

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 голосообразования. Все пациенты находились под наблюдением врача-лоторина, 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-

ской, Мордовской республик и Кировской области в ЛОР-отделении Республиканской клинической больницы было выделено 10 коек и открыт аудиологический кабинет, оснащенный аудиометрами, ультразвуковой и инфразвуковой установками. С начала 70-х годов начал функционировать кабинет вестибулометрии.

В 1982 г. сурдологический центр для взрослого населения был размещен в новом здании Республиканской клинической больницы, где было открыто отделение слухоулучшающей хирургии на 40 коек, а в поликлиническом отделении размещены кабинеты сурдологической и слухопротезной помощи. Следует заметить, что это отделение было первым в Российской Федерации. Одновременно был организован детский межреспубликанский сурдологический центр.

Поликлиническое отделение сурдологии и слухопротезирования расположено в 8 кабинетах. В отделении имеются аудиометрический и сурдологопедический кабинеты, а также кабинеты по подбору слуховых аппаратов, их последующей реализации, ремонту и изготовлению ушных вкладышей, оснащенные современной слухоизмерительной аппаратурой МА-30, МА-31, речевым аудиометром. В кабинете слухопротезиста находятся АК-5 (ВНР), аудиоплестр АТ-1,5, налажена речевая аудиометрия в свободном звуковом поле. В кабинете сурдопедагога установлена аппаратура «Фильтр 01» для коллективных занятий тугоухих пациентов.

Работа межреспубликанского центра ведется в следующих направлениях:

— оказание консультативной помощи больным сурдологического про-

филя с применением современных методов обследования;

— оказание лечебно-профилактической помощи взрослым с расстройствами слуха;

— реабилитация лиц с тугоухостью и глухотой консервативными методами лечения в консультативной поликлинике и слухоулучшающими операциями, реедукацией и слухопротезированием;

— организационно-методическое руководство сурдологической и слухопротезной помощью населению, подготовка кадров;

— научная работа.

В начальном периоде деятельности сурдоцентра (1965—1980) лечебно-консультативной помощью в стационаре обеспечивались в первую очередь больные с негнойными заболеваниями ушей (отосклерозом, адгезивным средним отитом, болезнью Меньера), нуждающиеся в хирургическом лечении. Так, с 1965 по 1974 г. с такой патологией уха на стационарном лечении находились 2455 больных, в то же время пациенты с кохлеарным невритом составляли значительно меньшую группу (1441), так как они в основном получали консервативное лечение по месту жительства. В последние 15 лет с момента открытия специализированного отделения и расширения возможностей консультативной поликлиники по-прежнему сохраняется тенденция к госпитализации больных с поражениями звукопроводящего аппарата (отосклерозом, хроническим гнойным средним отитом, хроническим адгезивным средним отитом, болезнью Меньера) для реабилитации хирургическими методами лечения (табл. 1).

Как видно из табл. 1, наибольшую долю составляют пациенты с нейросенсорной тугоухостью; к 1990 г. их

Таблица 1

Структура заболеваний ушей по данным консультативной поликлиники межреспубликанского сурдоцентра за 30 лет

Заболевания	Число пациентов по годам					
	1965—1969 гг.	1970—1974 гг.	1975—1979 гг.	1980—1984 гг.	1985—1989 гг.	1990—1994 гг.
Хронические гнойные отиты	1404	1630	906	1423	1365	1351
Адгезивные средние отиты	1154	811	671	893	1273	980
Отосклероз	384	211	171	619	756	510
Болезнь Меньера	164	148	130	247	463	318
Нейросенсорная тугоухость	3157	4232	4007	4738	5713	5323

число увеличилось до 5323. Рост частоты поражений слуха, обусловленных кохлеарными невритами, связан с неблагоприятными условиями труда, воздействием шума, вибрации, вирусной инфекции, нерациональным применением антибиотиков аминогликозидной группы, заболеваниями сосудистой системы.

Число больных с отосклерозом, обратившихся за хирургической помощью остается весьма значительным и составляет за последние пятилетия в среднем 500 — 700 человек. В то же время группа больных с хроническим средним отитом сохраняется в пределах прежних величин. Особо следует отметить во втором периоде (1980 — 1994) увеличение в 2 раза числа лиц с болезнью Меньера.

После полного обследования больным назначают рациональный метод лечения по месту жительства, а в случае необходимости — консервативное лечение и слухопротезирование в условиях консультативной поликлиники. При наличии показаний к слухоулучшающим операциям больных направляют в отделение слухоулучшающей хирургии. На послегоспитальном этапе их долечивают в условиях дневных стационаров.

В первые годы деятельности слухоулучшающего центра хирургическую помощь оказывали в ЛОР-отделении Республиканской клинической больницы, имевшей 10 фиксированных коек. С 1965 по 1974 г. здесь было проведено 545 (24,4%) операций на стремени различными модифицированными способами — от щадящих методов до радикальных (стапедэктомии).

