видами тимпаноластики [24, 40, 66, 79, 88].

Особый интерес представляет развитие борьбы с мастоидами и внутричерепными осложнениями отитов. Показателем успехов в борьбе с воспалительными заболеваниями уха может служить снижение частоты острых мастоидитов. Об этом свидетельствуют литературные данные, относящиеся ко второй трети текущего столетия (табл. 1).

Таблица 1

Контингент больных	Годы	Частота осложнений в виде острых мастоидитов, %	Авторы
Со скарлатинозными отитами	конец 30-х	20	С. М. Компанеец, 1938 В. А. Кудрявицкий, 1940
		18,7	Г. А. Чернявский, 1937
	1942—1943	10	Е. М. Михайлова, 1950
С острыми средними отитами	начало 30-х	5—10	В. Л. Каневский, 1935 С. М. Компанеец, 1934
	1945—1955	3,8	И. М. Розенфельд, 1960
	к началу 60-х	1,5—2	И. М. Розенфельд, 1960

Снижению мастоидитов способствовали иммунопрофилактика острых детских инфекций и введение сульфаниламидов и антибиотиков.

Результаты лечения больных с острыми мастоидами также улучшились. При назначении сульфаниламидов было излечено без оперативного вмешательства до $\frac{2}{3}$ больных мастоидами [58, 78, 85, 95]. Своевременное же введение антибиотиков при чувствительной к ним микрофлоре у подавляющего большинства больных острыми мастоидами позволило достигнуть излечения без хирургического вмешательства [18, 39, 49, 70].

При деструктивных нагноительных процессах, например при развитии субпериостального абсцесса, оперативное лечение по-прежнему остается незаменимым. В таких случаях сульфаниламиды и антибиотики могут лишь временно сдерживать, но не ликвидировать воспаление [22, 92, 93, 100, 109].

Клиническая картина отитов и мастоидитов в наше время изменилась [11, 34, 36, 59]. По некоторым наблюдениям за годы Великой Отечественной войны и первые послевоенные годы количество мастоидитов с замедленным, вялым течением и невыраженной местной и общей симптоматикой возросло с 19,1 до 30,7% [19], а за период с 1949 по 1951 г. — с 14,8 до 38,7% [74]. По другим данным атипичные мастоидиты встречались в середине текущего столетия в 68% [47], 37% [55]. Это связано, по-видимому, с изменениями реактивности организма (сенсibilизация, аллергия) и свойств возбудителей в результате воздействия на них сульфаниламидов и антибиотиков [7, 60].

Слабая выраженность симптомов и замедленное течение отитов и мастоидитов ведут к поздней диагностике, к снижению внимания к такого рода заболеваниям и со стороны больных, и со стороны врачей, что в свою очередь неблагоприятно сказывается на результатах лечения [11, 12, 19, 49]. Очевидно, особенности симптоматики и течения так называемых «атипичных» форм отитов и мастоидитов требуют от врача постоянной настороженности, активного выявления «стертых» признаков воспаления, применения при малейших подозрениях рентгенографии сосцевидных отростков и др.

Уменьшение частоты и тяжести воспалений среднего уха обусловило снижение отогенных внутричерепных осложнений, о чем свидетельствуют данные отечественных авторов за вторую треть текущего столетия (табл. 2 и 3).

Сульфаниламиды и антибиотики эффективны при острых отитах и мастоидитах лишь в тех случаях, когда еще не развились деструктивные процессы. При наличии же деструкции вероятность возникновения внутричерепных осложнений так же велика, как и в период до внедрения в практику антибиотиков и сульфаниламидов.

