

дежный эффект излечения гипотонического синдрома, не требует повторных вмешательств или комбинаций ее с другими методами лечения. Этот способ хирургического лечения постконтузионной гипотонии глаза можно рекомендовать для широкого применения в офтальмотравматологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисенко И. Ф., Перламутрова В. В.// Вестн. офтальмол.—1983.— № 4.— С. 32—33.
2. Волков В. В., Гацу А. В.//Офтальмохирургия.—1989.— № 3—4.— С. 70—72.
3. Гундорова Р. А., Петропавловская Г. А. Тупые травмы.— М., 1975.
4. Кобзева З. И., Дудинов О. О. Авт. свид-во № 1482693 от 01.11.1989 г. на «Способ хирургического лечения отслойки цилиарного тела».
5. Родзевич Г. З., Пайкина О. Л. Новые методы диагностики и лечения повреждения органа зрения.— Калининград, 1987.

УДК 616.318—08

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯЗЫКА И ЕГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

(клинико-статистические аспекты)

И. Г. Ямашев

Кафедра хирургической стоматологии (зав.— проф. И. Г. Ямашев)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Язык, возникший в филогенезе как орган механического действия и осязания, в ходе эволюции стал выполнять самые разнообразные функции, которые влияют не только на жизнедеятельность организма, но и на связь человека с внешним миром и обществом. Именно его многофункциональность, анатомо-топографические особенности и определенная защищенность от внешних травмирующих воздействий свидетельствуют о большом значении, какое придала природа этому органу. В этой связи особый интерес представляют патологические состояния языка и его травмы. Вместе с тем в отечественной и зарубежной литературе не уделено должного внимания вопросам распространенности заболеваний и травм языка, особенностям клинического проявления и продолжительности лечения тех его болезней, по поводу которых пациентов госпитализируют в челюстно-лицевые стационары.

Изучена заболеваемость болезнями и травмами языка по материалам обращаемости в МСЧ КАПО им. С. П. Горбунова за 30-летний период

6. Родзевич Г. В., Пайкина О. Л., Панькин С. В., Светлова О. В. Тезисы докладов научно-практической конференции, посвященной 110-летию со дня рождения С. В. Очаковского.— Краснодар, 1988.

7. Demeller U.//Eys.—1988.— Vol. 2.— P. 77—79.

Поступила 22.06.94.

NEW METHOD OF THE SURGICAL TREATMENT OF PERSISTENT POSTCONTUSION HYPOTONY

N. Kh. Khasanova, F. S. Amirova

Summary

The efficacy of the new operation — the supraciliary slit blockade by means of biotissue in persistent postcontusion hypotony — developed by Z. I. Kobzeva, professor, is analyzed. The reasonably high efficacy, realization ease of the operation allow to recommend it for the wide clinical use.

(1961—1990) и за 3 года (1987—1989) в стоматологическую поликлинику № 2 г. Казани. В соответствии с задачами исследования по этим учреждениям выкопированы и углубленно проанализированы 60487 индивидуальных карт амбулаторных больных. Кроме того, проанализированы 555 историй болезни лиц, госпитализированных по поводу заболеваний и повреждений языка (ЗПЯ) в челюстно-лицевые отделения лечебно-профилактических учреждений Министерства здравоохранения РТ и Казанского городского управления здравоохранения в 1961—1990 гг.

Анализ эпидемиологии ЗПЯ показал, что их частота составляет $1,89 \pm 0,18$ случая на 10 тысяч взрослого городского населения. Установлено, что поражения языка наиболее характерны для женской части населения ($P < 0,01$). Чаще всего они выявлялись у лиц в возрасте 40 и более лет с пиком заболеваемости в 60—69 лет — в этом периоде уровень заболеваемости в 2 с лишним раза превышал средний показатель по всему населению.

На долю заболеваний языка приходилось 83%, а его повреждений — 17%.

Частота случаев госпитализации по поводу ЗПЯ составляла $0,05 \pm 0,008$ случая на 10 тысяч взрослого населения и не имела ярко выраженной тенденции. Уровень госпитализации мужчин был существенно выше, чем женщин ($P < 0,05$). Наиболее нуждающимися в госпитализации группами населения являлись лица 50—59 лет. Среди них частота госпитализации была в 9 раз выше, чем у возрастной группы 20—29 лет. В структуре госпитализированных основную долю составляли больные неспецифическими гнойно-воспалительными заболеваниями (22,2%), новообразованиями (44,9%) языка и его повреждениями (22,5%). Оперативному лечению подверглись 73,7% больных ЗПЯ.

Стационарное лечение больных ЗПЯ длилось в среднем $12,6 \pm 0,4$ дня, и его сроки существенно не менялись в течение 30 лет. Пациенты, которые не нуждались в хирургическом лечении ЗПЯ, находились в стационаре меньше дней ($10,7 \pm 0,9$), чем лица, перенесшие операции ($13,3 \pm 0,5$; $P < 0,05$).

