

Правые придатки удалены.
Патологоанатомическое исследование (зав. кафедрой патологической анатомии проф. Янина Ковальчикова) подтвердило диагноз. Больная выписана на 16-й день.

УДК 616.22

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА

М. Д. Быстрицкий

(Казань)

Функциональные афонии и дисфонии встречаются довольно часто. Трудность диагностики и недостаточная эффективность лечения диктуют необходимость всестороннего изучения этого заболевания.

Мы наблюдали 232 таких больных. В возрасте от 7 до 18 лет было 10, от 19 до 30 лет — 96, от 31 до 40 лет — 72, от 41 до 50 лет — 45 и от 51 до 60 лет — 9 больных. Мужчин было 72, женщин — 160.

У 115 больных на первый план выступал профессиональный фактор — повышенная нагрузка на голосовой аппарат. Явления функциональной афонии, дисфонии у них чаще всего сопутствовали тому или иному функциональному заболеванию центральной нервной системы. Длительное профессиональное перенапряжение голоса в сочетании с неврозом было ведущим этиологическим фактором и отмечалось в 47%.

У остальных больных появлению заболевания в 78% предшествовал простудный фактор, грипп, ангина, ларингит и др.

Причина ошибок диагностики часто кроется в неправильной трактовке ларингоскопической картины в переоценке значения остаточных воспалительных явлений со стороны слизистой оболочки гортани.

Диагноз, с которым больные поступали к нам, был правильным, отражающим функциональный характер заболевания, лишь у 81 (35%). У 86 больных (37%) был диагностирован хронический и у 35 (15%) — острый ларингит, у 30 (13%) — парез голосовых связок. Ларингоскопическая картина при функциональных нарушениях голоса напоминала двухсторонние периферические парезы двигательных нервов гортани органического происхождения. Следует помнить, что у больных с органическим заболеванием нет полной утраты звуочной речи, они говорят хриплым голосом. Для них характерны также постепенное развитие заболевания, более стабильная ларингоскопическая картина и длительное течение. При парезах функционального происхождения у большинства больных наступает внезапная полная или частичная утрата звуочной речи, расстройство координации дыхания, необходимого для речеобразования; нарушение голоса у них менее продолжительное и быстрее восстанавливается под влиянием лечения. Отсутствие органических изменений в гортани, изменчивость ларингоскопической картины до и после лечения подтверждают функциональный характер заболевания. Во время осмотра больных мы наблюдали разные ларингоскопические картины, зависящие от степени изменения двигательных функций истинных голосовых связок. У 209 больных было частичное нарушение двигательной функции истинных голосовых связок. У 113 из них при фонации голосовая щель равномерно суживалась по всей длине, не доходя до полного смыкания; у части больных при попытке фонировать голосовые связки смыкались, но не полностью: у одних (75 чел. — 32%) оставалась в заднем отделе небольшая треугольная щель, у других (21 чел. — 9%) — веретенообразная, что напоминало картину миопатических парезов истинных голосовых связок. У 23 больных отмечалось состояние гиперкинеза — истинные голосовые связки при фонации плотно смыкались, так же как и ложные, которые при этом полностью прикрывали истинные связки, препятствуя звучности голосообразования. Такую форму смыкания голосовой щели некоторые авторы называют «спастическая афония».

Лечение функциональных нарушений голоса — трудная задача. Мы придаем важнейшее значение психо-терапевтическому воздействию, направленному на выработку у больного уверенности в возвращении звучного голоса. Успеху лечения способствует контакт с больными, у которых после лечения уже произошло восстановление голоса. Если таких больных нет, то мы демонстрируем запись голоса на магнитофоне тех больных, которые полностью излечились от утраты голоса.

Фонопедические упражнения в комплексной терапии для большей эффективности мы считаем необходимым проводить в ряде случаев одновременно с вибромассажем гортани с помощью портативного электровибратора, широко применяемого для массажа лица. При паретической форме функциональной афонии добавляется еще местное воздействие фарадическим током.