Таблица 2

Контингент больных	Годы	Частота внутриче- репных отогенных осложне- ний, %	Авторы
Госпитализированные в оториноларингологические стационары	1947	2,1	Н. Н. Усольцева, 1960
	1954	2,6	М. И. Светлаков, А. А. Кравченко, К. М. Горбачева (1966)
	1963	1,04	М. И. Светлаков, А. А. Кравченко, К. М. Горбачева (1966)
Больные с заболеваниями ушей	1947	4,9	А. С. Токман, 1947
	1953	2	В. А. Кудрявицкий (1953)
С гнойными средними отитами	1937	2—10	Л. Т. Левин (1937)
С острыми и хроническими мастоидитами	1931	10,6	Н. П. Михалкин (1931)
	1949	5	Т. М. Изакович (1949)
	1950	3,1	Ц. А. Рогинская (1950)

Таблица 3

**Частота различных форм внутричерепных отогенных осложнений
по отношению к общему числу больных, прооперированных
в оториноларингологических стационарах по поводу гнойных
воспалений среднего уха**

Осложнение	Годы на- блюдения	Частота осложне- ний, %	Авторы
Менингит	1934	3	С. М. Компанеев (1934)
	1937	2,6	Л. Т. Левин (1937)
	1953	2,3	В. А. Кудрявицкий (1953)
Абсцессы мозга	1937	0,6	Л. Т. Левин (1937)
	1953	0,8	В. А. Кудрявицкий (1953)
Абсцессы мозжечка	1937	0,2	Л. Т. Левин (1937)
	1953	0,6	В. А. Кудрявицкий (1953)
Сепсис и синустромбоз	1931	4,6	П. В. Бауков (1931)
	1937	4,2	Л. Т. Левин (1937)
	1953	4	В. А. Кудрявицкий (1953)

За последние два десятилетия симптоматика отогенного сепсиса, менингита, абсцессов мозга часто не соответствует классическим описаниям конца прошлого и первой трети текущего столетия. Отогенные осложнения с неярко выраженной симптоматикой наблюдались и раньше, но в литературе регистрировались редко, что и послужило основанием относить их к атипичным формам этих заболеваний [36, 48, 91]. В последние же годы все чаще встречаются сообщения о менингитах отогенного происхождения, при которых температура поднимается лишь до 38°. Столь характерное для менингита затемнение сознания выражено слабо; головная боль незначительна и не усиливается от внешних раздражителей (света, звука). Симптомы Кернига, Брудзинского не так ярки [31, 77, 89]. Участились рецидивирующие формы менингитов [84], когда после видимого излечения наступает новая вспышка заболевания [89].

При абсцессах мозга нечеткими стали проявления каждой из четырех стадий [108]. Нередко наблюдается выпадение III, манифестной стадии и непосредственный пере-

ход II, скрытой в IV — терминальную. Общемозговые явления становятся стертыми. Удлиняется течение заболевания. При аутопсии не видно тенденции к инкапсуляции очага нагноения [2, 15, 33, 73, 89].

Чаще встречаются синустромбозы, при которых температура не повышается вообще или же не имеет гектического характера. Болезненность по ходу яремной вены и по заднему краю сосцевидного отростка быстро исчезает или же отсутствует. Количество лейкоцитов в крови нередко остается в пределах нормы. Появление и распространение даже стерильных тромбов в венозных сосудах головного мозга могут привести к отеку мозга, гидроцефалии, негнойным энцефалитам [76, 89, 107].

Вследствие указанных изменений клинической картины возникают диагностические затруднения и ошибки, что и ведет к запоздалому оперативному вмешательству, снижению его эффективности [89, 105].

С конца прошлого столетия до наших дней методы лечения при отогенных внутричерепных осложнениях непрерывно совершенствовались, вследствие чего результаты лечения улучшались. Важнейшим показателем этого может служить снижение смертности от внутричерепных осложнений (табл. 4).

