

При гистологическом исследовании папиллярный рак обнаружен у 32 больных, плоскоклеточный — у 11, солидный — у 6.

4 больным сделаны лишь паллиативные операции (цистостомия, лапаротомия, нефростомия). 16 больным мы не смогли оказать радикального оперативного пособия, так как они поступили в клинику в IV ст. ракового процесса. Все эти больные погибли в разные сроки при явлениях нарастающей почечной недостаточности, пиелонефрита и раковой интоксикации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ерухимов Л. С. Урология, 1963, 6. — 2. Погожева Л. Н. Там же, 1963, 5. — 3. Полонский Б. Л. Там же, 1963, 5. — 4. Пытель А. Я. Там же, 1964, 3. — 5. Синкевичус Ч. А. и Тулаба А. А. Там же, 1963, 3. — 6. Файнштейн З. В. Там же, 1963, 4. — 7. Цулукидзе А. П. Там же, 1963, 1. — 8. Кучера Ян. Там же, 1963, 4. — 9. Couvelaire R., Cukier J. J. Urol. et Nephrol., 1963, 69, 3. — 10. Salvini E. Urol. (Ireviso), 1963, 3. — 11. Sesia G., Chiaudano M. Urol., 1963, 30, 1. — 12. Thompson G. J. JAMA, 1960, 172, 1.

УДК 616.216.1—616—073.75

## К РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ФАЗЫ ЭКССУДАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАЙМОРИТЕ

*М. Х. Файзуллин и А. Х. Амирова*

*Кафедра рентгенологии и радиологии № 1 (зав. — проф. М. Х. Файзуллин) и кафедра оториноларингологии (зав. — проф. В. В. Громов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

Для уточнения количества выявляемого рентгенологически выпота в гайморовой пазухе одному из авторов (А. Х. Амировой) была сделана трехкратная пункция каждой пазухи с введением нарастающего количества физиологического раствора (1, 2, 3, 5, 10, 15 мл). Каждый раз производились снимки в носо-подбородочной проекции в вертикальном и горизонтальном положениях исследуемой.

Объем гайморовых пазух варьируется от 5 до 40 мл. Указанными опытами было установлено, что при средней величине пазух (15—25 мл) 1 и 2 мл жидкости не определяются на снимках. При наличии в пазухе 3 мл жидкости выявляется горизонтальный уровень жидкости на вертикальном снимке. Раствор в количестве 5, 10, 15 мл в вертикальном положении исследуемой также дает симптом уровня, причем высота жидкости с увеличением ее количества все более поднимается, а интенсивность тени увеличивается. При отсутствии пристеночных теневых наслоений за счет гиперплазии слизистой оболочки наружный край уровня доходит до костной границы пазухи.

При исследовании больного в горизонтальном положении введение раствора в количестве от 1 до 5 мл обычно не дает симптома затенения пазухи. Лишь с введением 10 мл и более жидкости отмечается равномерное затенение. Некоторое просветление верхнемедиального отдела при этом объясняется перемещением сюда воздуха, так как эта зона является приподнятой. В ряде случаев просветление может быть обусловлено проекцией переднего или заднего кармана гайморовой пазухи, задних клеток решетчатой кости или боковых бухт основной пазухи.

Таким образом экспериментальные исследования показали, что при средней величине пазухи по вертикальным рентгенограммам можно определить горизонтальный уровень жидкости начиная с 3 мл. При больших пазухах для этого требуется не менее 5 мл выпота. На горизонтальном снимке возникает подозрение на жидкость в пазухах при наличии 10 мл и более выпота.

Авторы наблюдали 10 больных с хроническим гайморитом, которых лечили внутривнутренним введением пеницилина по 30 000 ед. в разном количестве физиологического раствора. При этом производились снимки 11 пораженных пазух в вертикальном и горизонтальном положениях больных. В пазухах с незначительным изменением прозрачности получены те же данные, что и в описанном выше эксперименте. При больших морфологических изменениях слизистой оболочки и костных стенок пазух выявить симптомы свободной, а иногда и ограниченной (кистозной) жидкости порой бывает трудно. При смешанных формах хронического гайморита определение свободной жидкости также сложно. Однако путем сопоставления снимков, сделанных в вертикальном и горизонтальном положениях, нам все же удавалось выявить границу уровня жидкости на фоне участками затененного просвета пазухи.