Нами предложен прибор для раздельного включения слуха, состоящий из двух обычных динамических радиотелефонов с микропористыми резиновыми накладками, оголовья, закрепленного на голове, пульта управления, отводящих приборов. При

включении прибора в осветительную сеть 127—220 в на каждый телефон подается пониженное напряжение тока вместе или отдельно, при этом создается мягкий вибрирующий шум, не раздражающий слуховой анализатор. Степень заглушения обеспечивается регулятором громкости. Применение этого устройства в комплексе с другими методами лечения у многих больных давало положительный эффект, способствовало более быстрому восстановлению голоса.

Длительность заболевания и результаты лечения показаны в табл. 1.

Таблица 1

Длительность заболевания	Число больных	Выздоровление	Улучшение	Без изменения
От 2 недель до 1 месяца	100	95	5	—
От 1 до 6 месяцев . . .	88	74	12	2
От 6 мес. до 1 года . . .	12	6	6	—
От 1 года до 2 лет . . .	14	6	2	6
От 3 до 5 лет	12	6	4	2
От 5 до 10 лет	6	—	3	3
Итого . . .	232	180(80,6%)	32(13,8%)	13(5,6%)

При длительных функциональных нарушениях голоса, протекающих на фоне выраженных стойких функциональных заболеваний нервной системы, мы проводили лечение совместно с невропатологом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быстрицкий М. Д. Тр. ГИДУВа им. В. И. Ленина. Казань, 1960. — 2. Воячек В. И. Военная отоларингология, Медгиз, М., 1946. — 3. Бомаш М. Я. Хирургические болезни глотки, гортани и пищевода. Медгиз, М., 1954. — 4. Кордатов А. И. Вестник сов. отоларингологии, 1933; 4. — 5. Куликовский Г. Г. В кн.: Оtolарингология для войскового врача. М., 1940. — 6. Мукосеева О. М. Сб. научн. докл. Казан. ЛОР общ., 1946. — 7. Рябченко А. Т. В кн.: Функциональные нарушения голоса. М., 1965. — 8. Смалин Д. Н. Труды ОВГ, Оренбург, 1958. — 9. Супрунов В. К. В кн.: Болезни уха, горла и носа, Медгиз, М., 1960. — 10. Сысоева А. Р. Сб. тр. Лен. ЛОР НИИ, том 8, 1947. — 11. Финченко П. Е. Воен. мед. журн., 1967, 3.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616—089.168.1—616.127—005.8

Т. К. Пахомова (Куйбышев-обл.). Инфаркты миокарда в послеоперационном периоде

Инфаркт миокарда в послеоперационном периоде при вмешательствах в брюшной полости является редким, но грозным осложнением. В нашем хирургическом отделении с 1962 по 1965 г. погибли от инфаркта миокарда 4 больных: 2 (45 и 49 лет) после холецистэктомии и 2 (61 года и 77 лет) — после аппендэктомии. Трое страдали гипертонической болезнью (АД 175—160/100—90). Жалоб на боли в области сердца ни в анамнезе, ни при поступлении не было, хотя по секционным данным у 2 больных инфаркты оказались повторными. Двое оперированы под эфирным наркозом и двое под местной анестезией. У 2 больных инфаркты миокарда развились через 20—24 часа после операции, у 1 через 7 дней, у 1 через 17 дней. У двух последних больных было нагноение послеоперационной раны, и развитию инфарктов на несколько часов предшествовали перевязки с ревизией раны. У всех 4 больных течение инфаркта миокарда было атипичным. Больные отмечали усиление болей в послеоперационной ране, боли же в сердце появились только за несколько минут до смерти. Основным проявлением инфаркта был коллапс. У всех развился парез кишечника. Это вело к диагностическим ошибкам и назначению противопоказанных процедур и обследований (промывание желудка, обзорная рентгеноскопия брюшной полости). У 1 больного было заподозрено внутреннее кровотечение и была сделана релапаротомия.