Т а б л и ц а 4

Контингент больных	Годы	Смертность от внутричерепных отогенных осложнений, %	Авторы
С острыми средними отитами	1937	0,005	П. Г. Лепнев, 1937
С хроническими гнойными средними отитами	1937	0,05	П. Г. Лепнев, 1937
Госпитализированные в оториноларингологические стационары	1931	1,06	П. Д. Бувев, В. В. Громов, И. Ф. Герасимов, Н. А. Куприянова, 1931
	1953	0,4	В. А. Кудрявицкий, 1953
	1954	0,59	А. Л. Брудный, 1954
Прооперированные по поводу заболеваний ушей	1909	9,5	Л. У. Трофимов, 1909
	1937	4,2	Л. Т. Левин, 1937
Больные с отогенными внутричерепными осложнениями	1907	65—80	Л. Д. Работнов, 1907
	1931	27,5—62	Н. П. Михалкин, 1931
	1937	20,6	Л. Т. Левин, 1937
С отогенным менингитом	1907	100	Л. Д. Работнов, 1907
	1930	83	Е. Л. Шпайер, 1930
	1935—37	65—80	Л. Т. Левин, 1935, 1937
	1950	30	А. М. Натанзон, Г. М. Глушковский, 1950
С отогенными абсцессами мозга и мозжечка	1907	72	Л. Д. Работнов, 1907
	1935—37	65—70	Л. Т. Левин, 1935, 1937
	1950	50	А. С. Токман, 1957
	1951	42,1	А. С. Токман, 1957
	1954	45—50	В. И. Амитин, 1954
	1957	25—50	М. И. Вольфович, 1957
	1957	50	В. О. Калина, 1957
	1966	36,6	М. И. Светлаков, А. А. Кравченко, К. М. Горбачева, 1966
С отогенным сепсисом и синустромбозом	1928	50	Б. С. Иоффе, 1928
	1937	35,9	Л. Т. Левин, 1937
	1955	26	Г. Н. Попова, 1955

В первые же годы применения сульфаниламидов и антибиотиков было достигнуто резкое падение смертности [4, 44]. В последующие годы результаты лечения продолжали неуклонно улучшаться и смертность при отогенных абсцессах мозга упала до 36,6% [73]. При отогенных менингитах смертность снизилась с 60—80% в конце 30-х годов (Л. Т. Левин, 1935, 1937) до 30% в начале 50-х [57].

Таким образом, начиная с 4-го этапа в связи с внедрением в практику сульфаниламидов и антибиотиков было достигнуто значительное уменьшение смертности; однако в последние 10—15 лет летальность снижается не столь быстро. При наличии же у больного одновременно нескольких отогенных осложнений прогноз по-прежнему грозный.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Во второй половине прошлого и начале текущего столетия при лечении больных с острыми и хроническими отитами и мастоидитами, как и с их внутричерепными осложнениями, постепенно начинают применяться не только предложенные в разное время консервативные средства, но и такие оперативные вмешательства, как антромия, мастоидотомия, радикальная операция уха и т. д. Однако, несмотря на то, что в этот период отдельными оториноларингологами и хирургами успешно разрабатывались оперативные методы лечения при отитах и мастоидитах, основная масса больных из-за недостатка врачей оставалась без специализированной помощи. При внутричерепных же осложнениях даже вскрытие гнойных очагов редко спасало больных.

В первые годы XX столетия были открыты новые оториноларингологические клиники и кафедры в Петербурге и Москве (1892, 1893), в Саратове (1914) и др. Стали издаваться специальные оториноларингологические журналы: «Вестник ушных, носовых и горловых болезней» (1906), «Ежемесячник ушных, носовых и горловых болезней» (1909). Созывались оториноларингологические съезды: I-й в 1908 г., II — в 1911 г., III — в 1914 г.

Оториноларингологическая помощь населению несколько улучшилась, однако смертность от внутричерепных отогенных осложнений оставалась высокой. Так, от отогенного менингита погибало 100% заболевших, от абсцессов мозга — 72% [68], от сепсиса — до 80—90% [44]. Среди всех же прооперированных по поводу различных заболеваний уха от внутричерепных осложнений погибало 9,5%, т. е. почти каждый десятый больной [83].