Исследования показали, что на догоспитальном этапе каждый четвертый пациент с неспецифическим гнойно-воспалительным заболеванием языка имел ошибочный диагноз, что объясняется, по нашему мнению, неполным клиническим обследованием больного и недостаточной осведомленностью врачей в вопросах клиники заболевания.

При выяснении источника и путей внедрения инфекции, вызвавшей развитие воспалительного процесса в языке, установлено, что его возникновение обуславливалось прежде всего острой респираторно-вирусной инфекцией и заболеваниями ЛОР-органов (58,5%) и в меньшей степени — одонтогенными причинами. Тем самым подтверждено, что между возникновением и развитием воспалительных заболеваний языка и патологическими процессами в ЛОР-органах существуют тесные и весьма многосторонние связи. Следовательно, чем шире и полнее они выявляются при обследовании больного, тем яснее предстает сущность заболевания и точнее формулируется диагноз.

Симптоматика неспецифических гнойно-воспалительных заболеваний языка характеризовалась разнообразием (частота выявляемости основных местных симптомов при них отражена в таблице).

Выявляемость основных местных симптомов неспецифических гнойно-воспалительных заболеваний языка (в %)

Симптомы	Есть	Нет
Лимфаденит (поднижнечелюстных и подподбородочных узлов)	84,55	15,45
Нарушение глотания	91,06	8,94
Патологическое состояние небных миндалин	63,41	36,59
Ограничение открывания рта	15,45	84,55
Ограничение движений языка	85,37	14,63
Боль при пальпации языка	96,75	3,25
Инфильтрат при пальпации языка	86,99	13,01
Флюктуация при пальпации языка	11,38	88,62

Можно выделить следующие их клинические формы: 1) по течению — острое, хроническое, обострение хронического; 2) по тяжести — легкое течение, средней тяжести, тяжелое; 3) по распространенности — генерализованное, локализованное; 4) по глубине поражения — поверхностное (подслизистое), глубокое (межмышечное), с распространением или без распространения на соседние анатомические образования; 5) по характеру осложнений — неосложненное, осложненное.

При неспецифических гнойно-воспалительных заболеваниях языка продолжительность лечения в стационаре составляла в среднем $8,52 \pm 0,41$ дня. На сроки лечения сказывались возраст пациентов, давность заболевания, локализация гнойного очага и оперативный доступ к нему (наружный либо внутритротовой). Среди них особое место занимали клиника заболевания, которая в последнее время протекает тяжело, и применение наружного разреза для вскрытия гнойного очага, что увеличивало продолжительность лечения более чем в 1,5 раза ($P < 0,01$). Оперативные вмешательства в виде вне- и внутритротового разреза проводились у 69,9% больных.

У 63,2% госпитализированных по поводу повреждений языка были ост-

рые травмы, у 26,4% — хронические, у 10,4% — посттравматические дефекты и деформации. Клиническая картина острых повреждений зависела от особенностей травмирующего агента. Так, механические травмы языка преимущественно возникали в результате прикусывания его зубами, ожоги — после кратковременного действия кристаллического перманганата калия и нашатырного спирта.

Хронические повреждения языка (декубитальные язвы), располагаясь преимущественно на боковой поверхности средней трети органа, обычно не вызывали диагностических затруднений. Вместе с тем у части лиц заключительный диагноз был возможен лишь после гистологического исследования.

При повреждениях языка продолжительность лечения в стационаре составляла в среднем $12,7 \pm 1,1$ дня, в том числе при острых травмах — $11,5 \pm 1,6$ дня, при хронических (декубитальных язвах) — $15,9 \pm 1,7$ ($P > 0,05$).

При изолированных ранах языка примерно у каждого второго—третьего пациента первичная хирургическая обработка (ПХО) производилась в амбулаторных условиях. Анализ течения послеоперационного периода у этих лиц и лиц, которым ПХО выполняли в условиях клиники, показал, что у вторых осложнения возникают реже, чем у первых ($P < 0,01$). Последнее, по нашему мнению, объясняется тем, что врачи поликлинических учреждений без должного внимания относятся к необходимости тщательного гемостаза при ранах языка, а также это обусловлено поверхностным наложением швов.

При доброкачественных опухолях и опухолеподобных образованиях языка на догоспитальном этапе у 46% больных был поставлен ошибочный диагноз. После клинического обследования в специализированном стационаре частота диагностических ошибок снизилась до 29,8%. У лиц в возрасте до 19 лет диагностические ошибки были достоверно ($P < 0,05$) реже, чем в 40 лет и старше.

При врожденных новообразованиях языка диагностические ошибки были крайне редки, что отличало их от образований, развившихся после рожде-

ния ($P < 0,01$). У пациентов с давностью появления первых признаков новообразования до 3 месяцев ошибки диагностики возникали чаще, чем у больных, у которых длительность заболевания достигала одного года и более ($P < 0,05$). Значительные затруднения для клинической диагностики представляли доброкачественные опухоли, располагавшиеся на кончике языка.