Из 404 лиц, обследованных по поводу риносинуситов, у 278 в 494 пазухах найдены рентгенологические признаки хронического гайморита, причем в 151 пазухе рентгено-

логически были установлены симптомы обострения. Жидкость чаще удавалось определить при обострении гиперпластической формы в виде уровня (47 пазух — 9,5%) и в виде симптома «полумесяца» (14 пазух — 3%).

Указанные рентгенологические симптомы наблюдаются и при некоторых внутрипазушных изменениях слизистой оболочки: фиброзе у нижней стенки пазухи при воспалительно-репаративных изменениях в слизистой оболочке; уплощенной кисте, свободной или спаивной со слизистой оболочкой; оболочке кисты, спаившейся после нарушения целостности; фиброзном замещении пазухи после куретажа.

Уровень или симптом полумесяца могут также симулировать внутрипазушные гребни, неровности рельефа гайморовой пазухи, костные внутрипазушные перегородки, иногда проекция нижнего края орбит на пазухи на фоне измененной слизистой оболочки, а также пазухи детей и пазухи взрослых, у которых нижняя стенка выше дна носа.

УДК 616.281—008.55

## РОЛЬ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА И СХОДНЫХ С НЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*В. С. Олисов*

*Кафедра ушных, носовых и горловых болезней (зав. — проф. Д. А. Пигулевский)  
1-го Ленинградского медицинского института им. И. П. Павлова*

В литературе давно уже стали появляться сообщения о вестибулярных и вестибулярно-слуховых расстройствах инфекционного происхождения, не укладывающихся в типичную картину тимпаногенного или менингогенного лабиринтита, а также заболеваний головного мозга и его оболочек. Клиническая картина и течение их включали в одних случаях однократные вестибулярные атаки сразу после перенесенной инфекции, а в других — повторяющиеся без какого-либо нового инфекционного процесса. У одних больных они проявлялись типичными приступами систематизированного головокружения, а у других — только неустойчивостью при ходьбе без приступообразных головокружений. В ряде случаев такие вестибулярные расстройства не сопровождалась шумом в ушах и снижением слуха.

Такая вариативность клинической картины и течения вестибулярных нарушений, возникших вслед за каким-либо перенесенным инфекционным заболеванием, говорит о различиях в уровнях и характере вестибулярного поражения.

Предложено большое количество самых разнообразных наименований таких заболеваний: гематогенный лабиринтит [7], токсический лабиринтит [21], вазомоторный лабиринтит [13], арахноидит в области внутреннего слухового прохода [2], меньеровский синдром [1, 4, 9, 15], вестибулярный нейронит [16, 17], неврит обеих ветвей VIII нерва [12], вестибулярная невралгия [18] и т. д.

За последние 10—15 лет в литературе даже начал дискутироваться вопрос о самой возможности инфекционного возникновения болезни Меньера (гидропса лабиринта).

Ярые сторонники инфекционной теории происхождения болезни Меньера [19, 22] в своих клиниках установили правило: у таких больных ликвидировать очаги инфекции (карнес зубов, хронические тонзиллиты, хронические поражения придаточных пазух носа). Однако опыт показал, что временно исчезнувшие после санирующих операций в полости рта и в верхних дыхательных путях приступы головокружения через некоторое время могут повториться с прежней частотой и интенсивностью. Эти неудачи в таком лечении болезни Меньера сторонники теории инфекционного происхождения заболевания объясняют существованием нескольких или появлением новых очагов инфекции, которые остаются нераспознанными.

Под нашим наблюдением находилось 44 больных с различными вестибулярными и кохлео-вестибулярными расстройствами, развившимися вслед за каким-либо острым инфекционным заболеванием без воспалительных изменений в среднем ухе и без клинических признаков менингита, арахноидита, энцефалита.

В зависимости от наличия или отсутствия нарушений слуха мы разделили всех наших больных на 3 группы: I — вестибулярные расстройства не сочетаются с понижением слуха и шумом в ушах (22 чел.); II — сразу после инфекции наступает понижение слуха, а затем через некоторое время (от 10—15 дней до года) появляются приступы головокружения (14 чел.); III — слуховые и вестибулярные расстройства возникают одновременно (8 чел.).

Больные I гр. до настоящего заболевания были практически здоровыми. Мужчин было 4, женщин — 18. В возрасте от 19 до 40 лет было 15 чел. и от 41 до 52 лет — 7. Вестибулярные расстройства развились в связи с гриппом или острым катаром верхних дыхательных путей у 16 чел., в связи с ангиной — у 5 и одонтогенным сепсисом —