После Великой Октябрьской социалистической революции успехам в борьбе с воспалениями среднего уха и отогенными осложнениями способствовало введение оториноларингологии как обязательной для преподавания медицинской дисциплины, создание при всех медицинских институтах кафедр и клиник по болезням уха, горла и носа, организация специальных оториноларингологических институтов, лор-отделений при крупных больницах и т. д. Стали широко проводиться профилактические мероприятия: санация полости носа и носоглотки, энергичное лечение больных острыми отитами. Быстро совершенствовались и расширялись как лекарственные, так и оперативные способы лечения больных острыми отитами и мастоидитами. При осложненных формах хронических гнойных средних отитов стали широко применяться более совершенные санирующие хирургические вмешательства типа радикальной операции с обнажением сигмовидного синуса, твердой мозговой оболочки задней и средней черепных ямок. Смертность от отогенных осложнений снизилась до 62—27,5% [53], 20,6% [44]. Смертность от отогенного менингита снизилась к 30-м годам XX века до 83% [102], 88,3% [6]. От отогенных абсцессов мозга погибало 65—70% больных; от сепсиса и синустромбоза — 36,9% [44], 50% [30]. Можно считать, что итоги этого периода были подведены IV съездом оториноларингологов (1935).

Развитие отиатрии с конца 30-х до конца 50-х годов было несколько задержано Великой Отечественной войной 1941—1945 гг. Однако внедрение антибактериальных препаратов способствовало значительному сокращению оперативных вмешательств при острых воспалительных процессах в среднем ухе. Результаты лечения улучшились. Смертность при отогенных внутричерепных осложнениях резко упала. В предвоенные и военные годы даже при таком тяжелом осложнении, как отогенный менингит, смертность от применения одних лишь сульфаниламидов снизилась до 28,2% [79] — 20%; при сепсисе — до 20% [85], при абсцессах мозга — до 53,4% [31]. Все же общая смертность продолжала оставаться высокой: от отогенных внутричерепных осложнений погибало 50% [57], 38,5% [75], 23,8% [80]. В послевоенный период стали широко применяться хирургические вмешательства в сочетании с антибиотикотерапией; общая смертность от внутричерепных отогенных осложнений упала до 30% [57], от менингитов — до 30% [56], 40% [16], от абсцессов мозга — до 45—50% [4], 25—50% [15], 45,7% [31]. По данным ЛОР-клиники КГМИ смертность в 50-х годах при отогенном менингите определялась в 6,2—14,4%, при абсцессах мозга — в 25,9—26,6%, при сепсисе — в 3,14—6,1%.

Хирургические вмешательства типа радикальной операции уха стали дополняться тимпанопластикой, при адгезивных процессах — мобилизацией слуховых косточек. Итоги этого периода были подведены V Всесоюзным съездом оториноларингологов (1958).

Начиная с 50—60-х гг. текущего столетия стало выясняться, что применение сульфаниламидов и антибиотиков может обусловить и отрицательные последствия. Увеличилось число вяло протекающих форм отитов, мастоидитов и внутричерепных осложнений. Появились воспалительные заболевания среднего уха, вызванные устойчивой к антибиотикам и сульфаниламидам флорой. С антибиотикотерапией может быть свя-

зано и некоторое увеличение числа слизивших процессов в среднем ухе, ведущих к звукопроводящей тугоухости, и увеличение числа дегенеративных изменений звуковоспринимающего аппарата.

