

В и С. Общая продолжительность лечения составляла 10 дней.

Сразу после лечения состояние больных обеих групп улучшилось: исчезли слабость, неприятный запах изо рта, отхождение казеозных пробок, прекратились рефлекторный кашель и неприятные ощущения в области сердца, нормализовалась температура. При фарингоскопии дужки миндалин приобретали розовый цвет, а сами миндалины стали плотнее и уменьшились в размерах, лакуны очистились от патологического содержимого. При обследовании больных через 5—8 месяцев после лечения выявлена положительная динамика: ангины не повторялись у большинства из них (58) или протекали легко (2), снизилась интенсивность кожно-аллергологических реакций, миндалины стали плотными, отсутствовали местные признаки хронического тонзиллита. Патогенная флора из лакун исчезла у 58 больных; у 2 больных, у которых ангины повторялись в легкой форме, был выделен золотистый стафилококк.

В 1 и 2-й группах больных с исходно сниженным содержанием Т-лимфоцитов отмечалось восстановление их количества до нормы (60—65%;  $P < 0,01$ ); у больных с исходно нормальным содержанием розеткообразующих клеток их уровень существенно не изменился.

2 больным хроническим декомпенсированным тонзиллитом с рецидивами ангины (из 1 и 2-й групп) через месяц после перенесенной катаральной ангины был повторен курс консервативной терапии.

УДК 616.22—008.5—08

### Л. А. Зиатдинова (Казань). Комплексная фонопедическая коррекция при функциональных дисфониях

В настоящей работе представлены результаты лечения больных с функциональными заболеваниями гортани путем фонопедической коррекции голоса различными методами. С 1991 по 1993 г. нами проведено лечение 2421 больного (см. табл.).

#### Распределение больных в зависимости от нозологической формы дисфонии

Дисфония	Число больных		
	в 1991 г.	в 1992 г.	в 1993 г.
Гипотонусная	379	676	863
Гипертонусная	82	122	299
Всего	461	798	1162

Среди больных преобладали женщины в возрасте от 18 до 60 лет. Длительность заболевания составляла от одной недели до 5 лет и более. Для проведения комплексного лечения отобрана группа больных с гипо- и гипертонусной дисфониями. При сборе анамнеза выяснились причины голосовых нарушений: повышенная голосовая нагрузка и стрессовые ситуации. У некоторых больных дисфония развивалась на фоне воспалительных заболеваний гортани или после перенесенного обострения хронического ларингита. Другими причинами функциональных нарушений голоса были интоксикации и профессиональные вредности.

У всех пациентов с дисфониями отмечены охриплость голоса, изменение его тембра, возникновение спазмов во время речи и пения,

быстрая утомляемость голосового аппарата, укорочение и дискоординация фонационного дыхания, неприятные и болевые ощущения в области глотки и гортани, передней поверхности шеи. У больных с гипертонусной дисфонией наблюдались вялость артикуляционной моторики, повышенная двигательная усталость.

Со всеми больными проводились психотерапевтические беседы. Обязательным для всех больных было соблюдение режима молчания в течение 3—5 дней.

У всех больных был верхнеберберный или среднеберберный тип дыхания, который сопровождался напряжением шейной мускулатуры, что ограничивало подвижность гортани. Поэтому параллельно шла работа над постановкой диафрагмального типа дыхания. Пациенты следили за тем, чтобы вдох осуществлялся через нос для предотвращения излишней сухости в ротовой полости, неприятных субъективных ощущений, навязчивого откашливания, чувства инородного тела в гортани. С этой же целью больные посещали фонопедическую группу, которая занималась дыхательной гимнастикой.

Следующим и основным этапом лечения больных являлась постановка голоса. Основная цель: найти, поставить и закрепить родной, присущий данному пациенту голос, выработать и также закрепить правильные голосоречевые навыки, добиться большей стойкости и выносливости голосового аппарата, восстановления фонационного дыхания, работы резонаторов. Поставленная цель достигается путем вовлечения в процесс голосоведения головного и грудного регистров. Речевые занятия проводились с первого дня знакомства с больными. В зависимости от гипо- или гипертонусной дисфоний больным предлагалось произнести определенные звуки на твердой или мягкой атаке с гласными. Избыточное напряжение и скованность мышц шеи, плечевого пояса снимали ручным массажем или вибромассажем.

Хорошие результаты при лечении таких больных мы получили с помощью аутогенной тренировки (АТ), которая является одним из активных методов психотерапии. С помощью АТ больным удавалось произвольно, сознательно, волевыми усилиями подавить свое нервное напряжение, чувство страха, тревоги. АТ особенно полезна при гипертонусной дисфонии, так как снимает мышечное напряжение органов артикуляции, глотки, гортани. Особенно сложно поставить голос и, тем более, его закрепить у тех больных, которые уже неоднократно лечились у фонопедов. У этих пациентов мы применяли метод наркоспихотерапии, основанной на восприятии больным словесных внушений врача в состоянии неполного барбитурового наркоза, для которого использовали 5% раствор гексенала, амтал и барбитал натрия. Один из этих препаратов вместе с кофеином вводили больному внутривенно. Дозу подбирали индивидуально для каждого пациента. Уже при введении первых доз препарата больные расслаблялись, исчезало напряжение mimической мускулатуры лица и шеи, проходило чувство страха, скованности. Пациенты, находясь в легком полусне, осознавали происходящее. В таком состоянии формирование и закрепление правильных голосовых навыков на фоне словесных внушений

фонопеда проходили быстро и легко и воспринимались больными без особого труда. Продолжительность сеанса составляла 15—20 минут. Первые три дня препарат вводили ежедневно, затем через день и далее через два дня. Лечение проводили курсом от 3 до 10 сеансов.