С момента открытия самостоятельного отделения слухоулучшающей хирургии на 40 коек появилась возможность госпитализировать больных не

только с адгезивным средним отитом, болезнью Меньера, но и с хроническим гнойным средним отитом, что потребовало применения новых методик тимпаноластики.

Число больных, перенесших хирургическое вмешательство по поводу отосклероза, за последнее десятилетие, увеличилось почти в 2 раза — 912 операций (табл. 2). Количество операций по поводу адгезивного среднего отита возросло до 1161. При хронических гнойных средних отитах с целью улучшения слуха стали проводить 2 — 3-этапные радикальные вмешательства, включающие радикальные операции с мастоидопластикой, тимпанопластикой с формированием неотимпанальной полости и с оссикулопластикой. При этом показания к слухоулучшающим операциям были расширены за счет больных, ранее перенесших saniрующие, общеполостные операции, а также больных с фиброзирующим средним отитом со значительными морфологическими изменениями медиальной стенки барабанной полости.

Анализ деятельности отделения слухоулучшающей хирургии показывает целесообразность сосредоточения больных с различными слуховыми нарушениями в специальных слухоулучшающих центрах, так как это способствует повышению квалификации и приобретению опыта отомикрохирургами. Результаты не замедлили сказаться: постепенно уменьшается частота послеоперационных осложнений (перфорация тимпанальной лоскута, его рассасывание, появление вторичной холестеатомы, послеоперационный серозный лабиринтит, парез лицевого нерва), улучшаются ближайшие и отдаленные функциональные исходы. Консервативное лечение с использованием новых медикаментозных средств (димефосфона, актовегина и др.) ока-

Таблица 2

Количество слухоулучшающих операций за 10 лет

Заболевания	Годы										Всего
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	
Отосклероз	105	69	93	91	93	96	72	96	119	78	912
Адгезивные отиты, тимпаносклероз	56	69	55	102	157	179	148	121	165	109	1161
Хронические средние гнойные отиты	47	101	139	178	159	141	162	155	248	216	1486
Болезнь Меньера	30	4	3	18	3	4	3	11	3	1	79

зывает благотворное влияние на слуховую функцию больных с острой нейросенсорной тугоухостью и болезнью Меньера на ранних стадиях, уменьшает частоту вестибулярных нарушений.

В консультативной поликлинике в течение 30 лет проводится диспансеризация больных отосклерозом, адгезивным средним отитом, хроническим гнойным отитом и болезнью Меньера, перенесших хирургическое лечение. В диспансерные карты заносятся данные о состоянии слуховой и вестибулярной функций по данным аудиологического и вестибулометрического обследования. В последнее время для эффективного ведения диспансеризации разработана специальная программа с применением средств автоматизации и вычислительной техники. В настоящее время на диспансерном учете в сурдологическом центре находятся 2420 больных с различными нозологическими формами.

С начала функционирования межреспубликанского слухоулучшающего центра его сотрудниками проведена большая организационно-методическая работа. При всех межрайонных ЛОР-отделениях (гг. Бугульма, Альметьевск, Нижнекамск, Зеленодольск, Чистополь) и в других ЦРБ (гг. Тетюши, Сарманово, Мамадыш) были открыты аудиологические кабинеты, а в Набережных Челнах — центр коррекции слуха. В слухоулучшающем центре готовят врачей ординаторов и интернов, которые в соответствии с учебным планом осваивают раздел аудиологии, а на рабочем месте ведут кратковременную подготовку врачей из районов и медсестер, работающих впоследствии лаборантами-аудиометристами. В помощь районам республики, прикрепленным к центру, изданы практические рекомендации на республиканском уровне по разрешению Минздрава РСФСР для внедрения в практику (18 рекомендаций).

В настоящее время в Республике Татарстан разрабатывается программа «Здоровье», куда включен план научно-практических исследований слухоулучшающего центра по проблеме тугоухости. Деятельность межреспубликанского слухоулучшающего центра послужила основой как для накопления клинического материала, так и для его научного обобщения. Кроме совершенствования традиционных методов

исследования слуха, центром были разработаны и внедрены в практику новые способы аудиометрического исследования — выявление чувствительности к ультра- и инфразвукам, определение уровня слухового дискомфорта к различным акустическим сигналам, выяснение чувствительности к тонам в расширенном диапазоне частот, проведение речевой аудиометрии на татарском языке. С целью изучения вестибулярного аппарата предложены пьезо- и электронистагмография. Отдаленные исходы хирургического лечения больных отосклерозом показали, что у некоторых больных с активным отосклеротическим процессом происходит ухудшение слуховой и вестибулярной функций. Для инактивации отосклеротических очагов и стабилизации слуха были разработаны консервативные методы лечения с использованием фтористого натрия и димефосфона, воздействующих как на остеогенез в капсуле лабиринта, так и на иммунологический статус больного.