Следует полагать, что и симптоматика, и диагностика могут в дальнейшем меняться под влиянием антибактериальных, гормональных препаратов, проведения иммунологических профилактических и лечебных мероприятий, воздействия химических и радиационных факторов и т. д. В настоящее время изучается роль аллергии в генезе отитов и их осложнений. Дальнейшим этапом развития борьбы с хроническими гнойными средними отитами, по-видимому, должны служить поиски методов профилактики и средств лечения при аллергических заболеваниях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абукова Р. А. Казанский мед. ж., 1965, 4. — 2. Авророва О. П. Тр. V съезда оториноларингологов, Л., 1959. — 3. Аврунев И. З. Вестн. оторинолар., 1939, 5. — 4. Амитин В. И. Там же, 1954, 1. — 5. Бауков П. В. Сб. тр. Казанск. клиники болзн. уха, горла и носа, вып. II, Казань, Татиздат, 1931. — 6. Бекрицкий А. А. Болзни уха, горла и носа. Научн. тр. клиники МОНИКИ. М., 1951. — 7. Бобровский Н. А. Тез. докл. V съезда оториноларингологов, 1958; Тр. V съезда оториноларингологов, Л., 1959. — 8. Бобровский Н. А., Сахаров П. П. Журнал ушн., нос. и горл. бол., 1964, 6. — 9. Брудный А. Л. Здравоохр. Киргизии, 1954, 2. — 10. Буев П. Д., Громов В. В., Герасимов И. Ф., Куприянова Н. А. Сб. тр. Казанск. клиники бол. уха, горла и носа. 1931, 1. — 11. Буев П. Д. Вестн. оторинолар., 1939, 5; Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1940, 4—5. — 12. Вайнштейн Т. А. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1961, 1. — 13. Великорусова Н. В. Вестн. оторинолар., 1964, 2. — 14. Верховский Б. В. Вестн. ушн., нос. и горл. бол., 1909, янв., март, апрель, май. — 15. Вольфкович М. И. Вестн. оторинолар., 1957, 3. — 16. Воячек В. И., Ундриц В. Ф. Там же, 1953, 5. — 17. Воячек В. И. Там же, 1957, 1. — 18. Врублевская А. А., Левин А. З. Сб. тр. Красноярск. мед. ин-та, 1951, II. — 19. Галицкая С. И. Вестн. оторинолар., 1954, 4. — 20. Гаршин М. И. Отогенный менингит. Медгиз, М., 1963. — 21. Гербер В. X. В кн.: Вопр. отоларингол. дет. возраста. Медицина, М., 1965. — 22. Голубева Т. М., Громов В. В. Сб. тр. врач.-сан. службы Казанск. жел. дор., 1948, 2. — 23. Гольдштейн М. А. Тр. V съезда оториноларингологов, Л., 1959. — 24. Громов В. В., Вертлиб Я. М. Тр. III съезда отоларингол. УССР, 1965, Киев. — 25. Дреннова К. А., Гришин С. И., Мартыненко И. И. и др. Вестн. оторинолар., 1961, 3. — 26. Евстафьева Н. Т., Алукер С. М. Сб. тр. по склероме, Минск, 1940. — 27. Жарковский Г. А. Сб. научн. докл. Казанск. ЛОР-общества, 1946. — 28. Изакович Т. М. Тр. Ижевск. мед. ин-та, 1949, VIII. — 29. Изачик И. С. Ушные болезни в ряду других заболеваний крестьянского населения по данным поголового осмотра. Дисс., Воен.