

емое главное, альвеолярную и легочную гиповентиляцию можно объяснить ожирением, высоким стоянием диафрагмы.

Таким образом, причиной гипоксемии и гиперкапнии по результатам клинико-инструментальных исследований являлась только альвеолярная гиповентиляция. В связи с этим установлен следующий диагноз: ожирение IV ст., пикквикский синдром, легочно-сердечная недостаточность II ст.

Диагноз был подтвержден и результатами последующего лечения. При терапии диетой с суточной энергоемкостью не более 4187 Дж, мочегонными средствами и кровопусканиями больной похудел за 18 дней на 8 кг. Прошли сонливость, одышка, улучшились показатели внешнего дыхания.

Больной наблюдается нами в течение 8 лет. Масса тела продолжает нарастать (при осмотре в 1985 г.— 160 кг), легочно-сердечная недостаточность прогрессирует. Состояние несколько улучшается при снижении массы тела, что наблюдается в летнее время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аронов В. Х. Клин. мед., 1980, 4, 94.—2. Вейн А. М., Лагаш Л. П., Яхно Н. Н. Там же, 1971, 1, 55.—3. Коган Б. Б. Там же, 1962, 4, 27.—4. Коган Б. Б., Даниляк Н. Г., Злочевский П. М. Сов. мед., 1966, 10, 81.—5. Панченко В. М., Злочевский П. М., Емельянов Г. Д. Клин. мед., 1969, 12, 126.—6. Саидов Г. С., Кайлаков А. М. Там же, 1969, 12, 129.—7. Burwell C. S., Robin E. D., Whally R. D. et al. Am. J. Med., 1956, 21, 811.—8. Harvey R. M., Ferrer M. I. Circulation, 1960, 21, 236.

Поступила 03.12.85.

УДК 616.284—002.2:616.28—008.1—031.49

О НАРУШЕНИИ СЛУХА ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

А. Я. Нугуманов

Кафедра оториноларингологии (зав.—проф. Л. Г. Сватко) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Известно, что при односторонних патологических процессах внутреннего уха, таких как хронический гнойный средний отит, происходит понижение вестибулярной возбудимости и на противоположной стороне. Это расценивают как компенсаторный процесс, связанный с изменениями в ядерных структурах центральных отделов вестибулярного анализатора противоположной стороны [1].

При исследовании слуховой функции больных, длительно страдающих односторонним хроническим гнойным средним отитом, мы обратили внимание на то что наряду с понижением слуха на больное ухо по смешанному типу нередко имело место снижение слуха и на противоположное ухо по типу нейросенсорной тугоухости. Еще более выраженными эти изменения были при сочетании хронического гнойного среднего отита с лабиринтитом. У больных в возрасте 50 лет и старше понижение слуха на противоположное ухо, превышающее возрастные пороги, встречалось более часто.

При анализе клинического материала какой-либо отчетливой зависимости от формы хронического гнойного среднего отита выявить не удалось, кроме длительного непрерывного или часто рецидивирующего гноеотечения из уха («с детства» или «всю жизнь», то есть десятки лет). Среди обследованных были больные с мезотимпанитом, эпи(мезо)тимпанитом, а также после перенесенных в прошлом санлирующих операций с продолжающимся гноеотечением.

Хронический средний гнойный отит характеризовался упорным, неподдающимся традиционным методам консервативного лечения течением процесса. При отоскопии наблюдались обильные слизистые и слизисто-гнойные выделения, отек и утолщение слизистой барабанной полости, наличие полипов и грануляций. Изложенное выше позволяло предположить аллергический характер патологического процесса в ухе.

Из 689 больных хроническим гнойным средним отитом, леченных в клинике более чем за 2 года, у 334 был односторонний процесс. Из них в разработку вошли 150 историй болезни, поскольку были исключены все случаи, где имелись малейшие указания на перенесенные и сопутствующие заболевания, способные повлиять на функцию внутреннего уха, то есть травмы, инфекции, интоксикации, профессиональные и другие факторы. Кроме того, с целью исключения влияния

возрастного фактора были проанализированы только те истории болезни и аудиограммы, которые принадлежали больным моложе 40 лет.