При нейросенсорной тугоухости, вызванной шейным остеохондрозом, эффективна мануальная терапия, а условленной вирусами, — димефосфон, вазоактивное и антиацидотическое средство. Этот же препарат благоприятно влияет на слуховую и вестибулярную функции у лиц с болезнью Меньера. При нейросенсорной тугоухости, развившейся под влиянием антибиотиков аминогликозидной группы, в качестве профилактического средства применялся гепарин, который образует комплексные нетоксические соединения с антибиотиками этой группы.

Большое внимание во втором периоде существования межреспубликанского слухоулучшающего центра уделялось вопросам хирургической коррекции тугоухости при хронических средних отитах. Применение тимпанопластики, основанной на использовании разнообразных трансплантатов, и модификаций оссиклопластики с формированием неотимпанальной полости было эффективным при учете индивидуальных морфологических изменений, выявляемых на операционном столе. Разработана мастоидопластика с применением различных трансплантатов, включая ксенокостноаутокровяную смесь, которая ускоряет процессы регенерации в мастоидальной полости.

Таким образом, оказание помощи больным с заболеванием органа слуха в специальных слухоулучшающих центрах при условии обеспечения высококвалифицированными специалистами соответствующего профиля, аппаратурой, микроинструментарием является прогрессивной формой реабилитации больных. В условиях консультативной поликлиники вполне возможны функционально-диагностическое обследование больных, проведение консервативной терапии и слухопротезирование. Диспансеризация сурдологических больных в консультативной поликлинике с ведением мониторингового наблюдения позволяет организовать своевременное выявление и профилактику наиболее значимых заболеваний органа слуха. Функционирование отделения слухоулучшающей хирургии в системе слухоулучшающего

УДК 616.21.008.05

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕЖРЕСПУБЛИКАНСКОГО ФОНИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Х. А. Алиматов, А. Ю. Довгалюк, А. И. Раупов, Л. А. Зиятдинова

*Кафедра оториноларингологии (зав.— доц. Х. А. Алиматов)
Казанского медицинского университета, Республиканская клиническая больница
(главврач — канд. мед. наук С. В. Абуладзе) МЗ РТ*

В 1988 г. в Республике Татарстан создан межреспубликанский фониатрический центр (ФЦ). Он функционирует на базе крупной многопрофильной клинической больницы и объединен с ЛОР-стационаром, где выделено 10 фиксированных коек для больных фониатрического профиля. В штате поликлинического и стационарного отделений — по одной ставке фониатра и фонопеда.

Центр оборудован всеми необходимыми лечебно-диагностическими кабинетами, оснащен современной аппаратурой и инструментарием. Структура ФЦ такова: кабинеты врача-фониатра и фонопеда в поликлиническом отделении, кабинет функциональных исследований гортани, где проводится мио- и стробоскопическое обследование больных, осуществляется запись фонограмм, определяется время максимальной фонации. Фонопедический кабинет стационара занимает отдельный художественно оформленный зал с фортепиано. Эндоскопическая операционная стационара оснащена фиброларингоскопом, системой эндовидения, опорным ларингоскопом Кляйнзассера и

центра является неотъемлемой частью хирургической реабилитации больных с нарушением слуха.

Поступила 01.10.94.

THIRTY-YEAR EXPERIENCE OF THE WORK OF THE INTER-REPUBLICAN EAR-IMPROVING CENTRE

*L. G. Svatko, G. M. Chekaev, V. I. Galochkin,
O. P. Prikhodko, Z. F. Polikarpova,
A. Ya. Nugumanov*

Summary

The experience of the work of the inter-republican ear-improving centre giving medical and consulting service to patients with ear diseases for a period of 30 years is presented. The structure and directions of the polyclinic department of the ear-improving centre are given, and the clinical examination using monitoring observation of the ear and vestibular function state of patients after surgical rehabilitation should be given consideration.

набором микрохирургического инструментария. В манипуляционной стационара выделено место для осуществления сеансов наркогипнотерапии. Имеется кабинет ингаляционной терапии: здесь можно получить ультразвуковые ингаляции различными препаратами, а также масляные ингаляции.

Специалисты ФЦ прошли стажировку в Московском и Санкт-Петербургском НИИ уха, горла, носа и речи. Консультативную и лечебную работу центр ведет совместно с сотрудниками ЛОР-кафедры Казанского медицинского университета.

Анализ данных обращаемости в ФЦ в течение 5 лет с 1989 по 1993 г. показал, что общее число посещений с 1177 в 1989 г. выросло до 3078 в 1993 г., причем в 1989 г. было принято 927 первичных больных, в 1993 г. — 2758. В структуре первичной обращаемости за фониатрической помощью доминируют хронические ларингиты, далее следуют функциональные дисфонии. 79,8% посещения приходится на лиц в возрасте от 25 до 60 лет.

Догоспитальное обследование боль-