

руктивного вмешательства с целью улучшения слуха (на этапе санации или на втором этапе) следует очень бережно относиться к непораженным участкам слизистой оболочки и слуховых косточек. При хроническом секреторном среднем отите (ХССО) особое внимание нужно уделять восстановлению проходимости адитуса, аттики, заднего тимпанального синуса и промыванию слуховой трубы. При хронических мезотимпанитах с выраженным мукозитом оптимальна операция раздельной аттико-антротомии с тимпанопластикой и длительным дренированием барабанной полости через антрум (12—14 дней). В случаях легкого мукозита допустима трансмеатальная тимпанопластика с введением дренажной трубки под меатотимпанальный лоскут. При перфоративных и неперфоративных ХССО тубарная функция, как правило, значительно нарушена, поэтому необходим курс послеоперационной электростимуляции тубарных мышц [1]. После шадящей санацирующей операции «закрытого» типа, выполненной по поводу ограниченной или кистозной холестеатомы, обязательна хирургическая ревизия (через 7—12 мес) участка расположения холестеатомы. Одной из неблагоприятных форм ХСО является тимпанофиброз, который требует тимпанотомии с неполным иссечением фиброзной ткани, укладкой силиконовых пленок и введения под меатотимпанальный лоскут дренажной трубки. Оправдано 3—4-этапное формирование эпителиальной выстилки формируемой барабанной полости; после каждой операции необходимы электростимуляция тубарных мышц и введение в барабанную полость лекарственных препаратов.

4. Для оссикюлопластики наиболее целесообразно использовать ауто(гомо)хрящ или аутокость для возмещения небольших дефектов косточек. Применение искусственного материала оправдано при неблагоприятных анатомических условиях. Для миринголастики наиболее подходящим материалом является аутофасция, дополняемая при больших дефектах барабанной перепонки аутохрящевой пластинкой (ушной раковины). С целью предотвращения западения трансплантата рационально введение в полость коллагеновой губки (пленки) с лекарственным наполнителем (хитотрипсин, метилурацил, антибиотик и др.) [4].

5. При отосклерозе, по нашему мнению, оптимальным материалом для замены стремени является аутохрящ. Тефлоновый протез может

применяться в редких ситуациях — при неблагоприятных анатомических условиях или (еще реже) при облитерирующем отосклерозе. Операция на единственно слышащем ухе не показана; при подозрении на отоспонгиозную форму необходимы 2—3 курса предоперационной инактивирующей терапии.

6. При травмах среднего уха (механических, баротравмах), сопровождающихся ушным шумом или легкой заложенностью, тем более головокружением или глухотой, необходима тимпанотомия с ревизией окон лабиринта, так как часто обнаруживаются фистулы окон лабиринта. При внезапной глухоте примерно у 26—30% больных выявляют разрыв вторичной мембраны.

7. Метод лазеродеструкции (избирательной) лабиринта при болезни Меньера, как показали наши многолетние наблюдения, весьма эффективен, так как избавляет больных от приступов головокружения (слух сохраняется на дооперационном уровне) и снижает вероятность развития гидропического процесса в другом ухе. Данный метод оправдал себя и при холестеатомных фистулах полукружных каналов и основаниях стремени, сопровождающихся прескорным головокружением; при этом слух также сохраняется на дооперационном уровне [3]. Операцию больные переносят хорошо, ощущая легкий «щелчок» в ухе. Лазерная энергия подается к костной капсуле через кварцевый световод короткими импульсами (всего 4—6).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Антонян Р. Г.* Функциональные нарушения слуховой трубы и разработка способа их коррекции при различной патологии среднего уха: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.—М., 1984.
2. *Вульштейн Х.* Слухоулучшающие операции: Пер. с нем.—М., 1972.
3. *Гаров Е. В.* Сб. МНИИ уха, горла и носа РФ.—М., 1994.
4. *Корвяков В. С.* Сб. тр. МНИИ уха, горла и носа РФ.—М., 1994.
5. *Погосов В. С.* Атлас оперативной оториноларингологии.—М., 1983.
6. *Преображенский Н. А.* Тугоухость.—М., 1978.
7. *Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П.* Заболевания среднего уха.—М., 1988.

Поступила 27.11.94.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 061.75

ПРОФЕССОР НИКОЛАЙ НИКОЛАЕВИЧ ЛОЗАНОВ

В августе 1994 г. исполнилось 90 лет со дня рождения заслуженного деятеля науки РСФСР, профессора Николая Николаевича Лозанова.

