

ISSN 0368—4814

КАЗАНСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

ТОМ
LXXVI

1

1995

Казанский мед. ж., т. 76, 1995, № 1, 1—80.

Редакционная коллегия

- Д. М. Зубаиров (главный редактор),
Д. К. Баширова, В. Ф. Богоявленский (зам. главного редактора),
М. Х. Вахитов, Х. З. Гафаров, М. М. Гимадеев (зам. главного редактора),
Л. А. Козлов, И. А. Латфуллин, Р. И. Литвинов (отв. секретарь),
В. Н. Медведев, И. З. Мухутдинов, И. Г. Низамов,
О. И. Пикуза, Н. С. Садыков, И. А. Салихов, Э. Н. Ситдыков,
Л. А. Щербатенко

Редакционный совет:

Н. Х. Амиров (Казань), А. А. Визель (Казань), А. Н. Галиуллин (Казань), В. И. Галочкин (Ульяновск), В. А. Германов (Самара), З. Ш. Гилязутдинова (Казань), Д. Ш. Еналеева (Казань), В. Ф. Жаворонков (Казань), Ш. З. Загидуллин (Уфа), И. А. Ибатуллин (Казань), М. Ф. Исмагилов (Казань), Ф. З. Камалов (Казань), Б. А. Королев (Нижний Новгород), А. Ф. Краснов (Самара), В. А. Кузнецов (Казань), Л. А. Лещинский (Ижевск), М. З. Миргазизов (Казань), М. К. Михайлов (Казань), А. П. Нестеров (Москва), Г. Г. Нуреев (Казань), В. П. Рассанов (Йошкар-Ола), И. М. Рахматуллин (Казань), М. Р. Рокицкий (Казань), И. Г. Салихов (Казань), Е. П. Сведенцов (Киров), В. С. Семенов (Чебоксары), Г. А. Смирнов (Казань), В. В. Талантов (Казань), Ф. Х. Фаткуллин (Казань), Р. У. Хабриев (Москва), Х. С. Хамитов (Казань), А. Д. Царегородцев (Москва), Х. М. Шульман (Казань)

Издается с 1901 года
Выходит 6 раз в год

Подписка принимается во всех почтовых отделениях СНГ.

Адрес редакции «Казанского медицинского журнала»
г. Казань, ул. Декабристов, 2. Тел. 53-70-74

Корреспонденцию направлять по адресу:
420066, г. Казань, а/я 53

Литературный редактор А. Ш. Закирова
Технический редактор А. И. Никиткова

Сдано в набор 28.12.94 г. Подписано в печать 14.02.95 г. Формат издания 70 × 108 1/16. Бум. тип. № 2.
Гарнитура литературная. Объем 5 п. л. Уч. изд. п. 10,7. Зак. А-647.

Типография газетно-журнального издательства. 420066, Казань, Декабристов, 2.

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ЯНВАРЬ
ФЕВРАЛЬ

1995

1

ТОМ
LXXVI

ИЗДАНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАТАРСТАНА,
СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ ТАТАРСТАНА И
КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

УДК 618.21:61(091)

ЛХХ ЛЕТ КАФЕДРЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Началом развития оториноларингологии в Казани следует считать 1925 г. — время открытия оториноларингологической кафедры и клиники при медицинском факультете Казанского университета. Ее создание было осуществлено проф. В. К. Трутневым.

В первые годы деятельности кафедры была проведена большая работа по укомплектованию клиники и учебных кабинетов инвентарем, инструментарием и наглядными пособиями. Большое внимание уделялось подбору педагогических кадров начиная со студенческих кружков, с подготовки ординаторов и аспирантов, из числа которых вышли многие известные специалисты, преподаватели и научные работники. Первым ассистентом, а впоследствии и доцентом кафедры оториноларингологии был С. П. Яхонтов, проработавший в клинике с 1925 по 1964 г. и вложивший в ее организацию все свои способности и инициативу. Первыми воспитанниками клиники были доцент Казанского ГИДУВа П. Д. Буев, профессора Б. Н. Лебедевский (г. Пермь), В. В. Громов (г. Казань), В. А. Чудноговетов (г. Махачкала), Д. Н. Матвеев (г. Хабаровск), Н. А. Бобровский и Н. Н. Щербатов (г. Москва), З. И. Вольфсон (г. Волгоград), О. М. Мукосеева (г. Караганда).

С 1927 г. в Казани начало функционировать научное оториноларин-

гологическое общество, которым уже в 1929 г. был организован краевой съезд.

300 докладов в научном обществе и свыше 100 печатных работ, относящихся к довоенному периоду, освещали ряд актуальных проблем. Казанские оториноларингологи изучали преимущественно в клиническом аспекте воспалительные заболевания носа и придаточных пазух, глотки, острые и хронические стенозы гортани, мастоидиты, внутричерепные воспалительные осложнения, совершенствовали технику бронхоэзофагоскопии при инородных телах, опухолях и нагноительных процессах. Много внимания уделялось разработке теоретических вопросов, в частности эмбриологии верхних дыхательных путей и уха методом пластических реконструкций и экспериментального морфогенеза. В результате этих работ изучено эмбриональное развитие носа, параназальных пазух и внутреннего уха. Другая серия теоретических изысканий была направлена на изучение роли верхних дыхательных путей. В результате раскрыт физиологический механизм известного теперь вредного влияния выключения носового дыхания на организм. В связи с отъездом проф. В. К. Трутнева до сентября 1939 г. кафедрой руководил доктор мед. наук З. И. Вольфсон, а после на должность заведующего был избран проф. Н. Н. Лозанов,

возглавлявший ранее кафедру в г. Уфе. В связи с войной в Финляндии повысился интерес к проблемам военной оториноларингологии, на заседаниях Казанского научного общества оториноларингологов стали систематически обсуждаться вопросы диагностики и лечения травм ЛОР-органов и их осложнений, военной экспертизы.

С началом Великой Отечественной войны и развертыванием большого количества госпиталей в Казани в центре внимания всех сотрудников кафедры стало лечение раненых, изучение течения и исходов ЛОР-травм. Этой работой они занимались как мобилизованные в Красную Армию или как консультанты и ведущие хирурги ЛОР-отделений госпиталей, причем одновременно преподавали оториноларингологию студентам, число которых значительно увеличилось за счет эвакуированных.

В военное время были защищены докторская диссертация В. В. Громыным, посвященная проблеме зависимости желудочной секреции от носового, ротового и трахеального дыхания, и кандидатская диссертация Г. А. Жарковским по вопросам слуховых расстройств при сифилисе.

В первые послевоенные годы сотрудники кафедры обобщили опыт лечения боевых травм глотки, трахеи и пищевода. Описание предложенной Н. Н. Лозановым дилатационной Т-образной резиновой трубки в комбинации с трахеотомической трубкой для лечения огнестрельных стенозов гортани вошло в многотомное издание «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.» В нем же изложена техника операций при огнестрельных стенозах слухового прохода по методу Н. Н. Лозанова.

Деятельность кафедры с 1950 по 1965 г. характеризуется переходом от военной тематики к разработке актуальных вопросов современной оториноларингологии. Уже на V Всесоюзном съезде оториноларингологов ЛОР-клиника института выступила с новой проблематикой, посвященной вопросам ЛОР-онкологии, отогенным внутричерепным осложнениям, слуховому протезированию, электроэнцефалографической диагностике ослож-

ненных форм хронического гнойного среднего отита.

С 1965 г. по настоящее время кафедра изучает этиологию, патогенез, совершенствует методы диагностики негнойных и гнойных заболеваний уха (отосклероз, адгезивные отиты, нейросенсорная тугоухость, болезнь Меньера, хронические гнойные средние отиты), способы ранней диагностики функциональных заболеваний гортани и опухолей ЛОР-органов, а также занимается разработкой наиболее рациональных комбинированных методов их лечения.

Исследование проблемы тугоухости стало возможным с момента создания слухоулучшающего центра (1965 г.) по оказанию лечебной помощи больным с различными формами этого заболевания из Татарской, Марийской, Чувашской, Мордовской, Удмуртской республик и Кировской области. Деятельность этого центра, расположенного на базе РКБ, послужила основой как для накопления клинического материала, так и для его научного обобщения.

В связи с внедрением микрохирургических вмешательств у больных отосклерозом возникла необходимость в совершенствовании методов дифференциальной диагностики различных форм тугоухости.

Исследование слуховой чувствительности ультразвуком по методу Б. М. Сагаловича и К. П. Покрываевой (1963) у больных отосклерозом определило нормальные пороги независимо от степени потери слуха на тоны обычного (слышимого) спектра частот. Поэтому нормальные пороги ультразвукового восприятия при далеко зашедшей стадии отосклероза несмотря на признаки нарушения звуковосприятия служат основанием для хирургического вмешательства (Л. Г. Сватко, Л. Д. Нестерова, Р. В. Холопова, В. И. Галочкин, 1967). Тест слухового дискомфорта может быть использован в оценке дооперационного состояния и реакции внутреннего уха на хирургическую травму при слухоулучшающих операциях у больных отосклерозом. При нейросенсорной тугоухости уровень слухового дискомфорта на тоны и речь не претерпевает заметных отклонений от нормальных показателей (А. И. Тузик, 1979).

Необходимость аудиологического обследования лиц татарской национальности потребовала разработки артикуляционных таблиц на татарском языке для оценки слуховой функции у здоровых и больных с различными формами тугоухости. Их можно применять как с дифференциально-диагностической целью, так и для слухопротезирования и обучения сурдопедагогом глухих и тугоухих (Р. М. Нурсаитова, 1988).

Наряду с глубоким изучением слуховой функции тугоухих больных проводились исследования вестибулярного аппарата. Были разработаны объективные методы регистрации вестибулярных нарушений — пьезо- и электронистагмография (Л. Д. Нестерова, 1968). Согласно данным вестибулометрии, у половины больных отосклерозом выявлены вестибулярные расстройства, а также реакция внутреннего уха в послеоперационном периоде. Эти исследования позволяют судить о травматичности хирургического вмешательства на ухе.

Для совершенствования рентгенологического метода исследования и количественной оценки плотности костной капсулы улитки при отосклерозе был разработан метод фотометрического анализа плотности костной капсулы. Выявлена достоверная разница в плотности кости улитки при различных степенях тугоухости у больных отосклерозом. У пациентов с нейросенсорной тугоухостью и адгезивным отитом костная плотность оставалась нормальной (В. И. Галочкин, 1969).

В результате расширения диагностических возможностей и успехов хирургического лечения больных отосклерозом представилась возможность изучить патогенез отосклероза с новых позиций. Исследования показали, что в развитии отосклеротического процесса важная роль принадлежит наследственной предрасположенности лабиринтной капсулы к восприятию многих внешних и внутренних воздействий, вызывающих отосклеротическую перестройку костной капсулы лабиринта. При этом наследуется не само заболевание, а предрасположенность к нему, которая лишь под влиянием экзогенных или эндогенных факторов переходит в отосклеротический процесс. Роль пусковых механизмов

могут играть эндокринные нарушения, сдвиги витаминной обеспеченности, нейротрофические расстройства, инфекционные заболевания и хроническая акустическая травма. Имеет значение и особенность строения лабиринтной капсулы (характер васкуляризации, наличие эмбриональных остатков в энхондральном слое и пр.).

При гистохимическом изучении отосклеротических очагов были выделены 2 стадии их развития: спонгиозитическая — с высокой активностью костной перестройки и склеротическая — с фазой созревания и консолидации отосклеротического очага. С учетом выявленной стадийности заболевания более правильно его называть отоспонгиозсклерозом (Л. Г. Сватко, 1969).

Опыт хирургического лечения отосклероза показал, что выбор метода операции на стремени должен основываться не только на предоперационном состоянии слуховой и вестибулярной функций, но и на распространенности и активности процесса, следует учитывать и функциональную сохранность стремени мышцы (Л. Г. Сватко, А. Г. Тихонова, 1982).

В настоящее время с целью дальнейшего углубленного изучения патогенеза отосклероза и его терапии проводятся иммунобиологические исследования (В. И. Галочкин, 1989; Л. Г. Сватко, Н. Н. Решетников, 1992).

В перилимфе больных отосклерозом установлено присутствие основных классов иммуноглобулинов А, М, G, аналогичных сывороточным, однако содержание их оказалось различным. Статистически достоверным было увеличение иммуноглобулинов G и M, антител к нативной ДНК и коллагену типа II, особенно у больных с активными отосклеротическими очагами.

При стабильной концентрации общего белка в перилимфе больных отосклерозом отмечено уменьшение альбуминовой и увеличение глобулиновой фракций, преимущественно за счет α - и γ -глобулинов. Об аутоиммунном характере заболевания свидетельствовали увеличение антител к нативной ДНК и коллагену типа II, высокий уровень циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови и снижение функциональной активности нейтрофилов (по НСТ-тесту).

Морфологические изменения мукоперистальной ткани основания стремени и окружающей слизистой оболочки барабанной полости носили характер экссудативного воспаления, переходившего в хронический мукоперистит с образованием волокнистой ткани. В клеточных инфильтратах присутствовали лимфоциты, плазматические и тучные клетки, что свидетельствовало о воспалении на иммунной основе.

В настоящее время имеется ряд сообщений об ассоциации отосклероза с системой антигенов HLA. Ш. М. Исмагиловым изучена частота встречаемости маркеров отосклероза и установлена ассоциация различных антигенов системы HLA с его клиническими формами, особенностями течения в популяции жителей г. Казани. Таким образом, в практике отечественной отологии впервые показано участие антигенов системы HLA в развитии отосклеротического процесса.

Отдаленные результаты различных вариантов стапедопластики показали, что у некоторых больных продолжается процесс отосклеротической перестройки в лабиринте, способствуя дальнейшему улучшению слуховой и вестибулярной функций. Для инактивации отосклеротического очага и стабилизации слуха необходимо назначение консервативной терапии с использованием средств, воздействующих как на процесс костной перестройки, так и на иммунологический статус больного. Применение с этой целью фторида натрия и димефосона оказало лечебное влияние на больных с активной стадией отосклероза (Л. Г. Сватко, В. И. Галочкин, И. М. Будник, О. П. Приходько, 1981).

Для лечения нейросенсорной тугоухости, обусловленной шейным остеохондрозом, с успехом применяется мануальная терапия, направленная на устранение функциональных блокад и деблокирование в суставах верхнего отдела позвоночника (И. Л. Соболев, 1988). Положительные результаты в лечении нейросенсорной тугоухости были получены при использовании гепарина, который образует комплексные соединения с антибиотиками аминогликозидной группы и не снижает их антимикробную активность (А. Ю. Довгалюк, 1983).

При нейросенсорной тугоухости вирусной этиологии (как следствие гриппозной и аденовирусной инфекций) для лечения был применен димефосон, являющийся вазоактивным и дегидратирующим средством (С. И. Лебедев). С учетом упомянутых выше свойств этот препарат использован при лечении болезни Меньера: он оказывал благоприятное влияние на статокинетическую и слуховую функции (И. П. Фирсова, 1988).

Отсутствие стойкого функционального эффекта при лечении адгезивных средних отитов определяет необходимость поиска новых медикаментозных средств и хирургических методов. В качестве патогенетически обоснованных препаратов для размягчения и рассасывания соединительнотканых образований в барабанной полости были применены препараты гиалуронидазного и протеолитического действия — лидаза, ронидаза, трипсин, химотрипсин, а также пирогенал, способствующий рассасыванию рубцовой ткани (Л. Г. Сватко, А. А. Гнеденкова, 1978; В. В. Шмулевич, О. Н. Дубровина, 1985).

Среди оториноларингологических заболеваний наиболее опасными являются отогенные внутричерепные осложнения, потому вопросы лечения хронического гнойного среднего отита и его осложнений считаются актуальными в современной отиатрии. Внедрение в отологическую практику электроэнцефалографии (Г. О. Зубаирова, 1974) и метода квадрантово-волновой полярографии белков ликвора (Р. А. Ничепуренко, 1978) улучшили дифференциальную диагностику малосимптомных форм и ранних стадий абсцессов мозга, мозжечка, менингита и отогенного сепсиса.

Особенности клиники, диагностики и лечения отогенного сепсиса по материалам 40-летнего опыта казанской клиники отражены в исследованиях Г. С. Яхонтова (1975). Изучение слуховой и статокинетической функций при хронических средних отитах, осложненных лабиринтитом, показало, что наряду с признаками вестибулярной дисфункции наблюдается медленно прогрессирующее понижение слуха, нередко диагностируемое как вторичная нейросенсорная тугоухость. При этом заболевании выявлено содружественное поражение слуховой

функции здорового уха (А. Я. Нугуманов, 1985). Особое внимание в научных исследованиях кафедры уделено вопросам хирургической коррекции тугоухости при хронических средних отитах. Использование тимпанопластических методов с применением различных трансплантатов и модификаций оссикулопластики с формированием неотимпанальной полости было эффективным только при учете индивидуальных морфологических изменений структур среднего уха, выявляемых на операционном столе (С. Н. Серебрякова, В. И. Галочкин, 1974; Е. В. Петушков, Г. Б. Демина, 1985). С целью закрытия мастоидального отдела операционной полости в качестве пластического материала использована ксенокостно-аутокровяная смесь (Е. Г. Гусев, 1978). Научные исследования, проведенные на кафедре оториноларингологии по проблеме тугоухости, нашли отражение в одной монографии, 2 докторских и 17 кандидатских диссертациях, 250 печатных работах, 2 тематических сборниках и в выступлениях на всесоюзных и республиканских съездах и симпозиумах. Получены 4 авторских свидетельства.

В последнее десятилетие в центре внимания исследователей были вопросы ранней диагностики предраковых и раковых заболеваний глотки и гортани, а также совершенствования техники щадящих операций на гортани (П. Д. Фирсов, Р. Г. Рахимов). С этой целью был применен микроспектрофотометрический метод определения содержания ДНК в ядрах клеток новообразований глотки (Х. А. Алиматов, 1979), злокачественных и доброкачественных новообразований гортани (В. Г. Краснова, 1975). Результаты работ нашли отражение в 10 докладах, 6 печатных работах, продемонстрированы на заседаниях общества. Получено авторское свидетельство на способ определения эффективности лечения злокачественных новообразований лимфаденоидного кольца глотки (Г. Г. Автандилов, Л. Г. Сватко, Х. А. Алиматов, 1981).

Возрастающее число больных с патологией голоса и нестойкий положительный эффект при существующих способах лечения потребовали совершенствования методов диагностики и

терапии дисфоний. Первым шагом в данном направлении было изучение состояния нервно-мышечного аппарата гортани в норме и патологии. Так, были выведены параметры нормального соотношения тонуса между передними мышцами гортани и измененного их состояния при различных формах дисфоний. Результаты этих исследований доложены на Европейском и Международном конгрессах фониастров и фонопедов, получено авторское свидетельство на способ диагностики дисфоний (Х. А. Алиматов, Д. Д. Джабаров, 1991).

С 1986 г. при РКБ функционирует фониастрический центр, обслуживающий жителей из 5 республик (Марий Эл, Мордовия, Удмуртия, Башкортостан, Татарстан) и Ульяновской области. Открытие подобного центра способствует значительному притоку больных с нарушениями голосовой функции и делает актуальной необходимость научной разработки проблемы дисфункции гортани.

Существенный вклад в изучение заболеваний гортани, в частности дисфоний, внесло установление их связи с патологией шейного отдела позвоночника, болезненными мышечными уплотнениями на шее и деформацией скелета гортани. В настоящее время в базовых ЛОР-отделениях при лечении дисфоний в основном используют методы локального воздействия на участок гортани, вышедший из нормального ритма, точечный массаж, постизометрическую релаксацию, новокаиновые блокады и пунктурную аналгезию триггеров. При отсутствии эффекта от консервативного лечения применяют хирургические методы, перераспределяющие мышечную силу между передними мышцами гортани или заменяющие каркас гортани. Результаты этих исследований доложены на международных конгрессах по вертеброневрологии, нейропсихореабилитации, фониастрии и фонопедии (1993, 1994); получено авторское свидетельство на способ лечения гипофункциональной дисфонии (Х. А. Алиматов, 1993). В центре восстановительной хирургии верхних дыхательных путей, функционирующем с 1991 г. на базе ЛОР-отделения 18-й городской клинической больницы, применяются все существующие в настоящее время методы лечения сре-

динных стенозов гортани, развившихся после операционной травмы возвратного нерва. У большинства больных осуществляется освобождение возвратного нерва из рубцов и лигатур, что в последующем улучшает дыхание и голосообразование.

Дальнейшим усовершенствованием методов лечения рака гортани является разработка способов реабилитации больных, перенесших хирургические операции. Начиная с 1990 г. в клинике производят пластику голосовой складки с использованием верхнего брюшка лопаточно-подъязычной мышцы с сохранением иннервации и кровоснабжения. Функциональные результаты этой операции более благоприятны, чем при пластике с использованием хряща носовой перегородки и низведении желудочковой складки.

Наряду с научными достижениями и успехами в преподавании в Республике Татарстан развивалась практическая оториноларингология. В настоящее время в нашей республике насчитывается 780 ЛОР-коек, обеспеченность на 10 тыс. населения — 1,9 (среднереспубликанский показатель — 1,8), общее число врачей-оториноларингологов — 196, детских оториноларингологов — 40,5, обеспеченность ЛОР-специалистами на 10 тыс. населения — 0,6, в том числе на 10 тыс. детского населения — 0,6 (среднереспубликанский показатель — 0,5). Таким образом, число врачей и количество ЛОР-коек за последнее десятилетие увеличилось в 2 раза, в то же время в ряде районов до настоящего времени нет врачей-оториноларингологов.

Расширялась и совершенствовалась сеть детских специализированных отделений: открыты ЛОР-отделения на базе ДРКБ в Казани (3 отделения), а также в Лениногорске, Нижнекамске, в Набережных Челнах; имеются

фиксированные детские ЛОР-койки во всех межрайонных ЛОР-отделениях. Функционируют 30 ЛОР-кабинетов, ведущих прием только детей. В Казани открыто объединенное отделение сурдологии и слухопротезирования при РКБ. На базе ЛОР-отделения № 2 РКБ еще в 1965 г. был организован слухоулучшающий центр, который оказывает хирургическую помощь больным отосклерозом, болезнью Меньера, адгезивным отитом, хроническим гнойным средним отитом.

Фониатрическая помощь населению Республики Татарстан обеспечивается двумя центрами: при РКБ и городской больнице № 18, а также городским фониатрическим кабинетом в помещении Татарского театра оперы и балета им. М. Джалиля и фониатрическим кабинетом при консерватории.

ЛОР-онкологическая помощь получила свое развитие в Татарстане еще в 50-х годах, а в 1972 г. при городском онкодиспансере было открыто отделение на 30 коек. Здесь производятся все современные виды операций при различных ЛОР-онкологических заболеваниях, используются лучевое лечение и химиотерапия цитостатиками.

Деятельность Казанской школы оториноларингологов всегда отличалась единством интересов практической оториноларингологии и теоретических изысканий. Свидетельством такого благотворного содружества в течение 70 лет является защита 56 диссертаций, в том числе 12 докторских. Поэтому научные идеи, заложенные профессорами В. К. Трутневым и Н. Н. Лозановым, сохраняются и достойно приумножаются их многочисленными учениками.