Изучение особенностей клинического течения различных морфологических вариантов доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований языка позволил нам систематизировать их в следующем порядке:

1) по локализации — кончика, передней, средней, задней трети, нижней поверхности языка или двух и более его отделов;

2) по распространенности — ограниченные, диффузные, с переходом или без перехода на соседние анатомические области и образования;

3) по глубине расположения — в пределах слизистой оболочки или под ней, между мышцами, во всех слоях;

4) по форме — узловатые, полипозные, ворсинчатые;

5) по консистенции — мягкие, плотные, плотно-эластические;

6) по цвету — отличающиеся, не отличающиеся от слизистой оболочки;

7) по наличию или отсутствию осложнений.

В свою очередь объемные изменения языка в виде макроглоссии классифицировались следующим образом:

1) по происхождению — врожденные, приобретенные;

2) по распространенности — половины, всего языка, в продольном, поперечном или вертикальном направлении либо в их сочетании;

3) по вовлеченности в процесс тканевых структур — одной (например, мышечной, кровеносной, лимфатической), нескольких или всех;

4) по степени клинической выраженности — первой (язык помещается за зубным рядом), второй (язык выходит из-за зубного ряда, располагаясь между верхними и нижними зубами в пределах полости рта), третьей (язык выходит за пределы ротовой щели).

Такая систематика, способствуя

улучшению качества диагностики доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований языка, вместе с тем не исключала необходимости обязательного их гистологического исследования.

Хирургическому лечению доброкачественных новообразований языка подверглись 83,9% больных. При этом по поводу лимфангиом и гемангиом оперировали реже (соответственно 15 из 23 лиц и 61 из 85), чем по поводу других новообразований. Этот факт объяснялся тем, что при сосудистых опухолях в качестве альтернативы часто выступала склерозирующая либо противовоспалительная (при лимфангиомах) терапия.

При новообразованиях языка продолжительность лечения в стационаре составляла в среднем $14,2 \pm 0,7$ дня. При этом сроки лечения доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований языка в определенной степени зависели от давности появления первых признаков заболевания. Так, если с момента их появления проходило не более 3 месяцев, то стационарное лечение оперированных больных длилось в среднем $11,2 \pm 0,5$ дня, 12 месяцев — $12,7 \pm 1,6$ дня, 3 года — $14,2 \pm 1,6$ дня, свыше 3 лет — $17,1 \pm 2,4$ дня. При локализации новообразований в области кончика языка сроки их лечения были меньше ($10,8 \pm 1,1$), чем при опухолях корня языка ($16,2 \pm 2,1$; $P < 0,05$). При распространении опухолевого процесса на два и более отделов языка продолжительность лечения увеличивалась до $19,0 \pm 3,0$ дня, при осложнениях послеоперационного периода — в 2 раза ($P < 0,05$).

Анализ продолжительности госпитального периода в зависимости от морфологического варианта доброкачественных новообразований языка показал, что пациенты с гемангиомами находились в стационаре в среднем $13,9 \pm 0,9$ дня, с лимфангиомами — $17,7 \pm 3,9$, с папилломами — $12,2 \pm 1,0$, со слизисты-

ми кистами — $10,4 \pm 1,0$, с тиреоглоссальными кистами — $24,4 \pm 6,1$ и прочими опухолями — $18,9 \pm 4,7$ дня. Самым продолжительным был дооперационный период у больных с лимфангиомой языка, что отличало его от дооперационного периода больных с папилломой ($P < 0,01$), фибромой ($P < 0,05$), слизистой ($P < 0,05$) либо тиреоглоссальной кистой ($P < 0,01$). Послеоперационный период был максимальным у больных с тиреоглоссальной кистой, что достоверно отличало его от послеоперационного периода больных с фибромой ($P < 0,001$). Отсутствие одинаковой продолжительности лечения при различных морфологических вариантах доброкачественных новообразований языка, а также до- и послеоперационного периодов, по нашему мнению, объясняется их клиническими особенностями.

В заключение следует подчеркнуть, что наши данные, характеризующие распространенность, особенности клинического проявления заболеваний и повреждений языка, приводящие к временной утрате трудоспособности, сроки продолжительности их стационарного лечения свидетельствуют о целесообразности и перспективности формирования нового научного направления в медицине — лингвологии. Многие аспекты, связанные с заболеваниями языка, к настоящему времени изучены явно недостаточно.

Поступила 14.02.95.

TONGUE DISEASES AND INJURIES (clinico-statistical aspects)

I. G. Yamashev

Summary

The results of clinico-statistical analysis of the tongue diseases and injuries are presented. It is found that their incidence comprises $1,89 \pm 0,18$ cases for 10 000 of adult urban population. The duration of the hospital treatment is $12,6 \pm 0,4$ days. The clinical classifications of nonpeculiar pyo-inflammatory diseases and benign tumors of the tongue are recommended. As many as 73% of the patients with tongue diseases and injuries withstood the operative treatment.