Николай Николаевич родился в 1904 г. в Саратове. По окончании Саратовского медицинского института в 1927 г. Н. Н. Лозанов был принят младшим научным сотрудником в Саратовский научно-исследовательский институт физиологии верхних дыхательных путей, где с 1930 по 1932 г. занимался в аспирантуре. Выполнение им за эти годы ряда оригинальных работ по эмбриогистологии глоточно-

го лимфоаденонидного кольца, а также по профессиональной травматизации уха в условиях шумного производства явилось основанием для утверждения его в 1932 г. в должности доцента клиники социального здоровья (отделение уха, носа и горла) в Ленинградском институте физической культуры им. Лесгафта. Плодотворно работая, он обобщил здесь свои научные исследования по физиологии вестибулярного анализатора и в 1936 г. успешно защитил докторскую диссертацию.



В 1937 г. Н. Н. Лозанов был избран заведующим кафедрой оториноларингологии Башкирского медицинского института, а с 1939 г. до 1968 г. возглавлял кафедру оториноларингологии Казанского медицинского института и одновременно по совместительству с 1939 по 1950 г. — кафедру оториноларингологии Казанского института усовершенствования врачей.

Во время Великой Отечественной войны Н. Н. Лозанов руководил службой оказания хирургической оториноларингологической помощи раненым в эвакуационных госпиталях, расположенных в Казани. В эти годы он разработал методы лечения боевых травм ЛОР-органов, среди которых выделяются новые способы пластических операций при травматических стриктурах и атрезиях наружного слухового прохода и носа, а также методы лечения стойких стенозов гортани.

В послевоенные годы научные интересы проф. Н. Н. Лозанова сосредоточились на

проблемах мирного времени: ангины и хронический тонзиллит, ЛОР-онкология, внутричерепные отогенные осложнения, для успешной диагностики которых в руководимой им клинике впервые в Казани был введен метод электроэнцефалографии (1956). Им был предложен метод щадящей операции на гортани при раковом поражении — экзентерация гортани, позволяющая сохранять ее функцию.

Н. Н. Лозановым написана глава «Болезни глотки» в руководстве для врачей под редакцией проф. В. Ф. Ундрица, вышедшем в 1969 г. и ставшем настольной книгой для врачей-оториноларингологов на многие годы. Он автор 80 печатных научных работ по актуальным вопросам оториноларингологии, в том числе 4 монографий. Под его руководством выполнены и защищены 18 кандидатских и 3 докторские диссертации.

В 1966 г. Н. Н. Лозанову присвоили звание заслуженного деятеля науки РСФСР, дважды он был награжден орденом Трудового Красного Знамени и различными медалями.

С 1939 г. по 1970 г. Н. Н. Лозанов был председателем правления Казанского научного общества оториноларингологов, представлял казанских ученых в редакционном совете журнала «Вестник оториноларингологии». С 1957 по 1967 г. Николай Николаевич возглавлял редколлегию «Казанского медицинского журнала». Работе в нашем журнале он посвятил много энергии и времени. Его всегда отличало принципиальное, но очень доброжелательное отношение к авторам. Это выразилось в тщательном редактировании рукописей, стремлении расширить объем журнала, опубликовать первые работы молодых ученых и врачей.

Н. Н. Лозанов скончался в Москве. Светлая память о нем сохраняется в сердцах его преданных учеников до настоящего времени.

Редколлегия «Казанского медицинского журнала»

Правление Казанского отделения Российского общества оториноларингологов

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭНДОХИРУРГИИ. ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ»

(г. Казань, 7—8 сентября 1994 г.)

Организаторами этой конференции явились руководители находящейся в Казани ассоциации эндохирургии Татарстана — канд. мед. наук В. В. Одинцов, А. Н. Чугунов, И. В. Федоров и технический руководитель А. Е. Морошек. В работе конференции принимали участие известные своими трудами в этой области профессора Ю. И. Галингер, А. Д. Тимошин, К. В. Лапкин, С. Г. Шаповальянц, А. А. Гуляев, канд. мед. наук А. С. Балыкин, А. Я. Андреев, С. В. Штыров, хирурги казанских клиник.

Научно-технические достижения в республике, в частности по разделу оптики, позволили в короткий срок, благодаря инициативе молодых врачей-ученых, создать фирму-производитель оборудования для эндохирургии. По оценке специалистов, выпускаемая аппара-

тура приближается по качеству к зарубежным аналогам, однако ее стоимость и доставка на место значительно дешевле. Благодаря созданной ассоциации НПФ «Эндомедиум», появилась возможность развивать этот раздел хирургии и в России, что единодушно отметили все участники конференции. Прослушав все доклады конференции и приняв участие в их обсуждении, мне бы хотелось изложить собственное мнение об этой проблеме с позиции клинической анатомии, основанной на клинико-морфофункциональном анализе.

Клинико-анатомическим обоснованием эндохирургии является интра- или мезоперитонеальное расположение органов брюшной полости, а также синтопия — взаимоотношение оперируемых органов с рядом лежащими органами и тканями. Внутрибрюшинное распо-