Проф. Л. Г. Сватко (Казань),
проф. В. И. Галочкин (Ульяновск),
доц. Х. А. Алиматов (Казань)

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УХА И ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

И. Б. Солдатов, Н. Н. Беликова, Н. С. Храппо, К. А. Аль-Мамари

*Кафедра оториноларингологии (зав.—акад. РАМН, проф. И. Б. Солдатов)
Самарского медицинского университета*

Лечение многих инфекционно-воспалительных заболеваний уха и верхних дыхательных путей до настоящего времени представляет определенные трудности в силу ряда обстоятельств. Основные из этих обстоятельств следующие: 1) полиморфизм патогенной флоры — при одном и том же заболевании одновременно встречаются грамположительные и грамотрицательные бактерии, вирусы, патогенные и условно-патогенные грибы; 2) ограниченный выбор высокоэффективных бактерицидных препаратов широкого спектра действия; 3) возможное развитие местной, а иногда и общей аллергической реакции, дисбактериоза, микозов в результате длительного применения антибиотиков; 4) ототоксическое действие многих лекарственных препаратов даже при их местном применении.

Следовательно, необходимо дальнейшее совершенствование лечебной тактики при инфекционно-воспалительных заболеваниях уха и верхних дыхательных путей.

Весьма частым заболеванием в отиатрической практике является острое гнойное воспаление среднего уха, которое почти у 30% перенесших его больных завершается тугоухостью и чревато рядом тяжелых осложнений, в том числе жизненно опасных. Повышению эффективности лечения этого заболевания способствует предложенный нами способ меатотимпанального введения лекарственных средств. Лечебное действие проявляется в сокращении сроков заболевания, а также в его редуцированном течении, когда выздоровление наступает уже в первой стадии заболевания — неперфоративной и сопровождается полным восстановлением слуховой функции.

Метод меатотимпанального введения лекарственных средств отвечает

главному требованию современной фармакотерапии, поскольку обеспечивает целенаправленный транспорт медикаментов с созданием достаточной концентрации их в области очага патологического процесса. Кроме того, имеют значение рефлекторное и трофическое действие новокаина на ткани, его обезболивающий эффект, влияние на местную реактивность. Есть еще один веский аргумент в пользу целесообразности данного способа введения: он вытекает из результатов изучения ангиоархитектоники и путей микроциркуляции в преддверно-улитковом органе. Эти исследования убедительно показали, что между сосудами внутреннего и среднего уха имеются анастомозы в основном через дегистенции в стенках барабанной полости и стремениной мышце [2]. Следовательно, ранее существовавшее представление о наличии аваскулярного барьера между барабанной полостью и лабиринтом ошибочно. К сожалению, некоторые авторы, незнакомые с морфологическими исследованиями последних лет в нашей специальности, бесосновательно считают, что меатотимпанальный способ введения лекарств неэффективен.

Метод меатотимпанального введения различных препаратов базируется на предложенной нами в 1961 г. меатотимпанальной новокаиновой блокаде, используемой в качестве анестезии при проведении микрохирургических вмешательств на ухе [7]. Сущность его заключается в следующем. Блокаду больному выполняют положив его на спину. Кожу заушной области и наружного слухового прохода дважды обрабатывают спиртом, после этого кожу слухового прохода дополнительно протирают эфиром до появления легкой гиперемии. Блокаду производят 1—2% раствором новокаина (или

при его непереносимости 0,5% раствором тримекаина) в количестве 1—2 мл. Иглу вкалывают в заушную область, на линию прикрепления ушной раковины, на уровне стыка задней и верхней стенок наружного слухового прохода и продвигают вглубь до надпроходной ости. Если расположение иглы правильное, то после введения первых порций новокаина кожа наружного слухового прохода в костном отделе и задние квадранты барабанной перепонки начинают белеть, что отчетливо видно на фоне исчезающей гиперемии, вызванной обработкой эфиром. Затем вводят тот или иной препарат с учетом его патогенетического действия: при остром гнойном среднем отите — это обычно антибиотики, при остром инфекционном неврите — препараты, обладающие активностью в отношении клеточного метаболизма, улучшающие микроциркуляцию и проведение нервного импульса, биостимуляторы.

Лечение нейросенсорной тугоухости и глухоты, обусловленных кохлеарным невритом любой этиологии, прежде всего инфекционной, дело мало перспективное и очень неблагоприятное. Мы считаем необходимым при лечении острой нейросенсорной тугоухости и глухоты соблюдать три основных принципа: 1) устранять причинный фактор; 2) начинать лечение в возможно ранние сроки с момента развития заболевания; 3) проводить комплексную этиотропную и патогенетическую терапию с непременно включением средств, позволяющих восполнить недостаток кислорода во внутреннем ухе и нормализовать в нем микроциркуляцию [10]. При этом лекарственные препараты вводят мезотимпанально и стандартно парентерально, применяют гипербарическую оксигенацию, иглорефлексотерапию, электро- и лазерпунктуру, используют постоянный импульсный однополярный ток для эндоуральной стимуляции с помощью аппарата МБС-01, искусственные магнитные поля. Магнитотерапию проводим как с помощью общего соленоида (при индуктивности магнитного поля от 20 до 39 мТ), так и местно импульсным магнитным полем с помощью аппарата «Магнитер», созданного при участии сотрудников нашей кафедры.

Такая комплексная интенсивная

терапия острой внезапной нейросенсорной тугоухости и глухоты, начатая в первые часы с момента возникновения заболевания, дает положительные результаты в 80—90% случаев, при этом 52—75% больных вновь обретают нормальный слух. Эффективность лечения, проводимого с 5-го дня и в более поздние сроки после развития внезапной тугоухости и глухоты, очень низкая: улучшения слуха удается добиться менее чем у 10% больных [4]. Пациенты (52—65%) получают существенное облегчение, если в результате лечения исчезает или уменьшается субъективный ушной шум, для некоторых из них весьма мучительный.

Хроническим гнойным воспалением среднего уха страдают 1—2% населения. Несмотря на существование огромного множества медикаментозных средств, для его лечения далеко не часто удается добиться стойкой ремиссии. В связи с обязательным развитием тугоухости и возможным возникновением тяжелых жизненно опасных отогенных внутричерепных осложнений совершенствование лечебной тактики при хроническом гнойном среднем отите постоянно находится в поле зрения оториноларингологов.

Эффективность лечения хронического гнойного отита повышается, если он включает применение оптических квантовых генераторов. Мы имеем более чем 10-летний опыт работы на лазерных установках, выпускаемых отечественной медицинской промышленностью, и на технических лазерных установках, адаптированных нами для оториноларингологической практики, поэтому можем дать конкретные рекомендации.

1. При консервативном лечении хронического гнойного среднего отита следует использовать низкоэнергетический гелий-неоновый или ультрафиолетовый лазер в виде лазерфореза, воздействуя лазерным лучом на обработанные тем или иным лекарственным препаратом ткани наружного и среднего уха [6].

2. Для хирургических вмешательств на ухе (вскрытие фурункула, удаление грануляций, доброкачественных новообразований) необходимо использовать преимущественно аргоновый лазер (длина волны — 0,48—

0,52 мкм), а при его отсутствии — СО₂-лазер (длина волны — 10,6 мкм) и неодим (иттрий-алюминий на гранате)-лазер (длина волны — 1,06—1,32 мкм) с различными насадками.

Определенный успех в лечении хронического гнойного среднего отита мы отметили применяя озон. Его используем в виде воздушно-зоновой смеси, подаваемой с помощью озонотерапевтической установки, сконструированной в результате творческого сотрудничества с Самарским аэрокосмическим университетом, и в виде озонированного 0,9% раствора хлорида натрия. Лечебный эффект проявляется стойким прекращением гноетечения, а в некоторых наблюдениях даже закрытием перфорации путем рубцевания. Весьма успешным оказалось использование озона и для лечения острых и хронических гнойных синуситов. Оно позволило в ряде случаев полностью отказаться от антибиотиков и от пункции пазух, к которым обычно очень негативно относятся пациенты [1]. Основанием для применения озона при инфекционно-воспалительных заболеваниях уха и верхних дыхательных путей служит спектр его терапевтического воздействия на человека: иммуномодулирующее, противовоспалительное, противовирусное, бактерицидное и анальгезирующее.

Клиницисты хорошо знают, что тонзиллярная патология, центральное место в которой принадлежит хроническому тонзиллиту, будучи чисто оториноларингологической проблемой, давно переросла в проблему общемедицинскую [9]. Обусловлено это главным образом не частотой патологии данного вида (хотя она, действительно, очень высока: хроническим тонзиллитом страдает, по нашим данным, 15,8% взрослого населения и 20—25% детского), а теми заболеваниями, которые патогенетически связаны с тонзиллитами и называются метатонзиллярными, — прежде всего ревматизмом, неспецифическим инфекционным полиартритом, болезнями почек, сердца, щитовидной железы, кожи и периферической нервной системы. При воспалительных процессах в лимфаденоидном аппарате глотки миндалины становятся очагом инфекции и депо алергизации и могут обусловить возникновение указанных заболеваний и ухудшить их течение.

Поэтому лечение хронического тонзиллита служит профилактикой многих других болезней.

Хотя методы лечения хронического тонзиллита и показания к ним в основном разработаны, единодушия во взглядах здесь нет. Выбор того или иного вида лечения весьма субъективен и зависит в конечном счете от личного опыта врача и его взглядов на проблему. Дело в том, что показания к различным методам лечения — консервативному, щадящему хирургическому, радикальному хирургическому — ставятся с учетом клинической формы хронического тонзиллита, вида декомпенсации и патоморфологических изменений небных миндалин, определяемых визуально. Функциональных методов, позволяющих судить о состоянии компенсаторно-приспособительных механизмов лимфаденоидного аппарата миндалин, до недавнего времени не было. Мы посчитали, что таким методом функциональной диагностики хронического тонзиллита может быть реотонзиллография — способ, позволяющий оценивать состояние региональной гемодинамики и микроциркуляции небных миндалин. Исследования, проведенные на нашей кафедре, дали возможность установить степень достоверности реотонзиллографии, определить ее диагностическую значимость и таким образом обосновать новый метод функциональной диагностики хронического тонзиллита, описания которого в литературе не имется.

Мы различаем, по данным реотонзиллографии, три основные фазы микрогемодинамических изменений при хроническом неспецифическом тонзиллите: 1) фазу компенсации; 2) фазу нестабильной декомпенсации; 3) фазу стабильной декомпенсации [5].

Современная классификация хронического тонзиллита, предложенная нами и принятая VII Всесоюзным съездом оториноларингологов (1975) в качестве единой клинической классификации тонзиллитов, основана на закономерностях гемомикроциркуляторных изменений в небных миндалинах. Способ лечения для каждого конкретного больного выбирают с учетом не только клинической формы заболевания, вида декомпенсации, морфологического признака (паренхиматоз-

ный, лакунарный, склеротический тонзиллит), но и показателей гемомикроциркуляции небных миндалин по данным реотонзиллографии. В одних случаях назначают комплексную консервативную терапию, в других — щадящее хирургическое лечение в виде разработанных нами методов лазерной лакунотомии или деструкции с помощью CO_2 или неодим-итрий-алюминий-гранат-лазера, в третьих — радикальное хирургическое лечение, то есть традиционную тонзиллэктомию.

Одним из распространенных инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, особенно у детей, является острый ларинготрахеит. Он встречается во время вспышек гриппа и парагриппозных инфекций и до недавнего времени сопровождался высокой детской смертностью. Летальность, вызванная им, — в числе доминирующих не только в детской оториноларингологии, но и в педиатрии вообще. На нашей кафедре разработана система организации помощи детям, страдающим острым ларинготрахеитом. Она предусматривает создание специализированных ларингологических отделений при многопрофильных детских больницах. Первое такое отделение было открыто у нас в городе, в детской больнице № 1, а затем и в Тольятти. В ларингологическом отделении работают оториноларинголог, педиатр и реаниматолог. Были предложены обоснованные схемы комплексного лечения больных острым ларинготрахеитом, включающего этиотропные, антибактериальные, антигистаминные, спазмолитические препараты, кортикостероидные гормоны, отвлекающую, гидратационную, дезинтоксикационную терапию и оксигенотерапию. Выделены этапы интенсивного лечения: 1) ингаляции под тентом; 2) продленная интубация; 3) трахеостомия [3]. Такая рациональная лечебная тактика позволила снизить в десятки раз частоту тяжелых осложнений и свести до 0,3—0,4% случаев летальные исходы.

Распространенными видами оториноларингологической патологии являются поражения уха и верхних дыхательных путей патогенными и условно-патогенными грибами — в основном отомикозы, фаринго- и ларинго-

микозы. Грибковые поражения ЛОР-органов находятся в числе первых после дерматомикозов среди заболеваний других органов грибковой этиологии. Значительный и повсеместный рост микозов отмечен в последние два десятилетия. Причины их роста связаны преимущественно с широким и не всегда рациональным применением антибиотиков, кортикостероидных гормонов и цитостатиков, увеличением частоты общесоматических и инфекционных заболеваний, сопровождающихся дисбактериозом, гиповитаминозом, обменными и иммунными нарушениями. Особое место среди этих заболеваний занимает синдром приобретенного иммунодефицита — СПИД, поскольку грибковое поражение полости рта и глотки в подавляющем большинстве случаев оказывается первым и нередко единственным манифестным признаком ВИЧ-инфекции.

В течение десяти лет, наряду с применением традиционной медикаментозной терапии, нами разрабатываются новые методы лечения микозов с использованием высоко- и низкоэнергетических лазеров [2].

Лечение отомикоза состоит из нескольких этапов: соскоб острой ложкой пораженных участков кожи с последующим промыванием наружного слухового прохода большими количествами водных растворов антимикотических препаратов (3% раствор борной кислоты, 1% раствор сорбиновой кислоты, 1% раствор хинозола, 0,01% раствор перманганата калия); введение спиртовых, водных или масляных фунгицидных растворов (нитрофунгин, клотримазол, канестен, фунгизид) на турунде или ватнике в течение 5—7 дней; облучение кожи наружного слухового прохода и барабанной перепонки гелий-неоновым лазером (6—8 сеансов). При глубоких поражениях кожи после медикаментозного лечения прибегают к CO_2 -лазерному воздействию. Под меатотимпанальной или терминальной анестезией на пораженные участки кожи с помощью специальной насадки наносят расфокусированные импульсы CO_2 -лазерного луча. Длительность каждого импульса не превышает 0,5 с. На курс лечения требуется от одного до 3 сеансов с перерывом в 2—3 дня [11].

Лечение фаринго- и ларингомикозов включает общее и местное при-

менение противогрибковых антибиотиков и производных имидазола (леворин, инстатин, натамицин, амфоглюкамин, низорал, флуконазол, итраконазол) в течение 10—14 дней; смазывание пораженных отделов глотки, полоскание и промывание лакун миндалин, инстилляци в гортань водных растворов, обладающих антимикотическим, противовоспалительным и вяжущим действием; ингаляции с амфотерицином, леворином, натамицином, протеолитическими ферментами. На втором этапе лечения больной получает облучение гелий-неоновым лазером изолированно или в сочетании с фунгицидным препаратом — лазерфорез (курс — 6—8 сеансов). CO₂-лазерное воздействие заключается в обработке пораженных участков задней стенки глотки, области боковых валиков, поверхности небных миндалин и корня языка расфокусированным или направленным лазерным лучом. Эффект достигается после 2—3 сеансов, выполненных с перерывом в 3—5 дней.

Мы располагаем опытом лечения по описанным схемам более 250 больных с микозами уха и верхних дыхательных путей. Как показывает анализ результатов лечения, использование гелий-неонового и углекислого лазеров в комплексной терапии микозов значительно повышает ее результативность: сроки пребывания больных в стационаре сокращаются в 1,5—2 раза, а у 84% больных выздоровление наступает уже после первого курса лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Великанов А. К., Цейтлина Т. Я. XXIX научно-практическая конференция врачей Ульяновской области.— Тез. докл.—Ульяновск, 1994.

УДК 616.284—004—02:616.282.9—07

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕРИЛИМФЫ У БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ

Л. Г. Сватко, Н. Н. Решетников

Кафедра оториноларингологии (зав.— доц. Х. А. Алиматов)
Казанского медицинского университета

Анализ слуховой функции у больных отосклерозом [1, 2] показал, что по мере созревания отосклеротического очага и его инактивации происходит повышение порогов восприятия кост-

2. Левин В. Н. Пути микроциркуляции в органе слуха человека: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.—Иваново, 1970.

3. Миттин Ю. В. Острый ларинготрахеит у детей.— М., 1986.

4. Сватко Л. Г., Серебрякова С. Н., Лебедев С. И. Патогенетическое лечение острой нейросенсорной тугоухости вирусного генеза.— Методические рекомендации.— М., 1991.

5. Солдатов И. Б., Коренченко С. В. III съезд оториноларингологов республики Беларусь.— Тез. докл.— Минск, 1992.

6. Солдатов И. Б., Храппо Н. С., Беликова Н. Н., Коренченко С. В. Использование лазеров для лечения заболеваний уха и верхних дыхательных путей.— Методические рекомендации для врачей-оториноларингологов.— Самара, 1992.

7. Солдатов И. Б. Лекции по оториноларингологии.— М., 1994.

8. Солдатов И. Б. Руководство по оториноларингологии.— М., 1994.

9. Солдатов И. Б., Аль-Мамари К. А., Беликова Н. Н., Храппо Н. С. Самарскому государственному медицинскому институту— университету—75: Сб. тез. к науч.-практ. конф.— Самара, 1994.

10. Храппо Н. С. Руководство по оториноларингологии.— М., 1994.

11. Soldatov I. B., Khrappo N. S., Belikova N. N., Bogatitshev V. I. World congress of otorhinolaryngology head and neck surgery.— XV abstract book, Istanbul—Turkiye, 1993.

Поступила 06.11.94.

CURRENT METHODS OF TREATMENT INFECTIOUS INFLAMMATORY DISEASES OF EAR AND UPPER RESPIRATORY TRACTS

I. B. Soldatov, N. N. Belikova, N. S. Khrappo, K. A. Al-Mamari

Summary

The experience of the treatment of acute and chronic purulent otitis media by the meato tympanal injection of medicinal agents, the use of laser energy and ozone is given. The method of the functional diagnosis of chronic tonsillitis — rheoteonsillography, as well as the stages of intensive therapy of acute laryngotracheitis in children are described. The data of the use of laser irradiation in combined treatment of mycoses of the ear and upper respiratory tracts are given.

нопродедненных звуков преимущественно на речевые и высокие частоты, указывающие на функциональное состояние улитки. В связи с этим несомненный интерес представляло изуче-

Иммуноглобулины А, М, G в сыворотке крови и перилимфе у больных отосклерозом в зависимости от активности отосклеротического процесса

Отосклероз	Содержание иммуноглобулинов, мг/мл		
	А	М	G
Активный (n=20)	$1,28 \pm 0,08$ $1,04 \pm 0,07$	$0,12 \pm 0,01$ $0,1 \pm 0,01$	$7,19 \pm 0,27$ $6,28 \pm 0,32$
Неактивный (n=10)	$0,86 \pm 0,2$ $0,75 \pm 0,09$	$0,07 \pm 0,02$ $0,1 \pm 0,02$	$4,66 \pm 0,32$ $3,34 \pm 0,39$
P	$< 0,1$ $< 0,01$	$< 0,1$ $> 0,1$	$< 0,001$ $< 0,001$
Контроль (n=10)	$0,28 \pm 0,02$ $0,86 \pm 0,06$	$0,03 \pm 0,002$ $0,02 \pm 0,01$	$1,71 \pm 0,08$ $2,66 \pm 0,16$

Примечание. В числителе — показатели в сыворотке крови, в знаменателе — в перилимфе.

ние характера иммунных изменений во внутреннем ухе в активной и неактивной стадиях отосклероза и их взаимосвязь с выраженностью перцептивного компонента тугоухости.

Целью настоящего исследования являлось определение уровней иммуноглобулинов А, М, G и антител к нативной ДНК* в перилимфе у больных отосклерозом в активной и неактивной стадиях заболевания и сопоставление полученных результатов с порогом восприятия костнопроведенных звуков на речевые и высокие частоты.

Объектом исследования служили сыворотка крови и перилимфа 30 больных отосклерозом (у 20 — активная и у 10 — неактивная стадия). Перилимфу получали во время слухоулучшающей операции. В качестве контроля использованы перилимфа и сыворотка крови, взятые у 10 человек в возрасте от 20 до 40 лет, умерших в результате травмы или несчастного случая. Забор материала производили не позднее 12—24 часов после смерти.

Для обнаружения специфических антител в сыворотке крови и перилимфе применен метод твердофазного иммуноферментного анализа [3, 5, 6].

Слуховую функцию у этих больных изучали по общепринятому методу. В данной работе мы приводим результаты исследования степени тугоухости на частотах от 500 до 8000 Гц. При статистическом анализе оценивали как средние значения, так и индивидуальные показатели антител и порогов слуха.

При изучении динамики содержания иммуноглобулинов А, М, G и антител к ДНК в сыворотке крови и перилимфе в зависимости от активности отосклеротического процесса у больных с активными очагами в сыворотке крови выявлен прирост всех трех классов иммуноглобулинов по сравнению с таковым у больных с неактивными отосклеротическими очагами (табл. 1), особенно IgG (превышение контрольных показателей в 4 раза).

В перилимфе больных с активными отосклеротическими очагами имело место также достоверное (в 1,9

раза) повышение содержания IgG по сравнению с таковым у больных с неактивным процессом. Менее выраженным было увеличение содержания IgA. При этом у больных в активной стадии заболевания концентрация IgG в перилимфе в 2 раза превышала контрольные показатели. Сопоставление результатов иммуноферментного исследования перилимфы больных в группе с неактивными очагами и перилимфы трупов, принятых за норму, не показало различия в содержании IgA и IgG ($P > 0,1$), средний же уровень IgM был выше контроля в 5 раз ($P < 0,05$).

Известно, что обнаружение высоко-го титра антител к ДНК в сыворотке крови свидетельствует о наличии аутоиммунного заболевания [4, 5].

Ранее проведенные нами исследования выявили у больных отосклерозом высокий титр антител к ДНК, превышающий контрольные показатели в сыворотке крови в 2,3 раза, а в перилимфе — в 2,7 раза.

Обнаружение высокого титра антител к ДНК может быть диагностическим критерием не только аутоиммунного заболевания, но и активности аутоиммунного процесса. Поэтому одновременно определяли содержание иммуноглобулинов и уровень антител к ДНК в сыворотке крови и перилимфе у больных с активным и неактивным отосклеротическим процессом (табл. 2).

Анализ полученных данных показал, что средний уровень антител к

Прим. ред.* Двухспиральная ДНК, изолированная из клеток, с сохраненными водородными связями между цепями.

Таблица 2

Уровень антител (АТ) к ДНК в сыворотке крови и перилимфе больных отосклерозом в зависимости от активности процесса

Отосклероз	АТ к ДНК, ед. опт. пл.			
	число исследований	в сыворотке крови	число исследований	в перилимфе
Активный	35	$0,214 \pm 0,005$	20	$0,154 \pm 0,008$
Неактивный	10	$0,199 \pm 0,005$ $P < 0,05$	10	$0,103 \pm 0,010$ $P < 0,01$
Контроль	8	$0,091 \pm 0,012$	8	$0,051 \pm 0,006$

ДНК в перилимфе больных с активными очагами выше, чем у больных с неактивным процессом, в 1,5 раза ($P < 0,01$), а в сыворотке крови это увеличение было менее значительным ($P < 0,05$). Уровень антител к ДНК в активной стадии отосклеротического процесса в сыворотке крови превышал контрольные показатели в 2,4 раза, а в перилимфе — в 3 раза.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных отосклерозом во внутреннем ухе имеют место иммунные изменения, проявляющиеся повышением в перилимфе уровня иммуноглобулинов, особенно IgG, и антител к ДНК, наиболее выраженные в активной стадии заболевания. Изменения именно этих показателей точнее и быстрее других отражают динамику костной перестройки.