-мед. Акад., 1895, СПб. — 30. Иоффе Б. С. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1928, 5—6. — 31. Калина В. О. Вестн. оторинолар., 1950, 4; Отогенные абсцессы мозга. Медгиз, М., 1957. — 32. Каневский В. Л. Клини. мед., 1935, 2. — 33. Карпова Л. Г. Вестн. оторинолар., 1959, 5. — 34. Катин Ярцев В. Н. Вестн. ушн., нос. и горл. бол., 1915, декабрь. — 35. Кобрак Г. Р. Среднее ухо. Медгиз, М., 1963. — 36. Коломийченко А. И. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1931, 11—12. — 37. Комендантов Л. Е. Вестн. сов. отоларингол., 1935, 2. — 38. Компанеев С. М. Болзни уха. Госмедиздат УССР, 1934; Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1938, 4. — 39. Контор А. А. Сб. научн. тр. врачей Мордовск. АССР. Саранск, 1951. — 40. Короткова Н. К. Вестн. оторинолар., 1964, 2. — 41. Кострицкий Д. П. К вопросу о частоте ушных болезней и глухоты в сельском крестьянском населении по данным поголового осмотра жителей Романовской волости Хотинского уезда Бессарабской губернии. Дисс., Воен.-мед. Акад., 1896, СПб. — 42. Кудрявицкий В. А. Тр. I научн. конф. Башкир. мед. ин-та, Уфа, 1940; Сб. труд. по оториноларингол. Башкир. мед. ин-та, Уфа, 1953. — 43. Кутепов И. П. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1961, 6. — 44. Левин Л. Т. Юбилейн. сборн. 50 лет Ленингр. ГИДУВа, 1935. Хирургические болезни уха. Медгиз, М. — Л., 1937, II. — 45. Лепнев П. Г. Архив совет. отоларингол., 1937, 2. — 46. Луковский Л. А. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1931, 11—12. — 47. Лурье М. С. Тр. Омск. мед. ин-та, 1951, 15. — 48. Любомудров А. Н. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1925, 11—12. — 49. Маломуж Ф. Ф., Маркова В. И. Вестн. оторинолар., 1950, 3. — 50. Мануйлов Е. Н. Сб. научн. раб., посв. XXV-летию леч.-сан. упр. Кремля, 1945. — 51. Мильштейн Т. Н. Тр. Лен. ин-та уха, горла, носа и речи, 1959, XII. — 52. Михайлова Е. М. Тр. Омск. мед. ин-та, 1950, 15. — 53. Михайлин Н. П. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1931, 5—6. — 54. Мишенькин Н. В. Тез. докл. I съезд. отоларингол. РСФСР, 1962; Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1964, 4. — 55. Моисеенко А. П. Вестн. оторинолар., 1961, 6. — 56. Натанзон А. М., Глушковский Г. М. Тр. II съезд. отоларингол. УССР, Киев, 1950. — 57. Натанзон А. М. Вестн. оторинолар., 1950, 3. — 58. Огнева Н. Я. Сб. научн. докл. Казанск. ЛОР-общ., 1946. — 59. Паутов Н. А. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1928, 7—8. — 60. Планельс Х. X., Харитонов А. М. Побочные явления при антибиотикотерапии бактериальных инфекций. Медгиз, М., 1960. — 61. Полонов М. Я. Сов. мед., 1953, 4; Тез. докл. Всесоюзн. конф. отоларингол., М., 1954. — 62. Попова Г. Н. Вопросы