Согласно выбранным историям болезни, у 43 из 150 больных односторонним хроническим гнойным средним отитом не выявлено признаков поражения лабиринта как больного, так и противоположного уха. Остальные 107 больных условно разделены на 3 группы по критерию повышения порогов костнопроведенных звуков на больное ухо и по выраженности лабиринтных расстройств. В 1-ю группу вошли 49 больных, у которых пороги костнопроведенных звуков достигали 30 дБ, четких указаний на признаки поражения лабиринта не было. 2-ю группу составили 38 человек с показателями костной проводимости более 30 дБ, диагностирован хронический гнойный средний отит, сочетавшийся с латентно протекающим лабиринтитом, а в анамнезе отмечены эпизоды лабиринтных расстройств. В 3-ю группу (20 чел.) включены больные с «обрывами» по костной проводимости или чаще с полной глухотой на больное ухо; имелось указание на хронический гнойный средний отит, осложненный явными формами серозного или гнойного лабиринтита.

У 41 больного 1-й группы обнаружено повышение тональных порогов на противоположное ухо при костном звукопроведении не менее чем на 10 дБ на частоты 4000—8000 Гц. У 34 человек из 2-й группы отмечалось повышение тональных порогов при костном звукопроведении на противоположное ухо. Повышение порогов в зоне речевых частот составляло $21,37 \pm 2,07$ дБ на больное ухо, $8,82 \pm 0,98$ дБ — на противоположное. На частоте 4000 Гц пороги костного звукопроведения на больное ухо повышались в среднем на $24,41 \pm 2,27$ дБ, на противоположное — на $7,08 \pm 1,06$ дБ. У 13 больных на частоте 2000 Гц имело место снижение аудиометрической кривой костной проводимости в виде зубца Кархарта до 15 дБ. На частоте 8000 Гц повышение порогов на больное ухо в среднем было $45,0 \pm 2,38$ дБ, на противоположное — $18,53 \pm 2,33$ дБ.

У 16 больных 3-й группы было значительное повышение костнопроведенных звуков на противоположное ухо. Так, в зоне речевых частот у 5 человек на стороне пораженного уха восприятие звуков полностью отсутствовало, у остальных достигало в среднем $33,5 \pm 5,0$ дБ, на противоположное ухо — до $15,4 \pm 2,05$ дБ. У 7 пациентов звуковосприятие на больное ухо на частоте 4000 Гц отсутствовало, у остальных составляло $50 \pm 4,42$ дБ, на противоположное ухо было повышено до $16,88 \pm 3,38$ дБ. На стороне пораженного уха восприятие звуков на частоте 8000 Гц полностью отсутствовало, на противоположной стороне — $25,67 \pm 4,39$ дБ. У одного больного наблюдался «обрыв» аудиометрической кривой.

Таким образом, у 91 (60,7%) из 150 больных было обнаружено поражение противоположного уха (рис. 1 и 2).

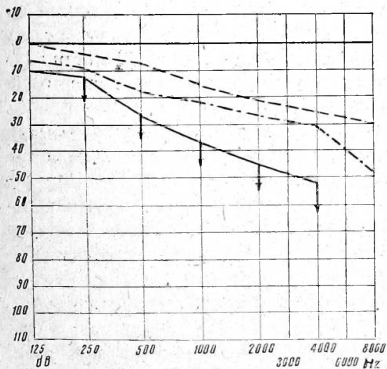


Рис. 1. Усредненные показатели повышения порогов костнопроведенных звуков на больное ухо. Пунктирная линия — 1-я группа, пунктир-точка — 2-я группа, сплошная линия — 3-я группа.

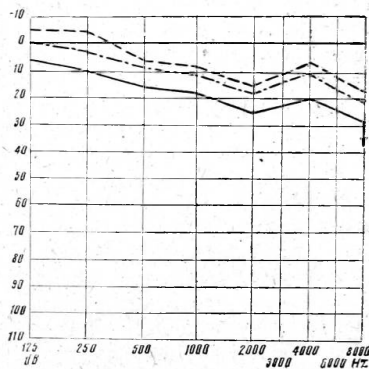


Рис. 2. Усредненные показатели повышения порогов костнопроведенных звуков на противоположное ухо. Обозначения на рис. 1.