Анализ взаимосвязи IgG и антител к ДНК у больных с активным отосклеротическим процессом, выраженный графически, представлен на рис. 1 и 2. Как видно, низким порогам восприятия костнопроведенных звуков соответствуют наиболее высокие уровни IgG и антител к ДНК, повышение же порогов звуковосприятия сопровождается снижением их концентрации в перилимфе. У больных с неактивными очагами показатели IgG и антител к ДНК группируются в средней и нижней части графиков с равномерным распределением по оси абсцисс. При этом одновременно с повышением порогов восприятия костнопроведенных звуков также наблюдается снижение их уровней. Из этого следует, что снижению активности отосклеротического процесса и переходу в неактивную его стадию сопутствуют понижение в перилимфе концентрации IgG и антител к ДНК и повышение порогов восприятия

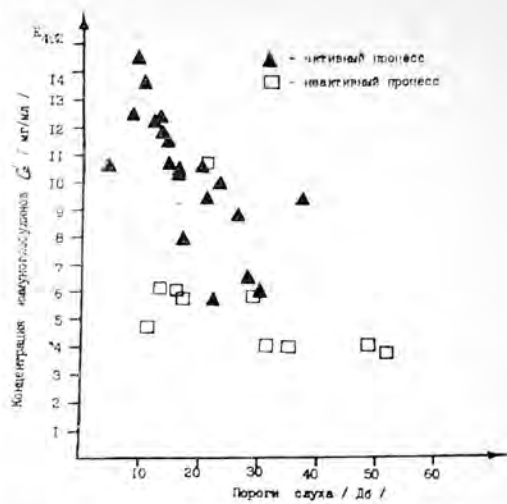


Рис. 1. Соотношение содержания IgG в перилимфе больных отосклерозом с активным (треугольник), неактивным (квадрат) процессами и средних порогов слуха по костной проводимости на частотах от 500 до 8000 Гц.

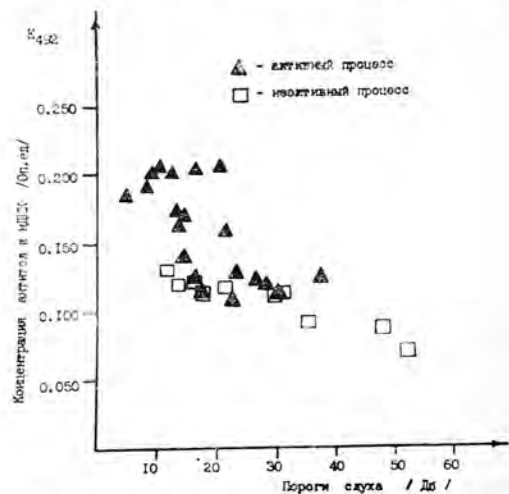


Рис. 2. Соотношение содержания АТ к ДНК в перилимфе больных отосклерозом с активным (треугольник), неактивным (квадрат) процессами и средних порогов слуха по костной проводимости на частотах от 500 до 8000 Гц.

костнопроведенных звуков на речевые и высокие частоты.

При изучении влияния отосклеротического очага на внутреннее ухо была выявлена корреляция выраженности перцептивного компонента тугоухости и иммунных изменений в перилимфе у больных в активной и неактивной стадиях отосклеротического процесса. Исследовано соотношение средних значений индивидуальных

показателей иммуноглобулинов А, М, G и антител к ДНК в перилимфе больных отосклерозом и средних порогов восприятия костнопроведенных звуков на частотах от 500 до 8000 Гц. У больных с активным процессом выявлены обратная корреляция средней степени ($-0,6$) между уровнем IgG, антител к ДНК и порогоми звуковосприятия, а также слабая связь с уровнем IgM ($-0,1$) и слабая прямая связь с IgA ($+0,12$).

У больных с неактивными очагами имели место обратная корреляция в значительной степени ($-0,9$) содержания антител к ДНК, в средней степени ($-0,6$) уровнем IgG, в слабой степени IgA ($-0,4$) с порогоми восприятия костнопроведенных звуков, а также прямая корреляция в слабой степени между последними и уровнем IgM ($+0,45$). Из этого следует, что повышение порогов восприятия костнопроведенных звуков у больных отосклерозом сочетается со снижением уровней IgG и антител к ДНК и с менее значительным снижением уровней IgM (при активном процессе) и IgA (при неактивном). Наряду с этим прослеживается и некоторое нарастание содержания IgA в активной и IgM в неактивной стадиях отосклеротического процесса.

Таким образом, снижение уровней IgG и антител к ДНК в перилимфе больных отосклерозом, а следовательно, уменьшение активности отосклеротического процесса и инактивация отосклеротических очагов сопровождаются угнетением слуховой функции. Последнее проявляется повышением порогов восприятия костнопроведенных звуков на речевые и высокие частоты вследствие поражения рецепторных образований в улитке.

Полученные данные демонстрируют характер иммунных проявлений в ак-

тивной и неактивной стадиях отосклероза и показывают зависимость выраженности нейросенсорного компонента тугоухости от иммунных проявлений во внутреннем ухе. Они могут быть использованы для разработки консервативных методов лечения отосклероза, особенно его неоперабельных форм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галочкин В. И. Консервативная терапия с целью инактивации отосклеротического процесса как профилактика прогрессирования тугоухости при отосклерозе: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.— Казань, 1985.
2. Решетников Н. П. Патогенетические компоненты отосклеротической тугоухости: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.— Самара, 1992.
3. Нго Т., Лехоффа Г. Иммуноферментный анализ.— М., 1988.
4. Петров Р. В. Иммунология.— М., 1987.
5. Ястребова Н. Е., Ванеева Н. П., Демин А. А. и др. // Иммунология.— 1987.— № 5.— С. 73—75.
6. Engvall E., Perlmann P. // Immunochimistry.— 1971.— Vol. 8.— P. 871—874.

Поступила 01.10.94.

IMMUNOLOGIC INVESTIGATIONS OF PERILYMPH IN PATIENTS WITH OTOSCLEROSIS

L. G. Svatko, N. N. Reshetnikov

Summary

The investigation of the dynamics of the content of IgA, IgM, IgG and antibodies to DNA in blood serum and perilymph of 30 patients with otosclerosis, in 20-th active stage and in 10-th nonactive one, shows the plausible increase of the levels of IgG and antibodies to DNT, more pronounced in the active stage of the disease relative to the nonactive stage. The inverse correlation between immunologic characteristics and ear levels is found; namely, the decrease of IgG levels and antibodies to DNA in perilymph of patients with otosclerosis and hence, the decrease of the process activity is accompanied by the auditory function suppression in the form of the increase of perception thresholds of osteoconductive sounds on vocal and high rates.

УДК 616.28—008.14—07

АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

В. Т. Пальчун, Б. М. Сагалович

Кафедра оториноларингологии (зав.— заслуж. деят. науки РФ, проф. В. Т. Пальчун) Российского медицинского университета, г. Москва

С тех пор как в клинической аудиологии с достаточной четкостью были выделены две формы тугоухости—

кондуктивная и нейросенсорная— центр тяжести научных исследований стал постепенно смещаться с проб-

лемы дифференцирования и идентификации каждой из этих форм на изучение и характеристику расстройств слуха нейросенсорной природы. И это имеет под собой очевидные основания, ибо процессы восприятия и преобразования звуковых сигналов представляются несомненно более сложными на современном уровне научных знаний по сравнению с процессами звукопроводения в структурах органа слуха. Естественно, что такое положение определяет и трудности в решении соответствующих проблем в патологии, и если в лечении нарушений слуха кондуктивной природы за минувшие три десятилетия достигнуты заметные успехи, то этого нельзя констатировать в отношении нейросенсорной тугоухости. Число предложений по лечению нейросенсорной тугоухости и необходимых для этого средств воздействия растет с каждым годом, но после нескольких апробаций они, как правило, забываются, заменяясь очередными, столь же недолговечными рекомендациями. Нет недостатка и в экспериментальных исследованиях, однако широкая и многосторонняя разработка проблемы в эксперименте оказалась, пожалуй, более плодотворной для физиологии сенсорных систем, чем для достижения основной цели, ради которой изначально разворачивались исследования. Положение усугубляется и в связи с многообразием представлений о возможных патогенетических механизмах формирования той сложной патологии, которая объединяется термином «нейросенсорная тугоухость». Если пользоваться данным термином для обозначения только пораженных элементов периферического отдела анализатора, ограниченных главным образом внутренним ухом, то придется принять во внимание своеобразные реакции на один и тот же патогенный агент таких функционально трудно дифференцируемых образований, как сенсорные эпителиальные клетки, контактирующие с ними нервные окончания, ствол слухового нерва с миелинизированным и демиелинизированным участками, афферентные и эфферентные его волокна, ганглиозные клетки, капилляры и специфические клетки сосудистой полоски.

Между тем клиническая аудиология не располагает арсеналом средств

для выявления отдельных видов поражений нейросенсорных структур внутреннего уха. Отсюда понятен и в какой-то мере объясним эмпиризм в лечебном подходе к обобщенной пазологической форме тугоухости, когда целесообразными могут быть разные, порой весьма далекие друг от друга средства воздействия. В немалой степени необоснованному разнообразию терапевтических рекомендаций способствовало распространенное долгое время обозначение рассматриваемой формы тугоухости термином «кохлеарный неврит» или, того не лучше, «неврит слуховых нервов», от которого до конца не отказались и по сей день. Такое не отвечающее сути патологического процесса название обусловило использование ряда лечебных средств, заимствованных по аналогии из различных разделов медицинской науки, в первую очередь из невропатологии. Поэтому нет ничего удивительного в том, что проблема нейросенсорной тугоухости уже длительное время привлекает внимание отчасти тревожными сведениями о растущей распространенности болезни без видимых перспектив эффективного ее лечения.

В настоящее время весьма актуальна задача классификации нейросенсорной тугоухости и выделения отдельных ее форм для использования в медицинской практике.

Диагностической основой современной клинической аудиологии, как известно, является тональная пороговая аудиометрия. Однако время показало, что она явно недостаточна для дифференцирования различных форм нейросенсорной тугоухости. Дифференциально-диагностическая ограниченность конвенциональной пороговой аудиометрии находит свое выражение в том, что одна и та же аудиограмма может быть свойственна принципиально различным по своему патогенезу формам тугоухости. Эту слабую сторону порогового тестирования, казалось бы, можно преодолеть путем оценки состояния слуха по функции громкости, то есть по надпороговым реакциям. Однако исследования в этом направлении затруднены в связи с методическими недоработками и несовершенством интерпретаций получаемых результатов.

Новые перспективы развития данной проблемы появились тогда, когда был разработан и предложен для использования в аудиологической диагностике тест определения слуховой чувствительности к ультразвукам. Весьма существенными, в частности, являлись наблюдения за расхождением показателей обычной тональной аудиограммы и порогов восприятия ультразвуков. Тем более что расхождения могли заключаться в сохранении

порогов восприятия ультразвука в пределах нормы при повышении порогов восприятия обычных звуков через кость и, наоборот, в повышении ультразвуковых порогов при отсутствии заметных изменений в обычной аудиограмме. По ультразвуковым показателям можно было судить и о наличии или отсутствии нейросенсорного компонента и его выраженности, что подтверждалось в ходе хирургического вмешательства и катамнезом [3].

У части больных с кондуктивными формами тугоухости (хронический гнойный средний отит, адгезивный средний отит, отосклероз) развиваются нейросенсорные нарушения слуха, которые сохраняются, а нередко и прогрессируют после устранения основного заболевания. Использование ультразвука и звуков расширенного диапазона частот позволяет выявить так называемую вторичную нейросенсорную тугоухость значительно чаще, чем конвенциональная аудиограмма и соответственно дает возможность провести своевременное лечение или даже предупредить развитие такой формы.

Со временем стали накапливаться наблюдения за расхождением показателей обычной и ультразвуковой аудиометрии у больных, у которых ни в анамнезе, ни при тщательной отоскопии признаков перенесенного воспалительного процесса в среднем ухе обнаружить не удавалось. И тогда термин вторичной нейросенсорной тугоухости приобрел условный смысл. Между тем наличие аудиометрических признаков нейросенсорной тугоухости при отсутствии сколько-нибудь значительного повышения порогов слышимости ультразвуков оказалось закономерно присущим определенной группе больных, и оно могло совершенно четко противопоставляться общепринятому понятию нейросенсорной тугоухости. Процентное соотношение частоты распространения той или другой формы тугоухости установить довольно сложно, как, впрочем, и частоту нейросенсорной тугоухости в любой ее форме у лиц с нарушениями слуховой функции. Такие больные отличаются в среднем несколько меньшей величиной потери слуха, а их тональная аудиограмма — меньшей крутизной снижения кривых на высокие тоны. Нетрудно понять, что дифференцирование форм нейросенсорной тугоухости по указанным признакам имеет особенно большое значение в тех случаях, когда снижение слуха при костном проведении не превышает 40 дБ, ибо именно такая потеря слуха может быть обусловлена не только нейросенсорными расстройствами, но и исключительно нарушением звукопроводения в среднем ухе. Серьезным вспомогательным тестом для этой цели может служить определение нижней границы воспринимаемых частот при воздушном их проведении (последнее немаловажно потому, что снимает вопрос о переслушивании лучше слышащим ухом при асимметричных нарушениях слуха).

Уже сравнительно давно установлено, что потеря слуха вследствие нарушения системы звукопроводения по-разному отражается на порогах восприятия тонов, проводимых через кость, в зависимости от их частоты: чем выше частота тестируемого тона, тем меньше слуховые пороги зависят от состояния звукопроводящего аппарата. Эта закономерность

может быть объяснена теоретически, ибо всякое упругое сопротивление мембран, участвующих в звукопроведении, находится в обратной пропорциональной зависимости от частоты проводимого звука. Но для обсуждаемой нами проблемы имеет значение следующий момент: при какой частоте акустический сигнал при костном проведении будет восприниматься нормально, несмотря на нарушения в звукопроводящем аппарате уха.

Иными словами, сигнал какой частоты можно использовать для установления изменений только его восприятия, вне зависимости и связи с состоянием звукопроводящих структур уха? В эксперименте на кроликах с регистрацией микрофонных потенциалов (электрических ответов волосковых клеток спирального органа) при стимуляции через кости черепа звуками и ультразвуками различной частоты после механического разрушения цепи слуховых косточек было установлено, что зависимость величин электрических ответов от состояния звукопроводящего аппарата уменьшается с частотой звука, но полностью утрачивается лишь в отношении ультразвуков (в диапазоне частот от 70 до 120 кГц).

Итак, нарушение слуховой чувствительности к высокочастотным акустическим сигналам есть неперемнное условие нейросенсорной формы тугоухости. При отсутствии этого признака аудиометрическая картина со снижением уровня слуха по костной проводимости (особенно в пределах 40 дБ) даже при отсутствии интервала между кривыми костного и воздушного проведения звуков не есть неперемнный показатель истинной нейросенсорной тугоухости и ее правильной было бы называть псевдонейросенсорной или квазинеурosenсорной тугоухостью. Последнее предпочтительнее по чисто этимологическим соображениям, поскольку латинская приставка *quasi* имеет в русском языке смысл «мнимого», «ненастоящего», и это как раз соответствует описываемой форме тугоухости. Греческая же *pseudos* звучит в переводе еще и как «лже», «ложный», и хотя в подобных случаях используется довольно часто, тем не менее уступает по адекватности второму варианту. Но главное, конечно, заключается в другом: классификация направлена на решение прежде всего практической задачи, а именно на дифференцирование форм нейросенсорной тугоухости, связанных и не связанных с нарушением функции волосковых клеток спирального органа. Понятно, насколько она значима для разработки патогенетических методов лечения и реабилитации тугоухих больных. Кли-

тически сохраняющееся понятие вторичной нейросенсорной тугоухости теперь само должно рассматриваться либо как истинное, либо как квазинейросенсорное расстройство слуха. У некоторой части больных, перенесших хронический гнойный средний отит или адгезивный средний отит, развивается тугоухость с повышением порога восприятия тонов расширенного диапазона частот, в то время как у другой части снижение слуха на обычные тоны аудиограммы не сочетается с изменением слуховой чувствительности к таким тонам, значит, речь идет в первом случае об истинной, а во втором — о квазинейросенсорной тугоухости. Вторичность нейросенсорной тугоухости характеризуется и другими аудиологическими особенностями, и среди них существенным представляется отсутствие у определенной части больных с такой формой тугоухости рефлекса внутриушных мышц, по данным регистрации акустического импеданса среднего уха. Следовательно, клинически общее понятие вторичной нейросенсорной тугоухости аудиологически должно включать в себя две разные формы.

Симптоматичным для квазинейросенсорной тугоухости следует считать сохранение 100%-ой разборчивости речи, лишь у некоторых больных имеет место небольшое ее снижение. Однако это не должно стать поводом для сомнения в том, является ли сохранение разборчивости речи характерным признаком квазинейросенсорной тугоухости, ибо в отдельных случаях возможно ее сочетание с компонентом истинных нейросенсорных расстройств. Еще более информативным в этом отношении представляется исследование разборчивости речи в условиях шумовой и речевой маскировки, то есть выявление помехоустойчивости анализатора.

Существенным представляется и анализ слуховых вызванных потенциалов у лиц с той и другой формой нейросенсорной тугоухости. В частности, регистрация коротколатентных слуховых потенциалов с выведенным функцией «латентность/интенсивность» дает четкие различия, возможно, отражающие разную степень участия при квазинейросенсорной и истинной нейросенсорной тугоухости внутрен-

них и наружных волосковых клеток улитки.

В свете изложенного заслуживает внимания местоположение в рассматриваемой классификации слуховых расстройств, обусловленных кохлеарным ретрофенестральным отосклерозом, то есть отосклерозом, характеризующимся развитием специфических очагов в костной капсуле улитки вне области овального окна и имеющего по этой причине аудиометрическую картину, свойственную нейросенсорной тугоухости. Клиническая верификация такого патологического процесса крайне затруднительна. Статистика базируется на аутопсическом материале, однако и гистологических находок (в среднем у 8—12% трупов) достаточно для того, чтобы полагать, что подобная форма отосклероза довольно широко распространена среди лиц с нарушениями слуха. Между тем, как показывают специальные исследования, в аудиологическом отношении речь здесь должна идти о квазинейросенсорной тугоухости, и лишь в отдельных случаях нарушения слуха имеют признаки истинной нейросенсорной тугоухости, что вполне укладывается в представления о разнообразии механизма развития заболевания. Однако совершенно очевидно, что обсуждаемое дифференцирование форм тугоухости открывает немалые возможности для реального выбора путей терапии и, особенно, реабилитации больных с ретрофенестральной локализацией очага отосклероза. Квазинейросенсорная тугоухость, по всей вероятности, может быть обусловлена сосудистыми расстройствами, некоторыми формами наследственной патологии, острыми аллергическими процессами, тогда как нарушения слуха в результате ототоксического действия антибиотиков и некоторых перенесенных инфекционных заболеваний с выраженным постоянством характеризуются признаками истинной нейросенсорной тугоухости.

При всей важности разделения истинной и квазинейросенсорной тугоухости нельзя исключить возможности не только сочетания, но и перехода со временем одной в другую, когда процесс, преимущественно функциональный, трансформируется в органический или распространяется на ранее интактные клеточные структуры.

Другой аспект проблемы классификации нейросенсорной тугоухости — это установление взаимоотношений между нарушениями слуховой функции и функцией равновесия. Теоретически трудно объяснить изолированное поражение переднего отдела лабиринта, то есть улитки, при интактности заднего отдела — полукружных каналов, если, разумеется, речь идет не о специфических для каждого отдела раздражителях. Практически же ситуация может быть связана с неодинаковой чувствительностью проб, используемых для оценки слуховой и вестибулярной функций. Последнее обстоятельство, по нашему мнению, если не обуславливает, то во всяком случае играет немалую роль в сложившемся представлении о частоте включения в патологический процесс слуховой и вестибулярной функций лабиринта. Результаты проведенных нами обследований большого числа больных, страдающих нарушениями слуха с той или иной степенью нейросенсорных расстройств (повышением порогов слышимости при костном проведении звуков в речевом диапазоне конвекциональной аудиограммы), показали изменения в функциональном состоянии вестибулярной части лабиринта в 88% случаев. При этом у подавляющего большинства больных такие изменения не совпадали с их жалобами. Они носили как бы скрытый характер и обнаруживались только при постановке специальных проб. Это позволило нам выделить из общего понятия кохлеарного неврита (по старой терминологии) обозначенные «кохлеовестибулит» (по той же старой терминологии) [1].

Эти заметки об аудиологической классификации затрагивают лишь отдельные стороны проблемы, но они были бы совсем неполными, если бы не включали в себя некоторых соображений о выделении из общего понятия нейросенсорной тугоухости внезапной и острой ее форм. Более подробное их изложение в анализом литературы мы дали в специальной статье [2] и потому в настоящем очерке ограничимся лишь ссылкой на нее. По не совсем понятным причинам в отечественной литературе прослеживается тенденция к использованию терминов внезапной и острой тугоухости как синонимов. И это в то время, когда во всех странах Запада, а также в Японии уже давно и совершенно

однозначно принято рассматривать внезапную тугоухость как нозологически самостоятельную форму, отличающуюся от острой тугоухости временем развития (в течение 12 ч), клиническим течением («гром среди ясного неба», ощущение обрыва провода в телефонной трубке), этиологическими факторами (вирусные заболевания — паротит, корь, герпес, сосудистые расстройства), степенью потери слуха (сразу развивающаяся глубокая тугоухость или глухота), возможностями самоизлечения. Если к этому добавить односторонность поражения (в 90—95% случаев) и отсутствие вестибулярной реакции, то станут очевидными самостоятельность данной формы тугоухости, необходимость выделения ее в классификации, разграничения с острой тугоухостью. Вообще же острая нейросенсорная тугоухость может отождествляться с острой стадией по-разному протекающего заболевания. Строгая идентификация внезапной тугоухости по всем упоминавшимся аудиологическим тестам еще предстает, но уже сегодня есть основания полагать, что эта форма развивается как квазинеуросенсорная тугоухость с возможным исходом при определенных условиях в истинную форму.

В настоящей статье изложены лишь отдельные соображения, касающиеся классификации нейросенсорной тугоухости. Разумеется, требуются ее дальнейшая систематизация и совершенствование. Проблема аудиологической классификации должна рассматриваться как неперемнное и основополагающее направление современного учения о нейросенсорной тугоухости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчун В. Т., Булаев Ю. Ю. Достижения клинической оториноларингологии. — М., 1985.
2. Пальчун В. Т., Сагалович Б. М. // Вести. оторинолар. — 1994. — № 15. — С. 5—12.
3. Сагалович Б. М. Слуховое восприятие ультразвука. — М., 1988.

Поступила 09.11.94.