клинич. оториноларингол., Медгиз, М., 1955. — 63. Потапов И. И. Вестн. оторинолар., 1959, 4. — 64. Преображенский Б. С. Сб. научн. тр., посв. XXX-летию леч.-сан. упр. Кремля, М., Медгиз, 1950. — 65. Преображенский Ю. Б. В. орляр., 1961, 4. — 66. Преображенский Н. С., Светлаев А. П. Вестн. оторинолар., 1959, 4. — 67. Преображенский С. С. Тр. X съезда русск. врач. в память Н. И. Пирогова в Москве в 1907 г. СПб, 1907; Вестн. оторинолар., 1925, 1. — 68. Работнов Л. Д. Тр. X съезда русск. врачей в память Н. И. Пирогова в Москве в 1907 г. СПб, 1907. — 69. Рогинская Ц. А. Сб. научн. тр. Киргиз. мед. ин-та им. Фрунзе, 1950, VI. — 70. Розенфельд И. Д. Руковод. по оториноларингологии. Медгиз, М., 1960, II том. — 71. Рутенбург Д. М. Вестн. оторинолар., 1958, 1. — 72. Рутенбург Д. М. Руковод. по оториноларингол., Медгиз, М., 1960, т. II; Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1961, 1. — 73. Светлаков М. И., Кравченко А. А., Горбачева К. М. Вестн. оторинолар., 1966, 2. — 74. Семенова Л. П. Вестн. оторинолар., 1953, 1. — 75. Селезнева М. В. Сб. научн. докл. Казанск. ЛОР-общ., 1946, 12—13. — 76. Стариков Г. М. Вестн. оторинолар., 1956, 4. — 77. Стурга М. Д. Сб. тр. Тбилисского мед. ин-та, 1957, 1. — 78. Суперфин М. П. Вестн. оторинолар., 1938, 4. — 79. Темкин Я. С., Нейман Л. В. Вестн. оторинолар., 1940, 4—5. — 80. Терновский В. П. Сб. научн. работ, посв. 100-летию юбил. Пензенск. обл. б-цы. Пенза, 1946. — 81. Темкин Я. С. Глухота и тугоухость. Медгиз, М., 1957. — 82. Токман А. С. Учет заболеваемости и задачи оргметод-отдела научно-исследовательского института. Материалы по обмену опытом лечебно-профилактического обслуживания населения. Минздрав РСФСР, 1947; Заболеваемость болезнями уха, горла и носа и задачи организации оториноларингологической помощи населению. Автореф. канд. дисс., М., 1957. — 83. Трофимов Н. П. Ежемесячн. ушн., нос. и горл. бол., 1909, 3. — 84. Трутнев В. К., Щербатов И. И. Вестн. оторинолар., 1941, 6. — 85. Трутнев В. К. Сб. научн. докл. Казанск. ЛОР-общ., 1946, 9. — 86. Трутнев Н. К. Вестн. риноларингостиирии, 1927, 2. — 87. Ундриц В. Ф. Сб. труд. Ленингр. ин-та по бол. уха, горла, носа и речи. Л., 1952, X; 1959, XII. — 88. Ундриц В. Ф., Темкин Я. С., Нейман Л. В. Руководство по клинической аудиологии. Медгиз, М., 1962. — 89. Усольцев Н. Н. Вестн. оторинолар., 1959, 4; Руководство по оториноларингол., Медгиз, М., 1960, т. II. — 90. Фельдман А. И. Юбил. сборн. по оториноларингол., посв. проф. А. Н. Зимину. Новосибирск, 1933. — 91. Фельдт А. Вестн. ушн., нос. и горл. бол., 1913, май. — 92. Французов Д. Л. Вестник оторинолар., 1953, 5. — 93. Френкель И. А. Вестн. оторинолар., 1948, 2. — 94. Ханамиров А. Р. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1961, 1. — 95. Харшак Е. М., Мостовой С. И. Тр. II съезда оториноларинг. УССР, Киев, 1950. — 96. Хечинашвили С. Н. Вестн. оторинолар., 1966, 4. — 97. Хилов К. Л. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1960, 5. — 98. Цытович М. Ф. Вестн. ушн., нос. и горл. бол., 1910, декабрь. — 99. Цытович М. Ф. Вестн. риноларингоотиирии, 1931, 1. — 100. Черепанова Е. М. Вестн. оторинолар., 1960, 5. — 101. Чернявский Г. А. Вестн. оторинолар., 1937, 2. — 102. Шпайер Е. Л. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1930, 1—2. — 103. Шпанбок А. С. О трепанации сосцевидного отростка. Дисс., СПб, 1898. — 104. Штейн С. Ф. Ежемесячн. ушн., нос. и горл. бол., 1912, VII. — 105. Щербина Г. В. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1961, 2. — 106. Ярославцев Ю. К. Вестн. оторинолар., 1954, 1. — 107. Götze A. Z. Laryng. Rhinol., 1961, 8, 568. — 108. Kögner O. Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und Blutleiter. IV Auflage, 1908, Wiesbaden, Bergmann. — 109. Morrow R. C. Ann. oto-rhino-laryng., 1958, 67, 1, 41. — 110. Venclik H., Potuznik V., Stary J. Čsl. otolaryng., 1957, 2, 80—82. — 111. Wullstein H. Minerva otorinolaryng., 1960, 10, 5, 150—154; Arch. Otolaryng., 1960, 71, 3, 424—427; 451—453.

УДК 611.714/716—616—073.75

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ РЕНТГЕНОКРАНИОЛОГИИ

И. Х. Галимов

(Казань)

В течение последних 20 лет ведущей научной проблемой первой кафедры рентгенологии и радиологии Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина является рентгено-краниология и рентгенотерапия заболеваний нервной системы.

Известные советские ученые М. Б. Копылов, Я. И. Гейнисман, Н. Н. Альтгаузен, М. Д. Гальперин, Е. М. Гольцман и др. занимались в основном клинической нейро-рентгенологией, разрабатывали вопросы рентгенодиагностики и рентгенотерапии забо-