Первые три сеанса считались отборочными: на них формировали группу больных, у которых были получены положительные результаты по этому методу. В свободные от занятий дни больные закрепляли навыки правильного голосоведения. Все пациенты находились под наблюдением врача-фониатра, который параллельно назначал им медикаментозное лечение. Больных, получивших комплексное лечение, ставили на диспансерный учет. Результаты их электромиографического исследования показали нормализацию тонуса наружных мышц гортани. При непрямой ларингоскопии отмечалось полное смыкание голосовых складок при фонации у 85% леченных больных. У 15% пациентов получены нестойкие результаты, что потребовало их повторной госпитализации. Значительно улучшились акустические показатели. Увеличились сила и длительность вибраций в области головного и грудного резонаторов. Голос у пациентов стал чистым, звучным, улучшился его тембр, исчезли спазмы, неприятные ощущения в области гортани, повысилась выносливость голосового аппарата при речевых нагрузках, нормализовалось фонационное дыхание. Исчезли или уменьшились невротические наслоения, которые усугубляли голосовые расстройства. Сроки лечения больных были сокращены до 2 недель, что позволило им быстрее возвратиться к трудовой деятельности.

УДК 616.366—003.7:532.73

**Р. А. Зулкарнеев, В. К. Половняк, А. Н. Чугунов (Казань). Растворение желчных камней in vitro**

С помощью УЗИ и ЯМР-томографии диагностика камней в желчевыводящих путях значительно улучшилась. В связи с этим число пациентов, желающих избавиться от камней, о существовании которых до обследования они

даже не подозревали, ощутимо растет. Мало-травматичность лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) подкупает, и есть опасность расширения показаний к этой, уже достаточно распространенной операции. Но удаление необходимого для пищеварения органа не исключает возможность возникновения новых болезненных расстройств.

Если холестериновые камни при приеме холановых препаратов могут рассасываться, то кальцифицированные и пигментные остаются, что делает этот метод лечения неполноценным. Холецистография и томография позволяют судить о составе камней, что открывает перспективу лизиса некоторых из них при сохранении пузыря как органа. Для растворения применяются хено-и урсодезоксихолевые кислоты, в частности такие препараты, как хенофальк (хенодиол, хенохол) и урсодиол (урсолван). Они достаточно известны, хорошо переносятся больными, способны рассасывать и умеренно кальцифицированные камни. Но через несколько лет отложения в желчевыводящих путях образуются вновь, и это побуждает искать новые пути в лечении и совершенствовании уже известных методов.

Мы исследовали возможность растворения кальцийсодержащих камней *in vitro*. В первом варианте ионы кальция переводили в растворимую форму в виде комплексоната (трилон Б). Камни размягчались и рассыпались в течение 2—3 дней. Во втором случае вымывание  $Ca^{2+}$  из конгломерата камней добивались путем замещения их на тетраалкиламмонийный катион. Эффект был тот же: камни размягчались и рассыпались в течение 1—2 суток. Поскольку содержание минеральной фазы невелико (всего 5—10%), а холестерин придает поверхности камней гидрофобные свойства, попытки воздействовать на камни через минеральную фракцию себя не оправдывают.

Для лизиса холестериновых камней испытывали бензол, толуол, диметилсульфоксид, диметилформамид, этанол, диметиловый эфир, глицерин, природные и минеральные масла. Наилучший эффект оказывал хлороформ: камни любой природы растворялись в нем в течение 1—5 минут.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.21.008.05

### ТРИДАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ МЕЖРЕСПУБЛИКАНСКОГО СЛУХОУЛУЧШАЮЩЕГО ЦЕНТРА

*Л. Г. Сватко, Г. М. Чекаев, В. И. Галочкин, О. П. Приходько,  
З. Ф. Поликарпова, А. Я. Нугуманов*

*Республиканская клиническая больница (главрач — канд. мед. наук С. В. Абуладзе) МЗ РТ*

В 1995 г. исполняется 30 лет межреспубликанскому слухоулучшающему центру, созданному в 1965 г. в соответствии с приказом Минздрава РСФСР при кафедре болезней уха, горла, носа Казанского медицинского института на базе Республиканской клинической больницы. Предпосылкой к открытию данного центра явилось изменение к

этому времени научной тематики кафедры, а именно разработка вопросов этиологии, патогенеза, диагностики и лечения негнойных и гнойных заболеваний уха. После официального открытия слухоулучшающего центра по оказанию хирургической помощи больным отосклерозом и адгезивными отитами из Татарской, Марийской, Чуваш-