AUDIOLOGIC CLASSIFICATION OF NEUROSENSORY HYPOACUSIS

V. T. Palchun, B. M. Sagalovich

Summary

The true and quasineurosensory hypoacusis is well-founded, the possibilities to distinguish the neurosensory hypoacusis with the presence of vestibular pathology and without it are considered. The basic regulations of differentiation of the sudden and acute neurosensory hypoacusis are given.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕНОВ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ

Ш. М. Исмаилов

*Кафедра оториноларингологии (зав.—доц. Х. А. Алиматов)
Казанского медицинского университета*

Значительная распространенность отосклероза в популяции (0,1—2% среди европейцев [13], 0,2% среди населения бывшего Советского Союза [3], 8,3% у белых американцев [14]) и полиморфизм его клинических проявлений требуют разработки дополнительных методов диагностики заболевания. В литературе имеются сообщения о донозологической диагностике отосклероза путем определения риска развития заболевания при семейных его формах [6, 8, 10], однако его проведение на практике довольно затруднительно [12].

Информативным признаком предрасположенности к развитию широкого спектра болезней человека, в том числе и патологии среднего уха, являются группоспецифические антигены HLA — продукты генов главного комплекса гистосовместимости (ГКГ) человека [1, 5, 9]. Механизмы подобных ассоциаций во многом неизвестны, однако использование антигенов ГКГ человека в качестве маркеров широко распространенных заболеваний способно оптимизировать их диагностику, существенно влиять на раскрытие этиологии и патогенеза болезней, а также уточнять пути наследственной передачи склонности к развитию заболеваний [1, 7].

Имеется ряд разноречивых сообщений об ассоциации отосклероза с системой HLA [10, 11, 15].

Целью настоящего исследования было изучение ассоциированности отосклероза, особенностей его клинического течения, значения наследственного фактора в развитии отосклероза и степени участия HLA системы в генезе семейных и несемейных форм заболевания в популяции жителей г. Казани.

Всем больным были проведены общесоматическое клиническое обследование, полный комплекс аудиологического исследования, гистотипирование и при положительном семейном

анамнезе — генеалогическое исследование с составлением родословной.

Нами исследовано распределение антигенных частот ГКГ среди 105 больных отосклерозом казанской популяции (татар — 52, русских — 53). Контрольной группой служили 113 здоровых коренных жителей г. Казани — доноров Республиканской станции переливания крови, результаты исследования которой были опубликованы ранее [2]. Фенотип ГКГ лимфоцитов, выделенных из гепаринизированной венозной крови больных отосклерозом путем седиментации в фиккол-верографинном градиенте плотности, определяли методом двухступенчатой микролимфоцитарной цитотоксичности [1]. Использовали панель гистотипирующих сывороток Санкт-Петербургского НИИ гематологии и переливания крови, выделяющей 9 антигенов локуса А, 17 антигенов локуса В и 5 антигенов локуса С.

Статистический анализ результатов исследования выполняли с использованием критериев Стьюдента, Фишера, Пирсона и коэффициента корреляции. Вычисляли генные частоты (р), показатели гаметной ассоциации (Д), их степень (г), вероятность ошибки (Р), ее скорректированное значение (Р_с), а также величину комбинированного риска (RR), этнологическую (EF) и превентивную (PF) фракции [1, 4].

Исследование было двухэтапным. На первом этапе обследовано 85 больных отосклерозом. Наследственный фактор по результатам генеалогического анализа выявлен у 15,3% больных, что согласуется с литературными данными [6]. Заболевание встречалось с одинаковой частотой у больных татарской (50,6%) и русской (49,4%) национальностей, составляющих большинство коренных жителей г. Казани. Тем не менее на основании фактов маркирования некоторых заболеваний разными антигенами HLA в различных национальностях [7] на

первом этапе исследований мы учитывали национальную принадлежность больных отосклерозом.

Больные были разделены на две подгруппы: 1г — 43 человека татарской национальности и 1р — 42 пациента русской национальности. Соответственно этому контрольная (2-я) группа также состояла из двух подгрупп: 2г (55 татар) и 2р (58 русских). Анализ полученных данных показал наличие значимых различий между группами больных отосклерозом и здоровых лиц в отношении антигенов A28, B18, B27, B38, B39, Вх и CWI. Частота неопределяемой аллели локуса В (Вх) в группе больных отосклерозом была выше, чем в контроле. Все остальные аллели встречались у больных отосклерозом реже. Эти тенденции были характерны как для татар, так и для русских в отношении всех антигенов, кроме B27 (последний не найден ни у одного лица татарской национальности). Степень некорректированной достоверности ($P < 0,05$; $P_c > 0,05$) была достигнута и в подгруппе русских у антигенов B40, Вх и CWI. Разница частот антигенов A28 и B38 была достоверна лишь у татар, а B18, B27 и B39 — лишь у русских. Следовательно, этнический признак не оказывает существенного влияния на формирование особенностей полиморфизма HLA больных отосклерозом. Хотя различия частот антигенов A28 и B38 более выражены у лиц татарской национальности, а антигенов B18, B27 и B38 — у русских, общие тенденции их снижения, особенно частот антигенов B40, Вх, CWI, у больных отосклерозом не зависят от национальности.

Как было показано ранее [2], популяции татар и русских, проживающих в г. Казани, достаточно близки между собой по частотному HLA-антигенному профилю. Два из трех антигенов, по содержанию которых различаются подгруппы татар и русских (A1 и A3), не участвуют в ассоциации с отосклерозом в национальных подгруппах. Третий антиген, определяющий эту разницу, — B27, не встретился ни у одного лица татарской национальности. Это позволяет объединить этнические подгруппы больных отосклерозом и на более обширном материале проанализировать

HLA-ассоциированность клинических особенностей течения, а также специфичность их аудиологических показателей.

Достоверную ассоциацию с отосклерозом проявили несколько антигенов. В их число вошли как антигены, ассоциированные с отосклерозом в этнических подгруппах (A28, B12, B18, B27, B40, Вх, CWI), так и два «новых» — A2 и Сх. Частота антигенов B38 и B39 не отличалась от контроля в объединенной группе больных отосклерозом, что свидетельствует или о случайности их ассоциации в этнических подгруппах, или об их ассоциированности с отосклерозом только в пределах «своей» национальности: B38 — в татарской, B39 — в русской.

В локусе А антиген A2 встречался достоверно чаще ($P < 0,02$; $RR = 1,96$; $EF = 0,253$), а антиген A28 — реже ($P < 0,02$; $RR = 0,156$; $PF = 5,081$). Степень их ассоциированности практически одинакова, что может быть связано с псевдоассоциированностью этих антигенов с отосклерозом в связи с наличием выраженной перекрестной реактивности их между собой [1, 5]. Поэтому мы воздерживаемся от выводов о наличии или отсутствии ассоциации отосклероза с антигенами A2 и A28 до результатов дальнейших исследований (панель гистотипирующих сывороток, использованная в нашем исследовании, не имела моноспецифических антисывороток к антигену A28).

Другой аллелью HLA, более частой в группе больных отосклерозом, оказался антиген B12 ($P < 0,03$; $RR = 2,249$; $EF = 0,150$). При разделении больных в зависимости от формы тугоухости (тимпанальной, смешанной, кохлеарной) встречаемость антигена B12 у лиц со смешанной формой отосклероза оказалась выше, чем у лиц с остальными формами.

Неопределяемые аллели локусов В и С (Вх и Сх) наблюдались у больных отосклерозом чаще, чем в контроле ($P < 0,0003$; $P_c < 0,004$; $RR = 2,44$; $EF = 0,141$ и $P < 0,04$; $P_c > 0,5$; $RR = 1,62$; $EF = 2,98$ соответственно). Это может быть связано с повышением гомозиготности по локусу В больных отосклерозом. Число лиц с неопределяемой второй аллелью локуса В среди больных составляет 38,8%, что превышает число подобных слу-

чаев в контроле (25,7%). У 7 (8,2%) больных отосклерозом определялся фенотип В12Вх. В контроле его имели лишь 2,7% индивидов, что свидетельствует о возможной ассоциированности отосклероза с гомозиготностью по В12, обусловленной или рецессивным характером сцепленного с В12 гена, от которого зависит предрасположенность к отосклерозу, или дозозависимым эффектом этого гена на развитие болезни.

Факт более высокой частоты Вх и Сх можно объяснить и наличием антигенов, ассоциированных с отосклерозом, определение которых было невозможно в наших исследованиях из-за отсутствия соответствующих антисывороток. На это указывает большая (9,4%), чем в контроле (3,5%), встречаемость фенотипа ВхВх у больных отосклерозом.

Антигены В18, В27, В40, СW1 наблюдались у больных отосклерозом несколько реже. Уровень скорректированного значения достоверности различий среди этих антигенов был зарегистрирован у антигена В40 ($P < 0,001$; $P_c < 0,04$; $RR = 0,086$; $PF = 9,643$). Снижение частоты антигена В40 было известно и ранее [11]. Антиген В27 не обнаружен ни у одного японца, больного отосклерозом [15]. Факт снижения частоты антигенов В18 и СW1 в группе больных отосклерозом установлен нами впервые. При обследовании больных данной категории в зависимости от форм заболевания антиген В40 был выявлен лишь при тимпанальной форме. Это свидетельствует, по нашему мнению, о неслучайности снижения частоты этого антигена в общей группе больных и дает возможность предположить своеобразное «протективное» воздействие антигена В40 на развитие отосклероза.

Таким образом, представляется немалым участие генетической системы HLA в детерминации предрасположенности к отосклерозу. Для выяснения тождественности генов постулируемым генам отосклероза [8] группа из 85 человек была разделена на две подгруппы: «наследственную» (15,3%) и «ненаследственную». В первую подгруппу вошли 13 человек со строго установленной семейной передачей болезни в нескольких поколениях. Вторую подгруппу составили

больные (72), у которых семейная передача была исключена на протяжении не менее чем двух поколений (по крайней мере, доступные сведения о родственниках не подтверждали семейную природу заболевания). Оказалось, что степень ассоциированности ненаследственной формы отосклероза с антигенами практически не отличается от таковой в общей группе, а по некоторым аллелям даже превышает силу ассоциаций: это касается антигенов А2, В12 и В18, показавших большую величину достоверности ассоциации. Антигены А28 и Сх, в отличие от таковых в общей группе, не проявили ассоциированности с несемейной формой отосклероза. Больные с «семейным» отосклерозом не имели ни одного антигена со значимой разницей частот по сравнению с контролем. С целью исключить возможность отсутствия данной разницы в связи с малочисленностью этой подгруппы (второй этап исследований) мы провели дополнительное гистотипирование еще 20 лиц, страдающих отосклерозом с семейной агрегацией. Результаты этих исследований подтвердили предположение об отсутствии HLA-ассоциированности семейных форм отосклероза: частоты антигенов объединенной подгруппы с наследственной формой отосклероза (33 чел.) практически не отличались от таковых в контрольной группе.

Анализ теоретических частот гаплотипов (гаметных ассоциаций) выявил 18 положительных и 5 отрицательных двухлокусных сочетаний аллелей HLA, встречающихся достоверно чаще или реже ожидаемого, исходя из закона случайного распределения. Три обнаруженных гаплотипа были более характерны для всей популяции в целом (В5-CW1, В27-CW1, А10-В38), остальные — для обследованной группы.

Гаплотипы с участием локуса С наблюдались гораздо чаще. Отрицательные гаметные ассоциации антигена А2 с антигеном В18 ($D = -0,01$; $g = -0,12$) и В38 ($D = -0,0063$; $g = -0,13$), между антигенами В12 и А28 ($D = -0,0038$; $g = -0,07$) и между В12 и СW1 ($D = -0,0029$; $g = -0,08$) свидетельствуют о вторичности отрицательной связи В18, В38, и СW1 с отосклерозом, связанной с неравновесным сцеплением этих анти-

генов с антигенами В12 и А2. В то же время антигены В27, В39 и В40 не имеют отрицательной ассоциированности с положительно маркирующими отосклероз антигенами А2, В12 и Вх.

Согласно результатам исследований, полиморфизм антигенов HLA в группе больных отосклерозом отличается некоторыми особенностями по сравнению с контролем. Они, скорее всего, не зависят от этнической предрасположенности больных. Наиболее вероятным HLA маркером, от которого в существенной степени зависит снижение риска развития отосклероза, является антиген В40; в исследованной группе он встречался с коррективированной достоверностью реже, чем в контроле. Как показал анализ гаметных ассоциаций, эта связь не определялась вторичной ассоциацией HLA—В40 с антигенами, более частыми в группе больных отосклерозом. Отрицательно ассоциировано это заболевание с антигенами В27 и В39 у лиц русской национальности. Снижение частоты HLA—А28, -В18, -В38 и СW1, скорее всего, вторично и обусловлено их отрицательной гаметной ассоциацией с антигенами, чаще наблюдавшимися у больных отосклерозом (А2, В12, Вх). Не исключено, что появление пары антигенов локуса А, положительно (А2) и отрицательно (А28) связанных с отосклерозом, носит характер псевдоассоциации, объясняемой перекрестной реактивностью.

Повышенная встречаемость неопределяемых аллелей локуса В (Вх) у больных отосклерозом свидетельствует, по нашему мнению, об увеличении числа гомозигот. Увеличение числа носителей антигена В12 указывает на его предрасполагающую роль в возникновении отосклероза, более выраженную при гомозиготной форме. Повидимому, ген В12 или сегрегирующий с ним ген чувствительности к отосклерозу обладает дозозависимым аддитивным эффектом.

Обнаруженные в общей группе больных отосклерозом ассоциации сохранялись лишь в подгруппе с наследственной формой заболевания, что свидетельствует, по нашему мнению, о несоответствии гипотетического аутомно-доминантного гена (или генов), обуславливающего развитие семейных форм отосклероза, генам системы HLA, детерминирующих устойчивость

или предрасположенность к развитию отосклероза при отсутствии семейного анамнеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зарецкая Ю. М. Клиническая иммуногенетика.— М., 1983.
2. Исмагилов М. Ф., Курмышкин А. А., Исмагилов Ш. М., Тананов А. Т.//Казанский мед. ж.—1992.—№ 3.—С. 161—164.
3. Никитина Ю. М. Потребность городского населения в сурдологической помощи, организации труда врачей и среднего медицинского персонала сурдологических кабинетов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.— М., 1979.
4. Певницкий Л. А.//Вестник АМН СССР.—1988.—№ 7.—С. 48—51.
5. Прокоп О., Геллер В. Группа крови человека: Пер. с нем.— М., 1991.
6. Сватко Л. Г. Отосклероз. Патогенез, морфогистология и хирургическое лечение отосклероза.— Казань, 1974.
7. Соценов А. М., Алексеев Л. П., Тананов А. Т. Антигены системы HLA при различных заболеваниях и трансплантации.— 1973.— № 6.— С. 51—56.
8. Холматов И. Б.//Вестн. оторинолар.—1973.—№ 6.—С. 51—56.
9. Шабалин Р. К., Серова Л. Д. Клиническая иммуногенетология.— Л., 1988.
10. Causo J. R., Causo J. B.//Am. J. Otol.—1984.—Vol. 5.—P. 211—223.
11. Dahlqvist A., Diamant H., Rantapää Dahlqvist, Cedergren B.//Acta Otolaryngol. (Stokh.).—1985.—Vol. 100.—P. 33—35.
12. Davis G. L.//Am. J. Otol.—1987.—Vol. 8.—P. 273—281.
13. Friedmann J. Pathology of the ear. Blackwell scientific publications.— Oxford, 1974.
14. Yoo T. J.//Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.—1984.—Vol. 93.—P. 28—33.
15. Nibu K.-I., Okuno T., Nomura G. et al.//J. Otolaryngol. Jap.—1990.—Vol. 93.—P. 606—610.

Поступила 01.10.94.

DISTRIBUTION OF HISTOCOMPATIBILITY ANTIGENS AMONG PATIENTS WITH OTOSCLEROSIS

Sh. M. Ismagilov

Summary

HLA-A-B-C phenotypes in 105 patients with otosclerosis, verified during operation and correlated with the results of histoidentification of 113 healthy persons are determined. It is suggested that the ethnic sign does not influence the formation of the peculiarities of HLA polymorphism. The patients were divided into two groups: with familial predisposition to otosclerosis (33) and without it (72). A2, B12, Bx, Cx antigens are more frequent among them and A28, B18, B27, B40 and Cw1 are less common. The associations, intending among the patients, are absent in patients with familial aggregation. The conclusions are made of the absence of the HLA-association of familial forms of otosclerosis and the existence of the gene, determining the stability to the development of otosclerosis (HLA-B40). It is not inconceivable that genes exist, predisposing to the development of infamilial form of the disease (B12).

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СРЕДНИХ ОТИТАХ

Р. М. Нурсаитова, О. А. Гурьянов

Клиническая больница № 12 (главврач — Т. Ф. Сафин), г. Казань

Хронический гнойный средний отит относится к группе наиболее распространенных заболеваний органов слуха, ведущих к развитию тугоухости [4]. При хроническом воспалении в процесс вовлекаются, как правило, все отделы среднего уха, причем характер поражения в разных отделах может быть различным [3]. В связи с этим лечение хронических гнойных средних отитов должно предусматривать окончательную ликвидацию воспалительного процесса во всех полостях среднего уха и желательное сохранение или восстановление в той или иной степени слуховой функции.

В современной отоларингологии существуют два направления: одномоментное проведение санирующей и функционального этапов операции, а также выполнение санирующей операции и функциональной тимпаноластики в два этапа [1, 2].

За полтора года в отделении патологии головы и шеи на стационарном лечении находился 501 человек с заболеваниями уха (табл. 1).

Таблица 1

Структура заболеваний уха

Нозологические формы	1993 г.	1994 г.
Заболевания наружного уха	30	29
Острые средние отиты	60	32
Хронические средние отиты	138	140
Нейросенсорная тугоухость	47	25
Всего	275	226

Как видно из табл. 1, хронические воспаления уха диагностированы у 278 человек.

Больным с хроническими воспалениями уха (117) было проведено комплексное консервативное лечение с preparительным взятием мазка из барабанной полости и наружного слухового прохода для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. У 37 больных в отделяемом из уха обнаружены стафилококки в сочетании с различными грибами, у 9 — совместно с синегнойной палоч-

кой, у 11 — с протеем, у 16 — стрептококк, и у 44 больных результаты исследования не получены. У большинства больных сохранялась чувствительность микрофлоры к ототоксическим антибиотикам, полимиксину и ристомицину. Одновременно с антибиотиками широкого спектра действия (заноцин, рефмин, полимиксин, цефаджет, ципролет, цифран) назначали антигистаминные препараты, сосудосуживающие капли в нос.

Для ликвидации гнойного процесса в ухе наряду с антибиотиками применяли широкий арсенал лекарственных средств (софрадекс, отинум, диоксидин, спиртовые капли). При аллергических формах предписывали местно (для разжижения отделяемого) гидрокортизон, дексаметазон, дексазон или дексан. При отомикозах использовали противогрибковые препараты, включая мази (микозолон, кандид), местно в порошках леворин, полимиксин, гризеофульвин. Нистатин назначали вместе с незаралом (незарал по 200 мг в день) в течение 7—10 дней.

Из физиотерапевтических процедур при лечении хронических средних отитов предпочтение отдаем лазеротерапии, однако применяем и испытанные методы физиотерапии: УФО, УВЧ, микроволновую терапию, электрофорез различных лекарственных препаратов.

Консервативная терапия в большинстве случаев дает кратковременный эффект, поэтому в настоящее время широко практикуется хирургическое лечение хронического воспаления уха.

Из 278 больных с хроническими средними отитами хирургическое вмешательство было произведено 161 (57,9%). У 49 из них был хронический мезотимпанит, у 63 — эпимезотимпанит, у 7 — эптитимпанит, у 2 — абсцесс мозга, у одного — отогенный менингит, у 5 — лабиринтит, у 2 — парез лицевого нерва, у 6 — мастоидит, у 6 — адгезивный отит, у 7 — отосклероз, у 17 — состояние после радикальной операции уха, у одного — врожденная

Виды хирургических вмешательств при хронических средних отитах

Операции	1993 г.	1994 г.
Мирингопластика	7	10
Тимпанопластика (различные варианты)	30	48
Санлирующие радикальные операции	6	9
Расширенная радикальная операция	2	1
Щадящая радикальная операция	7	6
Мастоидотомия	2	4
Репозиция, ревизия уха	9	8
Тимпанотомия	2	3
Стапедопластика	2	5
Формирование наружного слухового прохода	—	1
Удаление остеомы наружного слухового прохода	—	1

атрезия наружного слухового прохода, у 3 — секреторный отит.

Таким образом, осложненные формы хронического среднего отита (абсцесс мозга — у 2, менингит — у 1, лабиринтит — у 5, парез лицевого нерва — у 2, мастоидит — у 6) были обнаружены у 16 (5,8%) больных. Этих пациентов доставила в отделение служба скорой помощи. 3 больным произведена расширенная радикальная операция (2 — с пункцией вещества мозга, одному — с обнажением твердой мозговой оболочки), 5 — ревизия области горизонтального полукружного канала и фистулы лабиринта, 2 — ревизия в области канала лицевого нерва и окон преддверия, 5 — мастоидэктомия, одному — мастоидэктомия.

Аудиологическое обследование предусматривало изучение слуха на восприятие шепотной и разговорной речи, камертонное исследование, тональную пороговую и надпороговую аудиометрию. В перевязочной под операционным микроскопом ставили пробу с ваткой, смоченной вазелиновым маслом, для экранизации круглого окна. У всех больных определяли проходимость слуховых труб.

Слухоулучшающие операции проводили по следующим показаниям: а) при кондуктивной и смешанной тугоухости; б) мобильности окон лабиринта; в) нормальной или близкой к норме тубарной функции; г) наличии слизистой оболочки в барабанной полости.

Одноэтапная тимпаноластика при хронических средних отитах была выполнена 78 больным, в два этапа после предшествующего хирургического вмешательства в различные сроки — 17, заушный доступ использовали у 71 больного, эндоуральный — только у 7.

При всех вариантах санлирующих и пластических операций проводили тщательную ревизию барабанной полости, причем объем вмешательства зависел от патологических изменений, обнаруженных в ходе операции. После удаления патологических образований (грануляций, полипов, холестеатомных масс, утолщенной и измененной слизистой) проверяли проходимость устья слуховой трубы.

8 больным после улучшения проходимости евстахиевой трубы была выполнена ее катетеризация. К пластической части операции при одно-

ментной тимпаноластике приступали только после того, как убеждались в полном удалении патологических образований. В качестве пластического материала для формирования неотимпанальной мембраны использовали кожу заушной области, фасцию височной мышцы, двухслойный лоскут и трехслойный трансплантат, состоящий из аутофибриной пленки, истонченного хряща или перихондрия и кожи наружного слухового прохода. Приживление пластического материала и образование неотимпанальной полости были отмечены у 83 из 90 больных. У 30 прооперированных перфорация лоскута наступила в разные сроки после вмешательства; у 3 — лоскут не прижился; у одного возник его некроз. У 7 больных с отосклерозом после стапедопластики получены хорошие функциональные результаты. После операции больных переводили в палату интенсивной терапии ЛОР-отделения, где они находились под наблюдением врача-реаниматолога и медсестры.

Всем больным в зависимости от антибиотикограммы предписывали антибиотики в течение 7 — 10 дней и в первые сутки анальгетики на ночь. Первую перевязку производили через 7 — 8 дней. Исходя из величины сформированной полости, назначали электростимуляцию слуховой трубы при пониженной ее проходимости.

Таким образом, классическая радикальная операция вытесняется щадящим санлирующим вмешательством с различными формами пластики среднего уха. При хронических средних отитах показана наиболее ранняя хирургическая санация среднего уха, что позволяет, во-первых, сохранить элементы среднего уха и расширить возможности его реконструкции, во-вторых, уменьшить риск снижения слуховой функции, а по большому счету — и опасность для жизни больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петушков Е. В., Демина Г. Б. Современные методы диагностики и лечения заболеваний уха.— Казань, 1985.