У всех больных наряду с нарушениями слуховой функции было выявлено параллельное понижение вестибулярной возбудимости как на больное, так и на здоровое ухо, что было отмечено нами в предыдущей работе [2].

Таким образом, длительное рецидивирующее течение хронического гнойного отита, особенно в сочетании с тяжелыми формами лабиринтитов, приводит к часто-

му и более тяжелому поражению противоположного уха при одностороннем хроническом гнойном среднем отите.

Изложенное выше подтверждает обоснованность современной техники щадящей микрохирургической санации любых форм хронического гнойного среднего отита на возможно более ранних сроках.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левашов М. М. Журн. ушн., нос., горл. бол., 1979, 5, 29.— 2. Серебрякова С. Н., Нугуманов А. Я. В кн.: Тезисы V Всероссийского съезда оториноларингологов. Ижевск, 1984.

Поступила 01.03.86.

УДК 616.831.4—053.7.005—08

КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО ПУБЕРТАТНОГО СИНДРОМА И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ

И. В. Каюшева

Кафедра госпитальной терапии № 2 (и. о. зав.— доц. А. Д. Голубев) Пермского медицинского института

Гипоталамический пубертатный синдром — распространенное заболевание подросткового и юношеского возраста, которое возникает в периоде формирования физического статуса и личности. Для него характерны поражение межзачаточного мозга и гипоталамо-гипофизарно-эндокринная дисрегуляция (гиперкортицизм, гиперальдостеронизм, гиперпролактинемия, нарушения продукции гонадотропинов) [1, 26, 3, 4]. Нередко данный синдром ограничивает пригодность юношей и девушек для некоторых профессий, требующих физического и эмоционального напряжения, в частности к военной службе. Между тем при своевременном и систематическом лечении этого недуга возможна реабилитация больных. Следует подчеркнуть, что до настоящего времени нет классификации гипоталамического пубертатного синдрома, что затрудняет как оценку трудоспособности, так и обмен опытом лечения. Мы предлагаем классификацию, которая разработана на основании обследования 677 больных, из них за 211 мы наблюдали в течение 1—22 лет.

Указанный синдром вызывают черепно-мозговые травмы, тонзиллярная инфекция, различные вирусные заболевания. При систематическом перекормливании и конституциональной предрасположенности к ожирению, которые также могут стать провоцирующими факторами, дисфункция гипоталамуса развивается вторично, и ожирение не служит показателем тяжести заболевания. Мы выделяем 3 степени тяжести гипоталамического пубертатного синдрома (табл.).

Гипоталамические нарушения могут со временем исчезать (у 38% больных), вплоть до практического выздоровления (у 16%); сохраняться, не нарастая (у 26%); прогрессировать с появлением новой симптоматики (у 14%). Нередко (у 22%) заболевание приобретает рецидивирующее течение, при котором гипоталамические расстройства то исчезают, то возникают вновь после стрессовых ситуаций, то есть протекает с фазами обострения и ремиссии. Признаками фазы обострения выступают появление или усиление головных болей, нарастание массы тела, несмотря на обычную или меньшую энергоемкость рациона и двигательную активность; покраснение стрий, повышение АД, усугубление менструальных нарушений у девочек. При ремиссии стрии бледнеют, снижается масса тела даже при менее строгом соблюдении субэнергоемкой диеты. Из осложнений синдрома следует выделять поликистозную дегенерацию яичников, которая проявляется длительным (более года) нарушением менструального цикла по типу как олигоменореи, так и гиперполименореи; ановуляторной, рентгенологическими признаками увеличения яичников; гиперпролактинемией, сниженной или повышенной продукцией ЛГ, а также миокардиодистрофией. Приводим нашу классификацию гипоталамического пубертатного синдрома.

1. **По этиологии:** после черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, вследствие конституционально-экзогенного ожирения, нейроэндокринной перестройки пубертатного периода, смешанной этиологии.

2. **По клиническому варианту:** с преобладанием ожирения, гиперкортицизма;