2. Позосов В. С. Атлас оперативной отоларингологии.— М., 1983.

УДК 616.21—06—07—08

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОТОГЕННЫХ И РИНОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

С. Н. Серебрякова, Е. В. Петушков, А. Ю. Довгалюк, П. Д. Фирсов,
И. В. Ключикин, М. М. Ибатуллин

Республиканская клиническая больница (главрач — канд. мед. наук С. В. Абуладзе) МЗ РТ,
Республиканский медицинский диагностический центр
(главрач — доц. И. В. Ключикин), г. Казань

Внутричерепные осложнения имеют значительный удельный вес в структуре ЛОР-патологии, дают высокую летальность и потому их диагностика и лечение остаются актуальной задачей отоларингологов.

Поэтапному сравнительному анализу подвергнуто 912 истории болезни, составленных по поводу отогенных внутричерепных осложнений за 70 лет существования ЛОР-клиники. Частота их неуклонно снижается по десятилетиям [1] за счет уменьшения абсолютного числа больных гнойным средним отитом среди пациентов стационара. В настоящее время больные с внутричерепными отогенными осложнениями составляют 2—3% от общего числа госпитализированных с гнойными заболеваниями среднего уха [5]. По данным нашей клиники, частота внутричерепных осложнений за последнее десятилетие снизилась до 1%.

В подавляющем большинстве внутричерепные патологические процессы возникают при хронических гнойных эпитимпанитах с длительностью заболевания около 10 лет и более. В последние годы возрос удельный вес внут-

3. Потапов И. И., Овчинников Ю. М., Случанко А. П. Пособие по овладению слухоулучшающими операциями.— М., 1970.

4. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П. Заболевания среднего уха.— М., 1988.

Получила 01.11.94.

MEDICAL TACTICS IN CHRONIC OTITIS MEDIA

R. M. Nursaitova, O. A. Guryanov

Summary

It is advisable to perform cautious radical operations at the same time with plasty elements. The early surgical sanitation of the middle ear is recommended allowing to preserve its elements, to increase the possibilities of reconstruction and consequently, to decrease a potential danger for acoustic function of a patient as well as for his life as a whole.

ричерепных осложнений при острых отитах, особенно отогенных менингитов, что совпадает с данными других авторов [6]. Осложнения в виде менингитов возникают в первые дни заболевания острым отитом, что дало основание называть такие формы «молниеносными». Параллельно со снижением частоты внутричерепных осложнений уменьшается вызываемая ими летальность, однако ее уровень пока достаточно высок — от 8 до 33% [4, 7]. Снижение летальности по различным нозологическим формам происходит неравномерно. Если при отогенном менингите, синус-тромбозе и сепсисе летальность упала в десятки раз, то при абсцессах мозга и мозжечка, тем более при комбинированных осложнениях она снижается незначительно и еще довольно высока — от 36 до 58% [3, 5].

За последнее десятилетие (1984—1993) в клинике Казанского медицинского университета были лечены 2533 человека с воспалительными заболеваниями уха. Внутричерепные осложнения выявлены у 23 (около 1%), умерли 13 больных, то есть более полови-

Таблица 1

Частота отогенных внутричерепных осложнений (%) к числу оперированных больных с заболеванием среднего уха

Виды осложнений	1964— 1973 гг.	1974— 1983 гг.	1984— 1993 гг.
Синус-тромбоз и сепсис	29,6	20	13
Перисинуозный и экстрадуральный абсцессы	23,6	15,5	—
Комбинированные осложнения	20,2	28,7	47,8
Абсцесс мозга и мозжечка	14,6	11,3	13
Отогенный менингит	12,1	27,5	26,2

ны оперированных. Особенно важным и подлежащим обсуждению мы считаем обнаруженное при анализе изменения традиционного соотношения различных видов внутричерепной патологии по частоте (табл. 1).

Среди различных внутричерепных осложнений, зарегистрированных за последние 10 лет, доминируют комбинированные формы (47,8%), сопровождаемые наибольшей частотой летальных исходов (из 11 больных умерли 8). Для сравнения приводим данные за предыдущие десятилетия: в 1964—1973 гг. из 113 больных умерли 55, в 1974—1983 гг. из 23—8, в 1984—1993 гг. из 11—8. Очевидно, несмотря на уменьшение числа больных с комбинированными внутричерепными осложнениями летальность среди перенесших срочное хирургическое вмешательство не снижается, что связано с чрезвычайной тяжестью патологии, поступлением больных в поздние сроки от начала заболевания, а также трудностями диагностики. Наиболее часто в группе комбинированных осложнений сочетались абсцесс мозга или мозжечка и менингоэнцефалит, реже — абсцесс мозга и менингоэнцефалит или синус-тромбоз.

На второе место по частоте после комбинированных осложнений в последние годы вышел отогенный менингит — 6 (26,2%) больных, который развивается как осложнение острого отита на фоне респираторного вирусного заболевания. В подобных случаях весьма эффективно срочное хирургическое лечение. Следуя такой тактике, мы не имели в течение двух последних десятилетий ни одного летального исхода (табл. 2).

Таблица 2

Летальность при внутричерепных отогенных осложнениях (%)

Виды внутричерепных осложнений	1964— 1973 гг.	1974— 1983 гг.	1984— 1993 гг.
Синус-тромбоз и сепсис	1,8	0	0
Перисинуозный и экстрадуральный абсцесс	0,7	0	0
Комбинированные осложнения	48,7	34,7	72,8
Абсцесс мозга и мозжечка	18,3	11,1	27,2
Отогенный менингит	19,1	0	0

Как следует из данных табл. 2, из 23 больных за последнее десятилетие умерли 13 (56,5%). В структуре внутричерепных осложнений отитов половину составляют тяжелейшие комбинированные формы, что определяет высокий уровень летальности, характерный для этой патологии. Еще более высокой остается летальность при риногенных внутричерепных осложнениях. По данным клиники, за 50 лет на стационарном лечении находились 33 таких пациента с комбинированными поражениями: абсцессу мозга сопутствовали менингит или менингоэнцефалит. Из 33 больных умерли 12 (36,3%).

Высокий уровень летальности, характерный для этой патологии, обусловлен трудностями диагностики и оперативной тактики, особенно в случаях локализации абсцессов в отдаленных от околоносовых пазух отделах головного мозга.

В настоящее время для диагностики интракраниальной отогенной и риногенной патологии применяются различные способы исследования: ЭЭГ, ЭХОЭГ, пневмоэнцефалография, каротидная ангиография, исследование ликвора и другие. Однако с их помощью можно выявить лишь косвенные признаки поражения головного мозга.

В последнее десятилетие ведущими методами исследования головного мозга стали компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), которые обладают большой информативностью, позволяющей точно установить локализацию очага и определить характер внутричерепного

осложнения [2, 4]. Будучи неинвазивными методами, они не требуют подготовки больного и становятся особенно ценными в экстремальных случаях, так как не представляют угрозы для жизни больного. Кроме того, МРТ не дает лучевой нагрузки по сравнению с КТ и может быть использована многократно в процессе лечения для оценки его результатов [2].

Лечебная тактика при внутричерепных осложнениях синуситов включает экстренное хирургическое вмешательство с обязательным обнажением мозговой оболочки и пункцией вещества лобной доли мозга. Этот традиционный и испытанный десятилетиями опыт в настоящее время стал дискуссионным в связи с диагностическими возможностями КТ и МРТ. В нашей клинике эти методы применяются с 1991 г. в связи с открытием Республиканского диагностического центра. За данный период на стационарном лечении находились 4 пациента с риногенными внутричерепными осложнениями, развившимися на фоне хронических гнойных синуситов. У всех больных были диагностированы комбинированные осложнения: у одного — абсцесс лобной доли мозга с менингоэнцефалитом, у второго — абсцесс лобно-теменно-височного стыка с менингоэнцефалитом и субдуральным абсцессом, у третьего — 2 абсцесса лобной доли мозга с менингоэнцефалитом и у последнего — на фоне менингоэнцефалита эпидуральный абсцесс в лобно-теменной области и субдуральная эмпиема лобно-теменной и затылочной областей. Применение МРТ позволило обнаружить патологические изменения в полости черепа и выбрать следующие адекватные варианты оперативной тактики: в двух случаях был применен ринологический доступ с дренированием абсцессов лобной доли мозга, в остальных — нейрохирургический доступ с наложением фрезевых отверстий с приточно-отточным дренажем очагов поражения.

В качестве иллюстрации ринологического доступа и дренирования абсцессов лобной доли мозга приводим МРТ больного Г., 18 лет, на которой видно скопление воздуха в полостях абсцессов с небольшим уровнем остаточной жидкости. Непосредственных признаков перфорации желудочков нет, но об этом может свидетельствовать

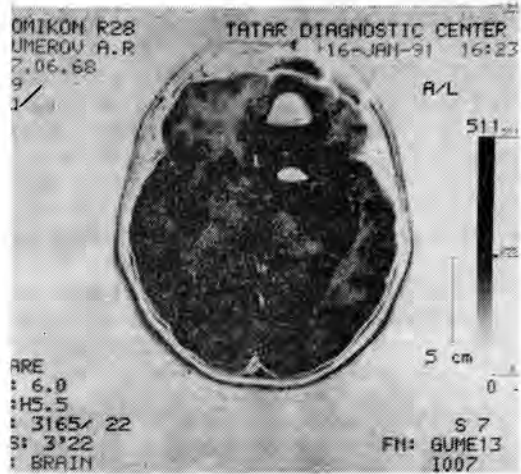


Рис. 1. МРТ больного Г. до операции.

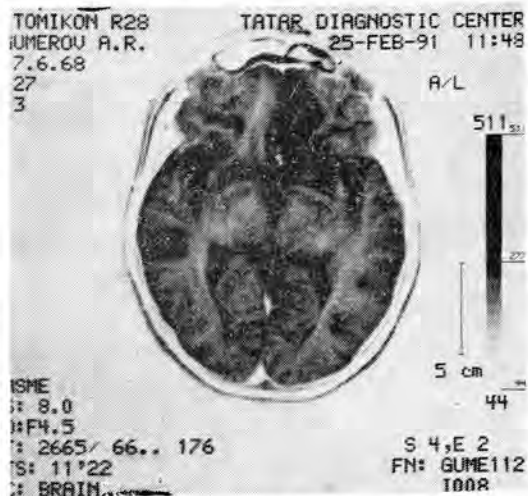


Рис. 2. МРТ этого же больного через один месяц после операции.

наличие в них воздуха. Небольшой отек в левой лобной доле. Через месяц после дренирования абсцессов была отмечена положительная динамика, выразившаяся на МРТ в полном спадении полости абсцесса и нормализации анатомической структуры мозга. Желудочки мозга обычные. Остаточные явления отека левой лобной доли и умеренные воспалительные изменения в лобной пазухе.

Из четырех последних наблюдений лишь в одном случае были получены положительные результаты лечения.

Итак, абсолютная частота внутричерепных осложнений отитов и синуситов за последние 20 лет, по материалам клиники, снижается. Вместе с тем летальность не имеет тенденцию к

уменьшению, а при комбинированных внутричерепных осложнениях, преобладающих в настоящее время, даже возрастает. Наиболее информативными методами диагностики внутричерепных отогенных и риногенных поражений головного мозга являются КТ и МРТ, позволяющие выбрать адекватную хирургическую тактику лечения для санации очага инфекции в полости черепа. Имея неспоримые преимущества перед другими методами диагностики, КТ и МРТ не облегчают самого процесса лечения больного, поэтому летальность при отогенных и риногенных внутричерепных осложнениях до сих пор достаточно высока. Превалирование комбинированных форм внутричерепных осложнений отитов и синуситов и сохранение высокой летальности требуют совершенствования методов не только диагностики, но и лечения этой тяжелейшей патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов В. Н., Серебрякова С. Н., Нечипуренко Р. А. Патогенез, клиника и лечение негнойных и гнойных заболеваний уха.— Казань, 1974.
2. Ключкин И. В., Камалов И. И.//Казанский мед. ж.— 1993.— № 3.— С. 185—189.

УДК 616.211—002—085.849.19

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ И НОВЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Ю. В. Митин, Д. О. Михайловский

Кафедра оториноларингологии (зав.— проф. Ю. В. Митин)
Украинского медицинского университета, г. Киев

С целью изучения патогенеза вазомоторного ринита и изыскания патогенетических методов лечения нами исследовано функционирование в слизистой оболочке полости носа клеток АПУД-системы (Amine Precursors Uptake and Decarboxylation). Основной функцией последней является накопление предшественников биогенных аминов с их последующим синтезом. Сопоставление вазомоторных расстройств слизистой оболочки носа с уровнем функциональной активности местных аюдоцитов было проведено на модели вазомоторного ринита у 39 кроликов. Моделирование осуществлялось путем обратимой фармакологической десимпатизации животных с помощью внутримышечного ежедневного введения резерпина из расчета

3. Лурье А. З. Неотложная помощь в оториноларингологии.— М., 1983.

4. Миразизов К. Д., Буссель Л. Г., Ходжаева К. А., Мухамеджанов Н. З.//Вестн. оториноларингол.— 1988.— № 3.— С. 27—32.

5. Солдатов И. Б. Руководство по оториноларингологии.— М., 1994.

6. Шустер М. А., Мищенко Т. М., Неотложная оториноларингология.— М., 1984.

7. Ярлыков С. А., Волков В. А. Гнойный средний отит и отогенные внутричерепные осложнения.— Иваново, 1972.

Поступила 01.10.94

CURRENT METHODS OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INTRACRANIAL OTOGENIC AND RHINOGENIC COMPLICATIONS

S. N. Serebryakova, E. V. Petushkov,
A. Yu. Dougaljuk, P. D. Firsov,
I. V. Klyushkin, M. M. Ibatullin

Summary

On the basis of the archival material of the Kazan otolaryngologic clinic, the comparative analysis of intracranial rhinogenic and otogenic pathology is performed by stages. In the presence of a general decrease of the intracranial complications rate during the last 20 years in this pathology structure the combined lesions prevail, which determines the high level of lethality. Computer tomography and particularly MRT-tomography allow to reveal the infection focus in the skull cavity and to define the adequate surgical tactics.

0,5 мг/кг массы тела в течение 4 суток. О выраженности вазомоторных расстройств слизистой оболочки полости носа судили по данным ринопневмометрии и изменению веса стандартных трубочек, впитывающих носовой секрет.

В слизистой оболочке носа у животных и человека (материал получен при нижней конхотомии) при окраске по методу Гримеллуса выявлены аргирофильные клетки, расположенные диффузно либо скоплениями, преимущественно около сосудов микроциркуляции русла. Они были округлой, овальной или треугольной формы с основанием на базальной мембране, некоторые из них — с тонким отростком на апикальном полюсе, который направлялся в сторону полости носа или просвета сосуда. Клетки имели округлое ядро, сдвинутое в апикальный полюс. Применение метода Севки позволило выделить среди них две основные гистохимические группы — апу-

доциты, содержащие гистамин и серотонин (Г- и С-клетки).

Проподимость полости носа у десимпатизированных животных составила в среднем $6,93 \pm 0,59$ кПа (норма — $3,99 \pm 0,64$ кПа), а уровень носовой секреции — $3,59 \pm 1,02$ кПа (норма — $1,46 \pm 0,62$ кПа). При этом в препаратах слизистой оболочки носа кроликов обнаружено снижение количества Г-клеток с $5,64 \pm 0,11$ до $3,36 \pm 0,07$ ($P < 0,05$), и С-клеток с $3,04 \pm 0,09$ до $1,91 \pm 0,03$ ($P < 0,05$). При электронно-микроскопическом исследовании установлено обеднение цитоплазмы Г- и С-клеток секреторными гранулами (без признаков структурных изменений), что может обусловить их невыявляемость гистохимическим методом Севки из-за недостаточной концентрации биогенных аминов, вступающих в реакцию с красителем.

В группе животных, у которых был смоделирован вазомоторный ринит, ежедневно в течение 4 суток проводили эндоназальную лазерную терапию гелий-неоновым лазером (мощность — 4 мВт, экспозиция — 300 с), после этого проходимость полости носа и носовая секреция нормализовались соответственно до $4,79 \pm 0,35$ кПа и $1,33 \pm 0,36$ кПа. Количество С-клеток в образцах слизистой оболочки носа значительно увеличилось (до $6,15 \pm 1,12$), а Г-клеток составило $4,33 \pm 1,02$ ($P < 0,05$). Электронно-микроскопическое исследование также подтверждает резкую нормализацию функционально-морфологических свойств С-клеток: число гранул возрастает, многие из них прилежат к клеточной мембране, а в некоторых случаях наблюдается экзоцитоз гранул С-клеток. Количество Г-клеток увеличивается, но статистически недостоверно.

При выполнении клинического раздела работы проведены обследование, лечение и динамическое наблюдение за 100 больными с нейровегетативной формой вазомоторного ринита.

Для оценки функционального состояния слизистой оболочки полости носа применены риноспневография и фотореография, позволяющие документировать и вычислять следующие показатели: скорость входа (СВ), амплитуду пульсовой волны (АПВ) и скорость нарастания пульсовой волны (СНПВ). У здоровых лиц СВ достигала $3,11 \pm 1,10$, АПВ — $31,17 \pm 5,05$, СНПВ — $4,17 \pm 1,05$, у больных с нейровегетативной формой вазомоторного ринита — соответственно $1,12 \pm 0,45$, $12,60 \pm 3,39$ и $1,43 \pm 0,46$. В каждом случае сравнения соответствующих показателей разница была статистически значима ($P < 0,05$). Курс эндоназальной лазерной терапии проводили гелий-неоновым лазером мощностью 4 мВт при экспозиции 300 с для каждой половины полости носа (всего 8 сеансов с интервалом в 24 часа).

Эндоназальная лазерная терапия больных с нейровегетативной формой

вазомоторного ринита оказалась эффективной в 80% наблюдений. Показатели, характеризующие носовое дыхание и гемодинамику в слизистой оболочке полости носа у леченных пациентов, от таковых у здоровых лиц, достоверно не отличались: СВ — $3,21 \pm 0,83$, АПВ — $29,75 \pm 4,56$, СНПВ — $4,02 \pm 0,96$.

В образцах слизистой оболочки полости носа у пациентов с нейровегетативной формой вазомоторного ринита количество Г-клеток составило $5,03 \pm 0,31$, С-клеток — $2,74 \pm 0,16$. У лиц же, которым был проведен курс лазерной терапии, число Г-клеток статистически достоверно снизилось до $1,16 \pm 0,20$ ($P < 0,05$), а количество С-клеток достоверно повысилось до $7,30 \pm 0,65$ ($P < 0,05$).

Электронно-микроскопическое исследование образцов слизистой оболочки носа также показало изменение функциональных свойств Г- и С-клеток под влиянием лазерной терапии. В Г-клетках выявлено уменьшение секреторных гранул; отмечены вакуолизация цитоплазмы, снижение в ней числа митохондрий и рибосом; контуры ШЭВ были неотчетливы. В С-клетках, наоборот, увеличилось число секреторных гранул; в отдельных случаях наблюдались различные этапы их экзоцитоза. Митохондрий и рибосом в цитоплазме было достаточно много, а состояние профилей ШЭР и аппарата Гольджи свидетельствовало об усилении синтетических процессов в С-клетках.

Анализ этих данных и сопоставление их с результатами, полученными в ходе экспериментального исследования, позволили с уверенностью констатировать участие апудцитов слизистой оболочки полости носа в патогенезе нейровегетативной формы вазомоторного ринита и выраженный апудотропный эффект излучений гелий-неонового лазера.

Несмотря на высокую эффективность лазерной терапии вазомоторного ринита, не следует забывать и о значительном числе пациентов, лечение которых консервативными средствами к успеху не привело. В таких случаях неизбежно встает вопрос о хирургическом лечении. В настоящее время основные способы хирургического лечения больных вазомоторным ринитом сводятся к операциям на нижних (реже средних) носовых раковинах, имею-

щим целью коррекцию их формы и объема. Традиционные методы конхотомии, предусматривающие удаление части носовой раковины вместе со слизистой оболочкой, весьма травматичны, ведут к атрофии последней и нарушают ее защитную функцию. Поэтому предпочтительнее применять подслизистые варианты конхотомии, однако широкому их распространению мешают плохой обзор оперированного поля и обильное кровотечение. В связи с этим данный метод за 80 лет своего существования нашел применение лишь в отдельных клиниках [2].

Изложенное являлось основанием для разработки способа подслизистой конхотомии, лишенного указанных недостатков. Известные методы подслизистой конхотомии предусматривают формирование блока ткани, подлежащего удалению, микронструментами через разрез слизистой оболочки носовой раковины в области переднего ее конца. Нами же для этого использовано свойство ткани примораживаться к охлажденному предмету. В ходе хирургического вмешательства после предварительной анестезии в толщу носовой раковины мы вводим кризонд на всем ее протяжении и охлаждаем до -30 , -40°C . Это приводит к намораживанию вокруг него блока ткани, размер которого зависит от длительности замораживания. После распространения зоны замораживания до слизистой оболочки полости носа удаляем зонд из толщ раковины, а вместе с ним и примерзший блок ткани. Момент извлечения зонда, а отсюда и объем удаляемой ткани определяются хирургом исходя из тактильных ощущений и визуально. Кровотечения в ходе операции не возникает, после удаления блока ткани оно незначительно (через отверстие в переднем конце носовой раковины) и не требует, как правило, тампонады полости носа.

По описанному методу нами прооперировано 120 больных с нейровегетативной формой вазомоторного ринита. Все пациенты перенесли хирургическое вмешательство удовлетворительно. У 14 из них непосредственно после операции возникло носовое кровотечение, потребовавшее двусторонней передней тампонады полости носа. У 54 лиц незначительное кровотечение из раневого канала было остановлено

прижатием передних концов нижних носовых раковин марлевыми шариками, а у 52 никакой тампонады не производили ввиду спонтанной остановки кровотечения на операционном столе. В 1-е сутки после операции отдельные пациенты чувствовали головную боль, а большинство (102) — резкое затруднение носового дыхания. Визуально у всех на 1—7-е сутки после вмешательства обнаружены резкое утолщение нижних носовых раковин и наличие в полости носа значительного количества густой прозрачной слизи. До конца недели у всех больных сохранялся след раневого отверстия диаметром от 2 до 3 мм. К 3-м суткам после вмешательства, как и следовало ожидать, показатели носового дыхания и гемодинамики в слизистой оболочке полости носа ухудшились по сравнению с исходными: АПВ стала равна $12,30 \pm 3,07$, исходная — $12,60 \pm 3,39$; СНПВ — $1,12 \pm 0,32$, исходная — $1,43 \pm 0,46$; СВ — $0,78 \pm 0,33$, исходная — $1,12 \pm 0,45$. В дальнейшем состояние пациентов стало улучшаться, и к концу двухнедельного срока наблюдения наступила нормализация проходимости полости носа (СВ — $4,41 \pm 1,51$ при норме $3,11 \pm 1,10$), но с несколько сниженными показателями гемодинамики (АПВ — $18,12 \pm 4,46$ при норме $31,17 \pm 1,10$; СНПВ — $2,64 \pm 0,60$ при норме $4,17 \pm 1,05$). У подавляющего большинства пациентов жалобы отсутствовали, носовые раковины приобрели нормальный вид. У 12 больных состояние субъективно улучшилось, однако их не удовлетворяло носовое дыхание. Объективные показатели у них были следующими: АПВ — $14,47 \pm 3,12$, СНПВ — $2,25 \pm 0,55$, СВ — $2,07 \pm 0,80$, что было расценено как отсутствие эффективности лечения. Через один месяц после операции средние величины показателей равнялись соответственно $3,32 \pm 0,78$, $3,32 \pm 0,78$ и $3,39 \pm 0,72$.

Положительные результаты лечения (такowymi их расценивали при отсутствии жалоб, изменений слизистой оболочки полости носа и нормализации объективных данных) констатированы у 108 (90%) человек. В отдаленном периоде (спустя один год после подслизистой криоконхотомии) эффективность вмешательства составила 86,6% при следующих значениях объективных показателей: АПВ —

31,17±5,50, СНПВ — 4,17±1,05 и СВ — 3,23±1,07.

Для повышения эффективности лечения, а также сокращения его сроков нами с учетом полученных ранее данных об апудотропном действии лазерного излучения [1] в послеоперационном периоде применено облучение слизистой оболочки полости носа гелий-неоновым лазером мощностью 4 мВт и экспозицией по 300 с для каждой ее половины. Курс составил 8 сеансов. Первый сеанс начинали на следующий день после проведения подслизистой криоконхотомии.

Изучение в динамике объективных показателей, характеризующих проходимость полости носа и микроциркуляцию в слизистой оболочке полости носа, показало, что у 80 пациентов, получивших в послеоперационном периоде курс эндоназальной лазерной терапии, процессы восстановления функций шли более интенсивно, чем у лиц, не принимавших такого лечения. Так, АПВ составила у них на 3—4-е сутки после операции 16,26±4,12, СНПВ — 2,00±0,38, СВ — 1,72±0,76, что статистически значительно лучше соответствующих показателей в первой группе. В отдаленном же периоде (спустя один год после лечения) показатели оказались ближе к нормальным — соответственно 3,17±1,15, 3,15±0,90 и 28,12±5,06. Эффектив-

ность лечения составила к концу годичного срока наблюдений 91,2%.

Таким образом, способ подслизистой криоконхотомии отличается малой травматичностью, простотой и высокой эффективностью. Применение в послеоперационном периоде дополнительно эндоназальной лазерной терапии позволяет ускорить репаративные процессы в слизистой оболочке полости носа и получить в отдаленные сроки более устойчивый положительный эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Митин Ю. В., Михайловский Д. О., Покаянй Н. С. Материалы VII съезда оториноларингологов УССР.— К., 1989.— С. 239 — 240.
2. Шеврыгин Б. В. Атлас оперативной оториноларингологии.— М., 1983.

Поступила 01.10.94.

LASERTHERAPY AND A NEW SURGICAL METHOD OF THE TREATMENT OF VASOMOTOR RHINITIS

Yu. V. Mitin, D. O. Mikhailovsky

Summary

In unsuccessful conservative therapy it is advisable to use the original method of surgical intervention: a cryoprobe point is brought into the submucous space of the inferior turbinated bone and after preliminary process of freezing it is removed with freezing soft tissue block. Positive results are obtained in 90% of the patients.

УДК 616.216—06:617.76—07—089.8

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНУИТОВ

П. Д. Фирсов, А. Ю. Догалюк, А. И. Сабиров

Кафедра оториноларингологии (зав.— доц. Х. А. Алиматов)
Казанского медицинского университета,

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

Частота риногенных орбитальных осложнений варьирует от 0,5 до 6,2%. У взрослых осложнения такого рода возникают чаще всего при фронтосинусите, поли- и пансинуситах [4]. Соотношение структурных элементов околоносовых пазух и глазницы отличается большим разнообразием. Наличие в этой области костных образований сложной конфигурации делает обычные рентгено- и томограммы мало информативными. На современном этапе большую роль отводят компьютерной томографии (КТ), с помощью

которой удается визуализировать медиальную стенку глазницы и околоносовые пазухи [2, 3, 8].

С 1983 по 1993 г. в ЛОР-отделении на стационарном лечении находились 12 мужчин с различными синусогенными заболеваниями орбиты, что составило 0,6% к числу всех больных с воспалительными заболеваниями носа и его околоносовых пазух, леченных в стационаре за это время. 5 больных были моложе 18 лет, возраст 2 — от 18 до 50, 5 — старше 50. Догоспитальное лечение получили 6 больных, не обращавшихся за медицинской помощью — 6. В течение 3 суток с момента заболевания в отделение поступили 5 больных, остальные — в более поздние сроки. 4 человека в качестве

Виды орбитальных осложнений при различных видах синуситов

Формы синусита	Орбитальные осложнения						Тактика лечения	
	реактивный отек	переносит	субпериостический абсцесс	абсцесс века	ретробульбарный абсцесс	флегмона орбиты	консервативная	хирургическая
Острый	2	1	2		1	1	3	4
Хронический гнойный	1			1				2
Хронический гнойный гиперпластический				1				1
Хронический полипозно-гнойный		1	1					2
Всего	3	2	3	2	1	1	3	9

причины заболевания указали на простуду, а 3 — на травму, 2 — были ранее прооперированы на околоносовых пазухах.

Согласно данным риноскопии, у 6 больных был отек слизистой оболочки полости носа, у 3 — слизисто-гнойное и гнойное отделяемое в среднем носовом ходе; у одного больного носовые ходы были obturированы полипами, у 2 — риноскопическая картина была без особенностей.

При рентгенографическом исследовании обнаружены односторонний пансинусит (у 5), односторонний фронтосфеноидит (у 2), односторонний фронтосфеноидит с затемнением основной пазухи (у 1), односторонний гайморосфеноидит (у 1), тотальное затемнение всех околоносовых пазух (у 3). Лейкоцитоз и увеличенная СОЭ выявлены у 10 больных.

Изменения со стороны глаза и прилежащих тканей варьировали в зависимости от формы орбитального осложнения. Они были минимальными при реактивном отеке век и орбитальной клетчатки и остеоперистите. При этих формах орбитальных осложнений, выявленных у 7 больных, наблюдалась гиперемия конъюнктивы, нередко хемоз и экзофтальм.

При более тяжелых формах — субпериостальном абсцессе, флегмоне орбиты, ретробульбарном абсцессе — отмечено расширение вен сетчатки (у 3), застойные явления на глазном дне (у 2), ретробульбарный неврит с переходом в частичную атрофию зрительного нерва (у 1). В последнем случае имело место понижение зрения до 0,02 ед. без коррекции.

Анализ орбитальных осложнений с учетом операционных находок показал, что при острых синуситах наряду с контактным путем распространения инфекции имеет место, по-видимому, и сосудистый путь. При этом поражаются как передние, так и задние отделы орбиты. В таблице дан спектр всех возможных орбитальных осложнений острых синуситов. В то же время при хронических формах заболеваний патологические изменения локализуются преимущественно в передних отделах орбиты.

Больных с орбитальными осложнениями параназальных синуситов лечили совместно с окулистами. При гнойном воспалении в орбите и ухудшении зрения срочно одномоментно вскрывали все вовлеченные в патологический процесс околоносовые пазухи с ревизией орбиты с целью элиминации очага. Всем больным кроме массивного противовоспалительного дезинтоксикационного, дегидратационного лечения, а также витаминотерапии потребовались различного рода оперативные вмеша-

тельства. У 4 больных имело место обострение хронического гнойно-полипозного фронта в сочетании с поражением передних решетчатых клеток. Всем им была проведена радикальная операция на лобной пазухе. Одному больному выполнена лобно-решетчатая трепанация по Муру, еще одному — двусторонняя фронтотомия (ревизия обеих лобных пазух) со вскрытием клеток решетчатого лабиринта. Одномоментную радикальную операцию лобной и верхнечелюстной пазух перенесли 2 человека с флегмоной орбиты и ретробульбарным абсцессом, при этом у одного вскрыты клетки решетчатого лабиринта, а у другого — основная пазуха. Операционные находки свидетельствуют о наличии костных дефектов стенок пазух — фистул (у 4). Во всех случаях имело место обострение хронического воспалительного процесса в околоносовых пазухах. 3 больным с реактивным отеком век и периститом было проведено консервативное лечение.

В настоящее время в диагностике и лечении заболеваний околоносовых пазух широко используют эндоскопические методы. Теоретической основой функционального эндоскопического вмешательства околоносовых пазух, разработанной в 70-е годы В. Мессерклингером, является признание риногенной природы большинства синуситов. Обычно исходной точкой для нарушения дренажа верхнечелюстных и лобных пазух служит узкая стенозированная область, находящаяся в передних отделах среднего носового хода, передней группе пазух решетчатой кости. Для планирования объема предстоящего эндоскопического вмешательства необходимо сочетание эндоскопических методов с КТ [6, 8]. В литературе имеются лишь отдельные публикации об эффективности эндоскопических вмешательств при орбитальных осложнениях синусита [5, 7].

В качестве примера приводим наблюдение из собственной практики.

Х., 15 лет, поступил в ЛОР-отделение 15.08.1994 г. по поводу головных болей в области лба, припухлости правого верхнего века, затрудненного носового дыхания. Из анамнеза установлено, что заболевание началось за 4 дня до поступления с подъема температуры до 39° С, сильной боли в области лба. Через сутки закрылся правый глаз.

При поступлении общее состояние средней тяжести, температура тела — 38°С. Асимметрия лица за счет припухлости правого верхнего века, болезненность при пальпации лобной пазухи справа. При риноскопическом ис-

следовании слизистая носа гиперемированная, отечная; в среднем носовом ходе справа в небольшом количестве слизисто-гнойный секрет. Остальные ЛОР-органы без патологии.

Анализ крови от 15.08.1994 г.: Нб — 2,4 ммоль/л, эр. — $4,4 \cdot 10^{12}/л$, л. — $11,2 \cdot 10^9/л$, п. — 3%, с. — 62%, лимф. — 27%, м. — 7%, эоз. — 1%; СОЭ — 27 мм/ч.

На рентгенограмме околоносовых пазух от 15.08.1994 г. отмечаются горизонтальный уровень жидкости в правой лобной пазухе, понижение пневматизации правой верхнечелюстной пазухи и клеток решетчатого лабиринта. 15.08.1994 г. произведена пункция правой верхнечелюстной пазухи — содержимого не получено.

Осмотрен окулистом: правое глазное яблоко смещено книзу и вперед, движение глаза сопровождается двоящим. Конъюнктивита глазного яблока гиперемирована. На глазном дне — легкая завуалированность границы диска зрительного нерва справа, вены умеренно расширены, извиты.

Клинический диагноз: правосторонний острый гемисинусит, осложненный реактивным отеком правой орбиты.

Назначена массивная противовоспалительная, антикоагулянтная терапия. 16.08.1994 г. произведена трепанопункция правой лобной пазухи, соустье частично заблокировано, пазуху промывали под давлением, получен крошковатый гной. В послеоперационном периоде сохранялся птоз; температура тела достигала $38^{\circ}C$; отмечалась болезненность в области лобной пазухи справа, при ее промывании выделялось обильное гнойное содержимое.

18.08.1994 г. произведена КТ околоносовых пазух. В правой лобной и верхнечелюстной пазухах определялись уровень жидкости и затемнение передних решетчатых клеток. Задние решетчатые клетки пневматизированы, основная пазуха справа анатомически малых размеров, левая — обычных размеров, пневматизация не нарушена.

Осмотрен окулистом в динамике: сохраняются ограничение движения правого глаза, диплопия, завуалированность границы диска зрительного нерва, расширенность вен.

Заключение: реактивный отек тканей правой орбиты.

С учетом данных КТ, свидетельствующих о патологическом процессе в передних решетчатых клетках справа, затруднении оттока из правой лобной и верхнечелюстной пазух, явлений реактивного отека тканей правой орбиты, 18.08.1994 г. проведена эндоскопическая полисинусотомия справа. Под контролем эндоскопа вскрыты передние решетчатые клетки. Слизистая резко утолщена, отделяемое слизисто-гнойное. Идентифицировано лобно-носовое соустье, через которое поступает гной. Удалена патологически измененная слизистая из просвета лобно-носового канала. Естественное соустье правой верхнечелюстной пазухи при зондировании стенозировано. Произведено его расширение вперед до 1,5 см.

В послеоперационном периоде продолжены массивная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, тщательная анемизация среднего носового хода, промывание верхнечелюстной и лобной пазух, УВЧ-терапия.

На 2-е сутки после операции птоз уменьшился, прекратились гнойные выделения из

лобной пазухи. На 5-е сутки после операции глазная щель стала намного шире, птоз незначителен; диск зрительного нерва правого глаза имеет отчетливые границы, вены слегка расширены.

Заключительный диагноз: правосторонний острый гнойный гемисинусит, осложненный перисинуситом, реактивным отеком верхнего века справа. Большой выписан на 22-е сутки от момента поступления.

Приведенное наблюдение представляет интерес в связи с определенными трудностями, возникшими в процессе диагностики гнойных и негнойных орбитальных риносинусогенных осложнений, и особенностями тактики оказания неотложной помощи. Применение современных методов диагностики (КТ) позволяет более четко дифференцировать эти патологические процессы. При оказании экстренной помощи больным с риносинусогенными орбитальными осложнениями необходимо пользоваться щадящими эндоскопическими методами хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлов В. С. // Российская ринология. — 1993. — Прил. 1. — С. 42 — 43.
2. Кузнецов С. В., Накатис Я. А., Конеченкова Н. Е. // Вестн. оториноларингол. — 1987. — № 3. — С. 8 — 12.
3. Плужников М. С., Лаврентева Г. В. Воспалительные и аллергические заболевания носа и околоносовых пазух. — Киев, 1990.
4. Сальникова Э. А., Селин В. Н. Неотложная оториноларингология. — М., 1984.
5. Amedee R. G., Mann W. I., Gilsbach I. B. // Arch. Otolaryngol. — 1990. — Vol. 155. — P. 1103—1106.
6. Kopp W., Stammberger H., Jotter R. // Europ. J. Radiol. — 1988. — Vol. 8. — P. 153—156.
7. Stammberger H., Posawetz W. // Europ. Arch. Oto-Rhino-Laryngol. — 1990. — Vol. 247. — P. 63—67.
8. Zinkeich S. J., Kennedy P. W., Rosenbaum A. E. et al. // Radiology. — 1987. — Vol. 163. — P. 769—775.

Поступила 01.10.94.

ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ORBITAL COMPLICATIONS OF SINUSITIS

P. D. Firsov, A. Yu. Doogalyuk,
A. I. Sabirov

Summary

It is necessary to use the current possibilities of the diagnosis, namely, the computer tomography and endoscopic methods of the surgical treatment in providing service to patients with orbital complications of sinusitis.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКИХ СИНУИТОВ

В. И. Красножен, Р. У. Батыршин, Р. В. Латыпов

*Кафедра оториноларингологии (зав.—доц. Р. У. Батыршин)
Казанского института усовершенствования врачей*

Теоретической предпосылкой эндоскопической функциональной ринохирургии является признание риногенной природы большинства синуситов. Если воспалительный процесс в околоносовых пазухах не поддается санации или рецидивирует, причину этого следует искать в полости носа, решетчатом лабиринте, области естественных соустьев синусов.

Целью эндоскопических вмешательств было устранение обструкции соустьев околоносовых пазух. Наилучшие результаты наблюдаются в тех случаях, когда операцию производят впервые у данного больного. В ходе нее хирург встречает на своем пути 4 хорошо различимые костные пластинки: 1) крючковидный отросток; 2) переднюю стенку решетчатой буллы; 3) базальную пластинку средней носовой раковины; 4) переднюю стенку основной пазухи. Идентификация этих опознавательных пунктов — условие профилактики поврежденных интракраниальных и орбитальных структур [1]. Необходимо также отчетливо проследить бумажную пластинку, крышу решетчатого лабиринта, переднюю и заднюю решетчатые артерии.

Слизистая оболочка крыши решетчатого лабиринта отличается от слизистой других его стенок более желтым цветом; кроме того, она чувствительнее к механическому воздействию. Преимущество местной анестезии при эндоскопических операциях заключается в том, что в случае контакта инструмента с основанием черепа или глазницы пациент сразу почувствует боль и предупредит хирурга. Поэтому большое значение имеет правильный инструктаж больного до операции.

Для осмотра полости носа и проведения операций мы используем жесткие эндоскопы и специальный риноинструментарий фирм «К. Шторц» и «Р. Вольф» (Германия). Большинство операций выполняют через носию с одновременным введением риноинструмента, который находится в поле зре-

ния хирурга и обеспечивает таким образом точность движений.

Для планирования объема эндоскопической операции необходимо знать строение остеоэталного комплекса, состояние передних отделов решетчатого лабиринта. Обычная рентгенография околоносовых пазух дает очень мало информации об этой области. Оптимально сочетание эндоскопии с компьютерной томографией. Кроме того, мы используем микрохирургический подход, позволяющий в ряде случаев получать дополнительные сведения.

Показаниями к эндоскопическому функциональному вмешательству являлись стойкое затруднение носового дыхания, рецидивы синусита, полипозные риносинуситы, кисты околоносовых пазух, респираторные гипопноэ, апноэ, неудовлетворительные результаты операции Колдуэлла — Люка, микотическое поражение верхнечелюстной пазухи.

В течение года эндоскопические операции произведены 182 больным (мужчин — 85, женщин — 97; возраст — от 17 до 70 лет). Заболевание длилось до одного года у 7 больных, от года до 3 лет — у 20, от 3 до 5 лет — у 28, до 10 лет и более — у 127.

Клинические диагнозы и виды оперативных вмешательств представлены в табл. 1, 2.

В большинстве случаев эндоскопические операции выполняют под местным обезболиванием, поэтому весьма важен выбор адекватного анестезиологического пособия. Для этого мы проводим мониторинг сердечно-сосудистой (ЭКГ, АД, частота пульса) и дыхательной (частота дыхания, насыщение крови кислородом) систем. Последние обследования особенно требуются пациентам, страдающим бронхиальной астмой. Кроме того, осуществляем ангиотензиометрию в слизистой оболочке околоносовых пазух. Перечисленные параметры учитываем при различных видах премедикации,

Таблица 1

Клинический диагноз у оперированных больных

Диагнозы	Число больных
Полипозный гайморит	34
Пристеночно-гиперпластический гайморит	12
Полипозно-гнойный гайморит	86
Гнойный гайморит	5
Киста верхнечелюстной пазухи	8
Полисинусит	37
Итого	182

Таблица 2

Виды хирургических вмешательств

Виды операций	Число больных
Инфундибуллотомия	69
Фенестрация соустья верхнечелюстной пазухи	75
Латеральная буллотомия	63
Фенестрация носолобного кармана	6
Передняя этмоидэктомия	101
Задняя этмоидэктомия	69
Фенестрация соустья основной пазухи	8
Удаление кисты верхнечелюстной пазухи	13
Итого	404

а также в процессе операции для максимального снижения порога болевой чувствительности.

Всем больным произведены эндоскопические вмешательства, то есть мы отказались от излишнего радикализма традиционных операций. Переносимость операций была хорошей. У одного больного возникло осложнение в виде эмфиземы нижнего века, что расценено как результат небольшой травмы стенки орбиты. На следующий день данное состояние самостоятельно купировалось. У 2 других пациентов полипозный процесс рецидивировал через 9 месяцев после операции, что потребовало повторного оперативного вмешательства.

Особого отношения требуют больные с так называемой «аспириновой» триадой. В наших условиях тактика такова: эндоскопическую полисинуситию производим сначала с одной стороны, а через 5—6 недель — с другой. Состояние больного контролируют пульмонолог и аллерголог для

того, чтобы время оперативного вмешательства совпало с периодом ремиссии. У 2 больных наблюдали рецидив гнойного гайморита, спровоцированного перенесенным гриппом в течение месяца после операции. Для купирования воспалительного процесса использовали «ЯМИК»-процедуру с введением в пазуху 5 мл 15% водного раствора димефосфона (всего 3 процедуры). При контрольном осмотре фенестрированного соустья стеноза не выявлено. К тампонаде носа прибегали лишь в единичных случаях, при большом объеме операции (тотальная сфенозтомидотомия). Рыхлую тампонаду устанавливали в средней носовой ход для предотвращения спаечного процесса и рубцовой латеропозиции средней носовой раковины в раннем послеоперационном периоде.

Пребывание больных в стационаре составило в среднем 5,2 койко-дня. Этот срок может быть значительно меньшим. В настоящее время мы выписываем пациентов на 2—3-й день после операции при отсутствии у них осложнений.

Больных, перенесших эндоскопическое функциональное вмешательство, наблюдают в кабинете реабилитации риноцентра в течение 3 лет. Главная задача наблюдения в отдаленные сроки — предотвратить рубцовую облитерацию среднего носового хода, определить состоятельность соустьев.

Отдаленные результаты прослежены у всех больных в сроки 3, 6 и 9 месяцев. При контрольном осмотре у 2 больных выявлен стеноз соустья верхнечелюстной пазухи, у 3 — рецидив гнойного гайморита.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности функционального хирургического лечения при заболеваниях носа и околоносовых пазух. Поскольку радикальные операции, применяемые в ринологии, не могут обеспечить лучших долговременных результатов, предпочтение, очевидно, следует отдавать щадящему методу эндоскопического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунов Г. З., Лопатин А. С. Эндоскопическая диагностика и функциональная хирургия носа и околоносовых пазух: Руководство для врачей.— М., 1992.

Поступила 01.10.94.

Summary

The endoscopic interventions into the nose cavity and on the accessory nasal sinuses

with high functional effect are used for the treatment of 182 patients. Particular attention has been given to the postoperative follow-up of such patients in connection with the danger of cicatricial obliteration of the median nasal passage in early and remote postoperative periods.

УДК 616.211—002.193—056.3:615.37

ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Ф. А. Фаттахова

НИИ эпидемиологии и микробиологии (директор — канд. мед. наук Ф. З. Камалов), г. Казань

Одним из патогенетических методов лечения инфекционно-аллергического ринита является иммунотерапия бактериальными аллергенами.

С целью выяснения зависимости клинической эффективности от состояния реактивности нами были проанализированы иммунологические показатели у 148 больных с различным исходом специфической гипосенсибилизации бактериальными аллергенами. Были выделены 4 группы больных, имеющих отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты после курса специфической иммунотерапии (см. табл.). Неудовлетворительные результаты лечения были получены у тех больных, у кото-

рых сохранялись патологические сдвиги в гуморальном и клеточном звеньях иммунитета, в системе неспецифической защиты организма. В 100% случаев у них была снижена реактивность лимфоцитов к ФГА по сравнению с данными контрольной группы, соответственно достоверно уменьшены средние величины РБТЛ с ФГА. В гуморальном звене иммунитета выявлены следующие изменения: снижение уровней IgG (у 100% больных) и IgM (у 69,6%), а также повышение уровня IgA (у 100%). Отмечены значительные патологические нарушения и в системе нейтрофильного фагоцитоза: увеличение спонтанного НСТ-теста (сНСТ) — у 15 (65,2%) больных, снижение инду-

Сопоставление клинических результатов лечения с иммунологическими показателями

Показатели	Результаты лечения				Данные здоровых добровольцев (n=30)
	отличные (n=29)	хорошие (n=64)	удовлетворительные (n=32)	неудовлетворительные (n=23)	
Иммуноглобулины					
A	1,53±0,14 >0,05	1,56±0,11 >0,05	1,52±0,12 >0,05	2,35±0,26 <0,05	1,51±0,25
G	20,88±0,98 >0,05	16,70±0,67 <0,05	12,96±0,74 <0,001	13,60±0,73 <0,001	21,0 ±1,91
M	1,35±0,15 >0,05	1,28±0,14 >0,05	1,18±0,21 >0,05	1,20±0,11 >0,05	1,48±0,30
РБТЛ с ФГА, % blastov	50,0 ±1,4 >0,05	42,2 ±1,6 <0,05	35,4 ±2,0 <0,001	29,4 ±1,3 <0,001	47,5 ±2,0
НСТ-тест, %					
спонтанная реакция	10,2 ±1,3 <0,001	10,2 ±1,4 <0,001	10,5 ±1,4 <0,001	11,0 ±1,2 <0,001	6,7 ±0,5
индуцированная реакция	45,0 ±3,4 >0,0	38,7 ±3,6 >0,05	39,0 ±3,3 >0,05	40,9 ±4,2 >0,05	42,2 ±4,5
Опсонины					
ИОК, усл. ед.	0,99±0,04 >0,05	0,80±0,04 <0,05	0,86±0,05 <0,05	0,86±0,06 <0,05	1,01±0,04

P — достоверность различий между показателями больных и здоровых лиц.

цированного НСТ-теста (иНСТ) — у 12 (52,2%). Ослабление опсонической функции констатировано у 14 (60,9%) больных.

У больных с удовлетворительными результатами лечения прослеживалась тенденция к улучшению показателей иммунного статуса и клеточного иммунитета. РБТЛ с ФГА нормализовались или приблизились к нормальным значениям у 8 (25%) больных, оставались сниженными у остальных 24 (75%). Концентрация иммуноглобулинов класса G сохранялась сниженной у большинства леченных, за исключением 3 больных. Уровень IgA достигал контрольного значения у 20 (62,5%) больных, хотя средние величины соответствовали показателям контрольной группы. У 23 (71,9%) больных концентрация IgM была ниже, чем у здоровых. Результаты сНСТ-теста сохранялись повышенными у 22 (68,7%) больных и снизились у 10 (31,3%), а иНСТ-теста улучшились у 16 (50%). Индекс опсонической кооперации был ниже, чем в контроле, у 23 (79,3%) из 29 больных.

Анализ иммунологических показателей у больных, имеющих хорошие результаты лечения, показал, что после иммунотерапии они приблизились к норме. У 31 (48,4%) больного повысилась способность лимфоцитов трансформироваться в бласты; средние величины РБТЛ с ФГА также были близки к норме. Уровень блокирующих антител, относящихся к классу G, повысился у 28 (43,7%) больных, IgM и IgA, — снизились соответственно у 45 (70,3%) и 34 (53,1%) пациентов, однако средние величины последнего соответствовали норме. Положительные изменения отмечались и в системе нейтрофильного фагоцитоза и комплемента. Показатели сНСТ-теста снизились у 17 (26,6%) больных, а иНСТ-теста увеличились у 27 (42,2%); опсоническая функция повысилась у 15 (23,4%) больных.

Особый интерес представляло изучение иммунного статуса у больных с отличными результатами лечения: у них были отмечены положительные сдвиги во всех звеньях иммунитета и в первую очередь — клеточного, в частности усилилась функциональная активность Т-лимфоцитов. Показатели РБТЛ с ФГА повысились у 25 (86,2%), сохранялись сниженными у

остальных 4 больных. Их средние величины были выше контроля. Показатели гуморального иммунитета улучшились только у 50% больных, однако средние величины иммуноглобулинов классов A, G и M приблизились к норме. Благоприятные сдвиги после иммунотерапии отмечались в системе нейтрофильного фагоцитоза, в частности показатели иНСТ-теста достигли нормы у 18 (62,1%) больных, их средние величины даже превысили контрольные значения. Данные сНСТ-теста снизились у 18 (62,1%) больных, однако их средние величины оставались достоверно повышенными. Опсоническая функция нормализовалась у 12 (41,4%) больных.

Таким образом, эффективность специфической иммунотерапии находится в прямой зависимости от изменений в иммунной системе. Хорошим и отличным результатам иммунотерапии соответствует улучшение или нормализация показателей гуморально-клеточного звена иммунитета и неспецифической защиты организма, тогда как при неудовлетворительных и удовлетворительных результатах сохраняются патологические сдвиги в иммунном статусе или наблюдается незначительное улучшение иммунологических показателей.

Наличие иммунных нарушений у больных после курса иммунотерапии бактериальными аллергенами подчеркивает необходимость дальнейшего продолжения специфического лечения независимо от полученных результатов до нормализации или улучшения иммунологических показателей.

Поступила 01.10.94.

SPECIFIC IMMUNOTHERAPY IN PATIENTS WITH INFECTIOUS AND ALLERGIC RHINITIS

F. A. Fattakhova

Summary

The improvement and normalization of the characteristics of humoral and cellular immunity and nonspecific organism protection correspond to the good and excellent results of immunotherapy, whereas in unsatisfactory and satisfactory results the pathologic shifts in immune system are conserved, on the insignificant positive dynamics of immunologic characteristics is observed. The presence of immune disorders after the immunotherapy course by bacterial allergens is an indication for the following extension without regard to the clinical results obtained up to the normalization and improvement of immunologic characteristics.

ЗНАЧЕНИЕ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СФЕНОИДИТОВ

М. К. Михайлов, Л. Г. Сватко, В. Н. Красножен, С. Б. Мосихин

*Кафедра оториноларингологии (зав.— доц. Р. У. Батыршин), кафедра лучевой
диагностики (зав.— акад. АИТ, проф. М. К. Михайлов)
Казанского института усовершенствования врачей*

По распространенности сфеноидиты уступают лишь воспалительным заболеваниям верхнечелюстной и решетчатых пазух [1, 3]. Клинические проявления этого заболевания нередко маскируются симптомами поражения передних пазух. Поэтому для успешного лечения и профилактики тяжелых осложнений крайне важна его ранняя диагностика.

Целью данной работы являлось изучение вариантов анатомо-топографического строения клиновидных пазух, включая естественное отверстие, выяснение их роли в развитии воспалительного процесса. Кроме того, было проведено исследование в возрастном аспекте объема клиновидных пазух по результатам рентгенологического обследования с применением боковой проекции и основания черепа в аксиальной подбородочно-теменной проекции, а также компьютерной томографии. Обращалось внимание на варианты пневматизации клиновидных пазух [1].

Объектом исследования служили блоки клиновидной кости, взятые при медицинских вскрытиях у 50 умерших. Они включали 100 клиновидных пазух, при этом мы оценивали взаимосвязь с задними клетками решетчатой кости, пневматизацию пазух и форму естественного соустья клиновидной пазухи. Были выявлены различные варианты предлежания задних клеток решетчатого лабиринта к передней стенке клиновидной пазухи: боковое — в 58 наблюдениях, переднее — в 24, переднебоковое — в 12, верхнее — в 6. Во всех наблюдениях при переднебоковом предлежании и в 8 случаях при переднем предлежании имелась макроскопические изменения со стороны слизистой оболочки (ее утолщение, наличие слизи и желеобразных масс), в

связи с которыми костные неровности в виде гребней и бухт были сглажены.

Выводные отверстия при переднем предлежании были частично прикрыты задними клетками решетчатого лабиринта, что следует учитывать при эндоскопическом осмотре пазухи и ее зондировании.

По типу строения в соответствии с классификацией С. А. Проскурякова [2] клиновидные пазухи дифференцировались на спонгиозные (26 пазух), пневматические (52) и пневматическо-спонгиозные (22). Дегистенции чаще наблюдались при пневматическом типе строения. Естественное отверстие клиновидных пазух было различной формы: круглой, овальной, щелевидной или полулунной. Располагалось оно в верхней трети передней стенки или в центре передней стенки. Его размеры варьировали от 2,5 до 5—6 мм.

Были изучены 84 рентгенограммы пациентов в возрасте от 5 до 14 лет и 18 компьютерных томограмм больных от 15 до 60 лет. Определены размеры и формы пазух.

Наибольшего объема клиновидные пазухи достигали к 14 годам развития (8142,26 мм³). В этом возрасте чаще встречается сельлярный тип Б или постсельлярный тип пневматизации. В возрасте 5 лет объем пазух составлял 3069,3 мм³, 9 лет — 4168,88 мм³ с преобладанием пресельлярного и сельлярного типов А пневматизации.

Результаты рентгенологических исследований в возрастном аспекте указывают на необходимость учета размеров пазухи при микрохирургических вмешательствах по поводу сфеноидита у детей. По рентгенограммам в боковой и аксиальной проекциях определяли тип пневматизации клиновидных пазух, предлежания задних клеток решетчатой кости, форму передней стен-

ки и производили расчет оптимального прицельного угла пункции пазухи.

В течение года в городском ринологическом центре проведены 182 эндоскопические операции (инфундибулотомия, фенестрация естественных соустьев верхнечелюстных пазух, парциальная передняя полипоэтомидотомия, задняя полипоэтомидотомия, фенестрация соустья основной пазухи носолобного кармана). Сфеноидит был диагностирован у 8 больных, из них 6 потребовалось эндоскопическое вмешательство. Приводим одну из историй болезни.

Т., 31 года, госпитализирована 11.04.1994 г. в ринологический центр 16-й городской больницы г. Казани с диагнозом: правосторонний хронический полипозный гайморит, сфеноидит (новообразование?), левосторонняя буллезная средняя раковина. Сопутствующие заболевания: ожирение II степени, бесплодие.

Из анамнеза известно, что в течение 10 лет больную беспокоят головная боль с локализацией в затылочной области и затруднено носовое дыхание. По рекомендации нейрохирурга 25.01.1994 г. проведена компьютерная томография черепа. На серии томограмм (рис. 1) выявлено нарушение пневматизации ячеек решетчатого лабиринта справа за счет пристеночной гиперплазии слизистой. В проекции правых отделов основной пазухи, на уровне задних ее отделов, определяется мягкотканного характера образование (организованный выпот). Заключение: сфеноидит, этмоидит. Больная направлена на оперативное лечение в ринологический центр.



Рис. 1. Компьютерная томограмма головы больной Т. от 25.01.1994.

12.04.1994 г. под местной анестезией произведена эндоскопическая полисинусотомия справа: инфундибулотомия, фенестрация соустья верхнечелюстной пазухи, тотальная полипоэтомидотомия, фенестрация соустья основной пазухи справа, латеральная буллотомия средней носовой раковины слева. Основная пазуха осмотрена эндоскопами с углами зрения 0° и 30°. Выявлена киста, заполняющая правую основную пазуху. Путем

прокола аспирировано 4 мл опалесцирующей жидкости желтого цвета. Биопсийными щипцами удалены стенки кисты, располагающейся на передненижней стенке пазухи. Материал направлен на гистологическое исследование. Соустье пазухи расширено медиально и книзу.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Результаты гистологического исследования: киста основной пазухи. Больная 17.04.1994 г. выписана домой в удовлетворительном состоянии. Контрольные осмотры в кабинете реабилитации ринологического центра в течение 5 недель после выписки выявили состоятельность соустьев верхнечелюстной и основной пазух. Эндоскопически патологических изменений не обнаружено. Головная боль не беспокоит, носовое дыхание свободное. На серии контрольных томограмм от 24.08.1994 г. патологических изменений со стороны основной пазухи не определено (рис. 2).

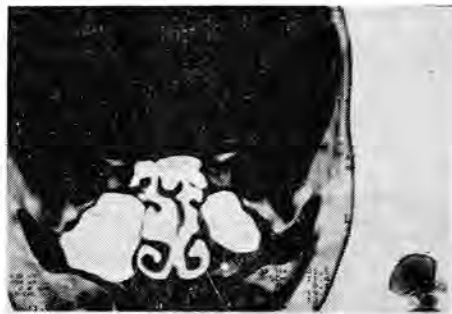


Рис. 2. Компьютерная томограмма головы больной Т. от 28.08.1994.

При очередном осмотре в ринологическом центре через 6 месяцев после операции пациентка сообщила о своей беременности. Можно предположить, что имеющийся патологический очаг в основной пазухе (киста) оказывал негативное влияние на эндокринную систему.

Таким образом, изучение анатомо-топографических особенностей строения клиновидных пазух показало, что в развитии сфеноидитов они могут играть определенную роль, а именно: переднебоковое и переднее предлежащие задних клеток решетчатого лабиринта прикрывают естественное соустье и нарушают дренажную функцию. Рентгенологические исследования и компьютерная томография дают ценные сведения о размерах клиновидных пазух и характере поражения слизистой оболочки. Однако с учетом лучевой нагрузки целесообразно использовать новые эндоскопические методы диагностики и лечения сфеноидитов.

M. K. Mikhailov, L. G. Svatko,
V. N. Krasnozhen, S. B. Mosikhin

Summary

The results of anatomic-topographic investigation of 100 clinoid sinuses obtained in autopsy of 50 dead persons are given. The relations of clinoid sinuses with posterior cells of ethmoidal labyrinth are found, the location of natural anastomoses of sinuses on the anterior wall is defined. The case record of the patient with sphenoiditis after endoscopic surgical intervention is given. The role of endoscopic method for diagnosis and treatment of sphenoiditis is shown.

1. Плуужников М. С., Усанов А. А., Каленов В. Е., Головач Г. Г., Коссовой А. Л. Особенности клинико-рентгенологического обследования больных при зондировании и пункции клиновидных пазух // Журн. ушн. нос. и горл. бол.—1987.—№ 1.— С. 28 — 32.

2. Проскураков С. А. Основная пазуха. Анатомическое и клиническое наблюдение: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.—Новосибирск, 1939.

3. Шеврыгин Б. В., Агаев Г. Б. // Вестн. оторинолар.—1987.—№ 4.— С. 34 — 37.

Поступила 03.11.94.

УДК 616.216.1—002.2—053.2—085.28

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДИМЕФОСФОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНЫХ ФОРМ ГАЙМОРИТА У ДЕТЕЙ

И. А. Студенцова, В. Н. Красножен

*Кафедра оториноларингологии (зав.—доц. Р. У. Батыршин)
Казанского института усовершенствования врачей,
кафедра фармакологии (зав.—проф. Р. С. Гараев)
Казанского медицинского университета*

При изучении местного действия димефосфона на моделях инфекционных воспалительно-аллергических заболеваний выявлены его антисептическое действие и способность повышать барьерные функции кожи и слизистых оболочек. Ранее нами показано, что местное применение 15% водного раствора препарата эффективно излечивает экспериментальный гнойный гайморит у кроликов [1].

Цель настоящей работы — клиническая оценка эффективности местного применения 15% водного раствора димефосфона при гнойном гайморите у детей в сравнении с традиционным методом лечения 1% раствором диоксидина.

Было обследовано 159 детей в возрасте от 9 до 14 лет (85 мальчиков и 74 девочки). Острый гайморит диагностирован у 68 больных, хронический — у 91. Все больные распределены по 2 группам. В 1-ю, основную, группу вошли 96 детей (у 42 — острый гайморит, у 54 — хронический), леченных 15% водным раствором димефосфона; во 2-ю — 63 ребенка (у 26 — острый гайморит, у 37 — хронический), леченных 1% раствором диоксидина. В процессе лечения исследовали дыхательную, обонятельную, выделительную и мукопилиарную функции носа.

Дыхательную функцию определяли по амплитуде отклонения нитки у входа в пред-

дверие носа при глубоком вдохе и выдохе, поочередно исследуя обе его половины. Обонятельную функцию носа изучали до лечения, во время него и в конце лечения качественным методом с помощью 4 стандартных растворов, помещенных в одинаковые пробирки: 0,5% раствор уксусной кислоты (I степень — слабый запах), чистый винный спирт (II степень — умеренный запах), настойка валерианы (III степень — интенсивный запах), раствор аммиака (IV степень — очень интенсивный запах).

Выделительную функцию слизистой оболочки носа оценивали с помощью ватных шариков диаметром от 0,3 до 0,5 см, которые вводили на одну минуту поочередно в правую и левую половины полости носа. При нормальной выделительной функции ватный шарик слегка пропитывается слизистым отделяемым, при сниженной — остается сухим, при повышенной — пропитывается полностью. О мукопилиарной активности мерцательного эпителия слизистой оболочки носа судили по следующему тесту. Крупицу сахарина размером 0,6 мм помещали на расстоянии 5 мм от места прикрепления нижней носовой раковины. Определяли время появления вкусового ощущения, оно составляло в среднем $14,5 \pm 3,4$ минуты.

5 мл 15% водного раствора димефосфона (1-я группа) и такое же количество 1% раствора диоксидина (2-я группа) вводили следующим образом. Ежедневно дренировали околоносовые пазухи через нижний носовой ход, предварительно их промыв 0,9% раствором натрия хлорида, затем вводили лекарственное средство 2 раза в день. В качестве ме-

тогда контроля использованы риноскопия и рентгенография околоносовых пазух в динамике.

В I-й группе у всех 42 больных острым гнойным гайморитом, леченных димефосфоном, наступило клиническое выздоровление; из 54 больных хроническим гнойным гайморитом выздоровели 43 (79,6%), улучшение отмечалось у 11 (20,4%). Во 2-й группе у всех 26 больных острым гнойным гайморитом наступило выздоровление; из 37 больных хроническим гнойным гайморитом выздоровели 20 (54%), улучшение отмечалось у 15 (41%), процесс остался без перемен у 2 (5%).

У больных I-й группы дыхательная функция носа нормализовалась к 5—7-му дню, во 2-й — к 11—13-му дню.

В I-й группе обоняние до лечения было нормальным (I степени) у 18 (42,9%) детей, сниженным до II степени — у 24 (57,1%). Адаптация (время наступления потери ощущения запаха, составляющая у здоровых 3—5 минут при использовании в качестве пахучего вещества мятного масла) была нормальной у 35 (83,3%) человек и сокращенной до 1,5—2,0 минут — у 7 (16,7%). После проведения димефосфонотерапии (на 5—7-е сутки) адаптация и степень обоняния восстанавливались до нормы. Из 54 детей с хроническим гнойным гайморитом у 49 (90,7%) обоняние было снижено до III степени, адаптация уменьшена до 1—2 минут у 25 (46,3%). После лечения (на 7—9-е сутки) адаптация и обоняние восстановились до нормы у всех больных.

Во 2-й группе детей с острым гнойным гайморитом обоняние до лечения было нормальным у 12 (46,1%), снижено до II степени — у 14 (53,9%). Адаптация была нормальной у 21 (80,8%) ребенка и уменьшенной до 1,5—2,0 минут — у 5 (19,2%). После проведения традиционного лечения на 11—12-е сутки адаптация и обоняние восстановились до нормы. Из 37 детей с хроническим гнойным гайморитом до лечения у 33 (89,2%) обоняние было снижено до III степени, на 12—14-е сутки адаптация и чувствительность к запахам восстановились полностью у 22 (59,5%), улучшение наступило у 13 (35,1%), осталось без перемен — у 2 (5,4%).

У всех больных I-й группы выделительная функция носа нормализова-

лась к 4—5-му дню, во 2-й — к 9—11-му дню.

При исследовании мукопилиарной функции слизистой оболочки носа до лечения у больных с острым гнойным гайморитом время появления вкусового ощущения составляло 26 ± 4 минуты, с хроническим гнойным гайморитом — 32 ± 3 минуты. К 5—7-му дню димефосфонотерапии мукопилиарная функция носа полностью нормализовалась. В контрольной группе у больных острым гнойным гайморитом нормализация мукопилиарной активности наступила у всех детей к 11—13-му дню; у больных хроническим гнойным гайморитом в 95% случаев — к 13—14-му дню; у 5% пациентов время появления вкусовых ощущений не изменилось.

При риноскопии у больных острым и хроническим гайморитом до лечения в обеих группах имели место отечность слизистой оболочки носовых раковин, гнойное или слизисто-гнойное отделяемое в средних и общих носовых ходах. Нормализация риноскопической картины в I-й группе у больных острым гнойным гайморитом наблюдалась к 5—7-му дню, хроническим — к 7—8-му дню, во 2-й — соответственно к 11—12 и 12—14-му дню.

При рентгеноскопии околоносовых пазух у больных острым гнойным гайморитом констатировано гомогенное снижение пневматизации, хроническим гнойным гайморитом — затемнение верхнечелюстных пазух, иногда «уровень жидкости». Сроки нормализации рентгенологической картины приблизительно были такими же, как и риноскопической.

В I-й группе длительность пребывания больных с острым гнойным гайморитом составляла в среднем 6 дней, с хроническим — 8, во 2-й группе — соответственно 11 и 13 дней.

Сравнение результатов влияния 15% водного раствора димефосфона на течение гайморита с результатами лечения 1% раствором диоксида выявило более выраженное противовоспалительное действие димефосфона на слизистую оболочку верхнечелюстных пазух и полости носа, что подтверждается результатами исследований дыхательной, обонятельной, выделительной, мукопилиарной функций носа, ри-

носкопическими и рентгенологическими данными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Единак Е. Н., Сморщок С. А., //Журн. ушн. нос. и горл. бол.—1985.—№ 3.—С. 20—24.

Поступила 01.10.94.

EFFICACY OF THE LOCAL APPLICATION OF DIMEPHOSPHONE IN THE TREATMENT OF EXUDATION MAXILLARY SINUSITIS IN CHILDREN

I. A. Studentsova, V. N. Krasnozhen

Summary

As many as 159 children aged 9 to 14 are examined for the clinical assessment of the

efficacy of local application of 15% water solution of dimephosphone in acute and chronic purulent maxillary sinusitis. The normalization of the rhinoscopic picture in acute maxillary sinusitis in patients of the basic group is observed in 5—7 days, in chronic — in 7—8 days, in the control group treated with 1% solution — in 11—12 and 12—14 days, respectively. The terms of normalization of the roentgenologic picture are approximately the same as the rhinoscopic one. The comparison of results of the effect of dimephosphone on the course of maxillary sinusitis with results of the treatment with dioxidine reveals more pronounced local antiinflammatory action of dimephosphone on the mucosa of maxillary sinuses and nose cavity.

УДК 616.22—008.5—07.616.22

СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ГОРТАНИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДИСФОНИЯХ

Х. А. Алиматов

*Кафедра оториноларингологии (зав.—доц. Х. А. Алиматов)
Казанского медицинского университета*

Термин *функциональная дисфония* объединяет те заболевания гортани, при которых нет видимой патологии, способной стать причиной голосовых расстройств [4]. Болезнь проявляется в изменении звучности голоса и ограничении голосовых возможностей [3]. Как указывает И. Максимов [2], этим термином иногда обозначаются и заболевания, в основе которых имеются объективные причины, что вкладывает в него различный смысл; пользуются им также для прикрытия неизвестного. Трудно согласиться с авторами, которые считают, что при функциональных дисфониях нет видимой патологии.

В регуляции тонуса голосовых складок большую роль играют передние мышцы гортани, изменяющие угол наклона щитовидного хряща по отношению к перстневидному и тем самым напрягающие или расслабляющие голосовые складки. Гиперфункция мышц, расслабляющих голосовые складки (щитоподъязычная, щитоглочоточная), дает клиническую картину гипотонусной формы дисфонии, а гиперфункция мышц, напрягающих голосовые складки (грудинощитовидная, перстнещитовидная), проявляется в виде гипертонусной формы дисфонии. В норме суммарный тонус мышц нижней группы, определяемый при помощи электромиографии с использованием поверхностных электродов, в 1,2—1,4 раза выше, чем тонус их антагонистов —

мышц верхней группы [1]. При любой форме дисфонии имеет место и гипотонус, и гипертонус мышц гортани, а клиническая маркировка на гиподинамическую и гипердинамическую основывается на оценке состояния и функции голосовых складок.

В основе всех форм дисфоний лежит органическая патология — нарушение двигательной функции голосовых складок (дискинезия). Поэтому все дисфонии одновременно являются как органическими, так и функциональными. Учитывая изложенное выше, мы решили найти характерные для каждой формы дисфонии внешние признаки.

Нами обследовано 295 больных с функциональными дисфониями: у 120 диагностирована гиподинамическая форма дисфонии, у 110 — гипердинамическая и у 65 — смешанная. Обследование включало осмотр и пальпацию контуров и скелета гортани, ларингоскопию, стробоскопию, электромиографию наружных мышц гортани.

Гиподинамическая форма дисфонии характеризовалась изменениями в опорно-двигательном аппарате гортани, выразившимися в уменьшении щитоподъязычного расстояния и появлении болезненных мышечных уплотнений (БМУ, триггеры), а также в щитоподъязычной мышце, определяемыми пальпаторно. Триггеры чаще выявлялись в верхнем отделе мышцы, у

места прикрепления ее к подъязычной кости и над щитоподъязычной мембраной. Уплотненная и болезненная мышца при пальпации перекатывалась под пальцами в виде валика. Щитоподъязычное расстояние сокращалось от незначительного до резко выраженного, иногда до полного отсутствия. Электромиография верхней и нижней групп наружных мышц гортани показывала превышение суммарного тонуса верхней группы над нижней в 2 раза и более. Ларингоскопия и стробоскопия свидетельствовали о слабости, вялости голосовых складок и неполном их смыкании при фонации.

При гиперфункциональной форме дисфонии отмечалось увеличение щитоподъязычного и уменьшение перстнечитовидного расстояний. В верхней части грудинощитовидной мышцы определялись болезненные мышечные уплотнения. Над дугой перстнечитовидного хряща и над конической связкой уплотненная мышца прощупывалась в виде болезненного тяжа. Из-за сокращения перстнечитовидного расстояния выявить наличие триггеров в перстнечитовидной мышце не представлялось возможным — о них судили по ответной реакции мышцы во время лечебных процедур, в частности при пунктурной аналгезии триггеров. Электромиография свидетельствовала о превышении тонуса нижней группы над верхней в 2 раза и более, что соответствовало степени сокращения расстояния между щитовидным и перстнечитовидным хрящами, а также болезненности и уплотнению грудинощитовидной мышцы в верхнем ее отделе. При ларингоскопии и стробоскопии определялось напряжение голосовых складок. У части больных отмечалось неполное смыкание голосовых складок в задней трети.

Смешанная форма дисфонии характеризовалась сокращением, напряжением и болезненностью передних мышц гортани обеих групп, сокращением перстнечитовидного и щитоподъязычного расстояний. Электромиографическое исследование показывало незначи-

тельное отклонение электрической активности мышц верхней и нижней групп от нормы при хорошей амплитуде мышечных сокращений. При исследовании каждой группы мышц отдельно справа и слева при смешанной форме дисфонии выявлялась перекрестная асимметрия сторон. Следовательно, смешанная форма дисфонии представляет собой сочетание выраженных гипо- и гиперфункциональной форм справа и слева. Ларингоскопия не выделяла характерных для смешанной формы дисфонии изменений в состоянии голосовых складок, а при стробоскопии обнаруживалась асинхронность колебаний справа и слева.

Таким образом, каждая форма функциональной дисфонии имеет характерные проявления в гортани, выявляемые пальпаторно, визуально и электрофизиологическими методами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиматов Х. А., Джабаров Д. Д. Способ диагностики дисфоний. // Авторское свидетельство № 1717103 от 08.11.1991 г. — Бюллетень № 9. — Опубликовано 07.03.1992 г.
2. Максимов И. Фонология. — М., 1987.
3. Deuster Ch. // N. N. O. — 1985. — Vol. 33. — P. 499—502.
4. Koufman I. A., Blalock P. D. // Ann. Otol. — 1982. — Vol. 91. — P. 372—377.

Поступила 01.10.94.

STATE OF LOCOMOTOR SYSTEM OF THE LARYNX IN FUNCTIONAL DYSPHONIAS

Kh. A. Alimotov

Summary

As many as 295 patients with various forms of functional dysphonias are examined. The decrease of the thyrohyoid distance, indurations in the thyrohyoid muscle are revealed in hypofunctional form, and the total tension of the upper group of muscles electromyographically is two times as great as the tension of the lower group of muscles. The vocal folds are weak and do not close up. In hyperfunctional form the cricoid and thyroid distance decreases, painful enlargements are revealed in sternothyroid muscle, the tension of the lower group of muscles is two times as great as the tension of the upper group. The vocal folds are stressed. The crossed asymmetry of sides is revealed in the combined form. The vocal folds vacillate asynchronously.

УЗЕЛКИ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ДИСФОНИИ

Х. А. Алиматов, Р. А. Загидуллина, М. Г. Раупов

*Кафедра оториноларингологии (зав.— доц. Х. А. Алиматов)
Казанского медицинского университета*

Среди причин нарушения голосовой функции гортани одно из ведущих мест занимают узелки голосовых складок—17% от числа всех доброкачественных новообразований гортани. Это заболевание чаще обнаруживается у женщин в возрасте от 25 до 30 лет. Многие авторы считают, что его причиной является чрезмерное смыкание голосовых складок во время фонации, сочетающейся с общей гипотонией мышц гортани. Узелковые образования голосовых складок часто возникают при гипотонии вокальной мускулатуры. При гипокинетических дисфониях вследствие механической травмы на месте наибольшего соприкосновения голосовых складок происходит утолщение слизистой оболочки в привычных участках [2]. Узелки певцов могут появляться в результате разрыва волокон в точках их прикрепления к голосовой складке [4], а также при осложненных, длительно текущих гиперкинетических дисфониях, что объясняется выраженным натяжением истинных голосовых складок [5]. Трение последних, систематическое накопление слизи в местах наибольшего их соприкосновения приводят к образованию «омозоленностей» [3].

Целью нашего исследования было выявление причинной связи между формированием узелков голосовых складок и изменением нормального тонуса наружных мышц гортани. Среди обследованных нами 43 больных было 35 женщин и 8 мужчин в возрасте от 20 до 45 лет. Трудовая деятельность 33 (76,7%) человек была связана с нагрузкой на голосовые связки. Давность заболевания составляла от 3 месяцев до 2 лет. У всех больных узелки были расположены в типичном месте — на границе передней и средней трети голосовых складок. Обследование больных включало осмотр ЛОР-органов, пальпацию скелета и наружных мышц гортани и мышц передней поверхности шеи, непрямую ларингоскопию, прямую микроларингоско-

пию, определение времени максимальной фонации, ларингостробоскопию, электромиографию наружных мышц гортани, консультации эндокринолога, невропатолога, психиатра.

При начинающихся узелках голосовых складок 14 (32,6%) жаловались на быструю утомляемость голоса, чувство дискомфорта в области гортани, легкую осиплость голоса. Клинически при неяркой ларингоскопии определялись напряженные, утолщенные истинных голосовых складок, их краевая инъецированность. На границе передней и средней трети имели место «омозоленности» в виде точечных уплотнений слизистой. По краю складок выявлялась слизь. При фонации обнаруживалось щелевидное несмыкание с перемычкой в средней трети, а при пальпации мышц передней поверхности шеи — болезненные мышечные уплотнения (БМУ) в груднощитовидных мышцах, уменьшение перстнечитовидного промежутка соответственно выраженности напряжения в БМУ в указанных мышцах. Время максимальной фонации составило 9—14 секунд. При ларингостробоскопии голосовые складки выглядели неподвижными, напряженными в сокращенном состоянии. Иногда в них определялись очень кратковременные колебательные движения с малой амплитудой. В норме суммарный тонус мышц, поднимающих передний угол щитовидного хряща и расслабляющих голосовые складки (щитоподъязычных, щитоглоточных мышц), был в 1,2—1,4 раза меньше суммарного тонуса их антагонистов (груднощитовидных и перстнечитовидной мышц) [1]. Электромиографически при гиперкинетических дисфониях, когда имели место начинающиеся узелки гортани, амплитуда сокращений нижней группы наружных мышц гортани в 1,5 раза и более превышала такую же в верхней группе. Вольтаж сокращений был ниже 0,5 мВ.

29 (67,4%) больных со зрелыми узелками гортани жаловались на осип-

лость голоса и даже полную афонию, першение, сухость в горле, наличие сухого раздражающего кашля, чувство «пленки» в области верхних отделов гортани. При пальпации наружных мышц гортани отмечались болезненность, напряжение щитоподъязычных, щитоглоточных мышц, мышц анатомического букета (*m. stylopharyngeus*, *m. stylohyoideus*, *m. styloglossus*). Болезненные мышечные уплотнения располагались с одной стороны или одновременно с обеих сторон. При этом щитоподъязычное расстояние у таких больных было сокращено соответственно выраженности напряжения и БМУ в указанных мышцах. Ларингоскопически истинные голосовые складки были вялыми, уплощенными, застойно отечными. В средней трети голосовых складок определялись опухолевидные образования плотной консистенции на широком основании, имевшие цвет слизистой гортани. При фонации голосовая щель приобретала форму песочных часов. Время максимальной фонации составляло от 15 до 27 секунд. При ларингостробоскопии преобладали слабые колебания голосовых складок с малой и средней амплитудой. Смыкание голосовой щели было неполным. В основном наблюдались синхронные по амплитуде и частоте колебания голосовых складок. Слизистая оболочка была смещена по свободному краю. Электромиографически амплитуда сокращений верхней группы наружных мышц гортани превышала таковую в нижней группе в 1,5 — 2 раза и более. Величина биопотенциалов была ниже 0,2 мВ.

1. Узелки голосовых складок встречаются у больных как с гипертонусной (гиперкинетической), так и с гипотонусной (гипокинетической) дисфонией.

2. При дисфониях слизистая истинных голосовых складок травмируется как при трении натянутых складок (гипертонусная дисфония), так и при их соударении в расслабленном состоянии во время фонации (гипотонусная дисфония), что предрасполагает к образованию узелков голосовых складок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиматов Х. А., Джабаров Д. Д. Авторское свидетельство № 1717103 от 08.11.1991 г.— Бюллетень № 9.— Опубликовано 07.03.1992 г.
 2. Максимов И. Фоноатрия.—М., 1987.
 3. *Bihme G.*//*Ther. Umsch.*—1980.—Bd. 37.—S. 1043—1046.
 4. *Husson R., Chenay G.*//*Rev. Larung. Poitmann suppl.* fevr. 1957.—P. 260—294.
 5. *Morrison M. D., Kammage L. A., Belisle G. M. et al.*//*J. Otolaryngol.*—1983.—Vol. 12.—P. 302—306.

Поступила 06.11.94.

VOCAL FOLD NODES AND FUNCTIONAL DYSPHONIAS

Kh. A. Alimotov, R. A. Zagidullina, M. G. Raupov

Summary

The connection between the formation of vocal fold nodes and change of normal tonus of external larynx muscles is found. In dysphonias the true vocal folds mucosa is traumatized in friction of tightened folds (hypertonus dysphonia) as well as weakened folds (hypotonus dysphonia) resulting in the formation of vocal fold nodes.

УДК 616.322—002.2—089.87:612.017.1

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ ПРЕДНИЗОЛОНОВОЙ ПРОБОЙ

А. В. Черныш, В. Р. Гофман, Г. В. Костин

Кафедра оториноларингологии (нач.—проф. В. Р. Гофман) Военно-медицинской академии, г. Санкт-Петербург

По данным А. И. Цыганова и соавт. [2], у 30% больных хроническим тонзиллитом тонзиллоэктомию назначают при компенсированной форме. В настоящее время трудно ответить на вопрос, когда необратимые изменения превращают миндалины из органа иммунитета в источник инфекции, не поддающийся консервативной терапии.

Необходимо разработать дополнительные лабораторные методы прижизненной оценки функционального состояния небных миндалин, так как исследование именно их местного статуса при хроническом тонзиллите может дать максимум информации о происходящем процессе.

Целью настоящей работы являлось

определение функционального состояния небных миндалин путем проведения преднизолоновой пробы с последующей морфометрией структурных компонентов тонзилл на гистотопографических срезах.

Объектом исследования были небные миндалины 28 человек (мужчин) в возрасте от 18 до 30 лет, страдающих на протяжении 4—8 лет хроническим тонзиллитом. По частоте анги и эндоскопическим признакам форма хронического тонзиллита определялась как компенсированная. Однако наличие сопутствующей нейроциркуляторной дистонии кардинального типа давало основание оценивать форму хронического тонзиллита как декомпенсированную.

Всем больным до операции (двусторонней тонзиллэктомии) была проведена преднизолоновая проба, а после оперативного лечения — морфометрия структурных компонентов небных миндалин. Послеоперационное наблюдение за больными в течение одного года позволило выделить две группы: в 1-ю вошли 15 больных, у которых тонзиллэктомия оказалась эффективной (исчезли или уменьшились боли в области сердца, улучшилось общее самочувствие), во 2-ю — 13 больных, у которых тонзиллэктомия привела к отрицательным результатам.

Для математической обработки полученных результатов применяли критерии Стьюдента и Пирсона. Поскольку точечный метод измерения соотношения структурных компонентов относится к косвенным, то для информативности полученные результаты морфометрии выражали в процентах, для этого всю площадь среза небных миндалин принимали за 100%.

Для выполнения преднизолоновой пробы использовали металлический шпатель с площадью диска на конце 25 мм², стеклянные флаконы емкостью 10 мл, подумиллитровые пипетки, физиологический раствор, счетную камеру, пипетки для переноса физраствора с

лейкоцитами, биологический микроскоп. Исследование проводили утром, через 2 часа после еды. Через 5 минут после приема больным 100 мл охлажденной кипяченой воды у него брали четыре отпечатка диском (по два касания диском с каждой миндалины, чтобы в сумме площадь поверхности, с которой делается отпечаток, составила 1 см²) с ополаскиванием диска в 0,5 мл физиологического раствора после каждого касания. Затем больному однократно внутрь давали преднизолон из расчета 1 мг на 10 кг массы тела с последующим контрольным смывом через 2 часа. Производили подсчет лейкоцитов в 1 мм³ смыва до и после приема преднизолона и результаты сравнивали (табл. 1).

Таблица 1

Результаты преднизолоновой пробы у лиц с декомпенсированной формой хронического тонзиллита

Количество лейкоцитов		
в исходном смыве	в контрольном смыве	% роста
9/10	28/54	311/540
8/19	12/114	150/600
8/22	29/84	362/382
17/18	42/93	247/517
9/18	31/126	344/1145
13/22	29/168	223/764
12/24	28/132	233/550
7/9	25/31	357/344
11/18	30/145	273/806
10/17	58/106	580/624
20/10	83/51	415/510
18/9	45/68	250/756
15/12	64/128	427/1063
22/—	57/—	259/—
25/—	130/—	520/—
\bar{X} 14/16	46,1/100	329/662

Примечание. В числителе — при положительных результатах тонзиллэктомии ($n=15$), в знаменателе — при отрицательных ее результатах ($n=13$).

Таблица 2

Результаты измерения площади структурных компонентов небных миндалин у больных 2 групп

Площадь структурных компонентов, %				
трабекулы	фолликулы	просветы лакун и крипт	эпителиальная ткань	межфолликулярная ткань
8,5/9,4	24,1/29,4	4,7/8,6	17,4/28,6	45,3/24,0
9,4/8,7	28,1/24,8	5,6/9,4	16,9/24,1	40,0/33,0
7,3/10,1	30,5/28,1	3,9/8,1	18,0/21,0	39,3/32,3
10,5/9,8	27,4/29,5	8,4/12,5	19,1/24,1	34,6/24,1
12,4/9,4	28,7/30,1	6,1/14,1	17,8/22,0	35,0/24,4
7,0/9,1	29,0/29,8	5,9/10,1	21,4/21,0	36,9/30,0
11,0/10,5	31,5/30,0	7,1/16,4	20,1/26,4	30,3/16,7
9,5/11,8	27,4/31,0	7,4/14,2	14,8/18,9	40,9/24,1
8,6/10,7	29,6/27,4	6,0/13,8	15,4/21,8	40,4/26,3
8,6/12,4	32,4/24,5	7,2/11,8	17,3/24,6	34,5/26,7
10,1/12,8	29,7/26,8	6,2/14,5	19,8/28,1	34,2/17,8
8,6/10,4	32,8/30,4	5,8/17,1	16,4/21,8	36,4/20,3
11,5/9,4	24,5/26,4	5,4/14,0	21,8/28,4	36,8/21,8
7,4/—	30,1/—	7,2/—	15,1/—	40,2/—
9,9/—	25,8/—	4,3/—	24,5/—	35,5/—
\bar{X} 9,3/10,4	28,8/26,8	6,1/12,6	19,1/25,4	36,7/24,8

Примечание. В числителе — средняя величина подсчета точек структурного компонента миндалин у больных при положительных исходах тонзиллэктомии, в знаменателе — при отрицательных.

Для проведения морфометрии срезы фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина и окрашивали [1]. Структурные компоненты небных миндалин измеряли под бинокулярным микроскопом МБС-1 с помощью сетки случайного шага, размеры которой превосходили площадь гистологического среза. Наиболее удобное увеличение — в 7—10 раз (табл. 2).

Из данных табл. 2 видно, что у лиц с отрицательными результатами после тонзиллэктомии просветы лакун и крипт в 2,1 раза больше, чем у лиц после эффективной операции. Кроме того, отмечена тенденция к увеличению площади эпителиальной ткани и снижению площади межфолликулярной ткани.

Следовательно, миграция лейкоцитов на поверхность небных миндалин тем больше, чем больше просвет лакун и крипт. Вместе с тем отрицательные результаты после тонзиллэктомии у больных хроническим тонзиллитом и сопутствующей нейроциркуляторной дистонией кардинального типа чаще встречались у лиц с повышенной миграцией лейкоцитов на поверхность миндалин и большим просветом лакун и крипт.

При малом просвете лакун и крипт миграция лейкоцитов на поверхность миндалин снижена, а дренажная функция лакун нарушена, что приводит к всасыванию продуктов распада микроорганизмов, лейкоцитов и к поддержа-

нию отрицательного влияния на сердечно-сосудистую систему. У таких больных оперативное лечение будет эффективным.

Результаты определения функционального состояния небных миндалин при хроническом тонзиллите свидетельствуют о возможности оценки функционального резерва миндалин с помощью преднизолоновой пробы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г. Морфометрия в патологии.— М., 1973.

2. Цыганов А. И., Архангельская Ж. Г., Визиренко Л. В. и др. // Журн. ушн. нос. и горл. бол.— 1982.— № 5.— С. 50—55.

Поступила 06.11.94.

ESTIMATION OF FUNCTIONAL STATE OF FAUCIAL TONSILS IN CHRONIC TONSILLITIS BY PREDNISOLONE TEST

A. V. Chernysh, V. R. Gofman, G. V. Kostin

Summary

The prednisolone test with the following morphometry of tonsils structural components is recommended for the estimation of the functional state of faucial tonsils in patients with chronic tonsillitis and accompanying neurocirculating dystonia.

УДК 617.51+611.839

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СРЕДНЕТЯЖЕЛУЮ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ

Н. В. Комиссарова

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики (зав.— проф. А. С. Осетров)
Ижевского медицинского института

Острая черепно-мозговая травма (ЧМТ) и ее последствия представляют собой единый причинно-следственный процесс — травматическую болезнь головного мозга [3, 7, 11]. Согласно концепции Л. Б. Лихтермана и соавт. [7], в течении травматической болезни головного мозга выделяют три периода — острый, промежуточный и отдаленный. При ЧМТ средней тяжести острый период составляет 4—5 недель, промежуточный — до 4 месяцев, отдаленный — до 2 лет, а при прогрессивности процесса он неограничен.

Среди клинических синдромов отдаленности последствий ЧМТ средней тяжести наиболее часто встречаются вегетососудистые расстройства, которые обнаруживаются у 90—95% по-

страдавших [2, 4]. Патогенез посттравматических вегетативных расстройств непосредственно связан с дисфункцией неспецифических структур мозга [1, 5]. Патология лимбико-ретикулярного комплекса реализуется через изменения деятельности различных вегетативных образований, что приводит к ангиодистоническим расстройствам и сердечно-сосудистой патологии.

Большинство работ по изучению вегетативных нарушений после ЧМТ посвящено острому и отдаленному периодам легкой и тяжелой ЧМТ. Единичные работы по среднетяжелой ЧМТ носят в основном феноменологический характер с редким учетом количественных показателей.

Целью данной работы являлось изучение вегетативных показателей в отдаленном периоде среднетяжелой ЧМТ.

Комплекс обследования включал клинический неврологический анализ и изучение вегетативных показателей в различных функциональных состояниях дневного бодрствования. Исходный вегетативный тонус изучали с помощью специальной комбинированной таблицы А. М. Вейна и соавт. [1]; вегетативную реактивность оценивали по данным глазосердечной пробы Даныни — Ашнера. Вегетативное обеспечение деятельности исследовали с помощью ортоклиностатической пробы [10], пробы с динамометрией, умственной нагрузки (составление 7 слов из 7 букв), отрицательных (Э—) и положительных (Э+) эмоций.

Статистический анализ полученных результатов проводили с использованием критерия Стьюдента.

Обследованы 45 больных, перенесших ЧМТ средней тяжести (мужчин — 33, женщин — 12 в возрасте от 16 до 50 лет). У 15 было правостороннее повреждение мозга, у 25 — левостороннее, у 5 — двустороннее. Давность ЧМТ к моменту обследования составляла от 1 года до 3 лет, то есть соответствовала отдаленному периоду травматической болезни. Социальная адаптация у обследованных была различной: полная — у 6, относительная — у 10, недостаточная — у 25, дезадаптация — у 4. Жалобы у лиц со сниженной адаптацией в большинстве случаев носили неврастенический характер: постоянная или периодическая головная боль сжимающего или пульсирующего характера, преимущественно в затылочной области, повышенная раздражительность, утомляемость, ухудшение сна и памяти; кроме того, 3 больных беспокоили судорожные припадки с потерей сознания (у одного — частые, почти еженедельные, у 2 — редкие, один раз в 2 — 3 месяца). У 5 обследованных после ЧМТ ухудшилось обоняние.

В неврологическом статусе у 19 больных в отдаленном периоде ЧМТ выявлена одно- и двусторонняя пирамидная симптоматика в виде центрального пареза VII и XII черепных нервов изолированно или в сочетании с гомолатеральным оживлением сухожильных рефлексов и наличием отдельных

патологических стопных знаков. Лишь у 2 больных пирамидная недостаточность проявлялась легким гемипарезом (сила в конечностях — 4 балла). У 11 больных на фоне пирамидной недостаточности определялось поражение I, VI — VIII черепных нервов. Изолированная недостаточность черепной иннервации, чаще со стороны VI — VIII нервов, отмечена у 11 больных. У 13 пациентов признаков поражения двигательных реакций нервной системы не наблюдалось. На отсутствие грубой неврологической симптоматики в отдаленном периоде ЧМТ средней тяжести указывали П. В. Волошина и И. И. Шогама [3].

У всех 45 больных в отдаленном периоде ЧМТ при осмотре были выявлены перманентные вегетососудистые расстройства в виде бради- или тахикардии, отклонения от возрастной нормы артериального давления (АД), диспноэ, выраженного красного дермографизма, нарушенной потоотделения. У 3 больных на фоне постоянных вегетативных нарушений пароксизмальные вегетативные расстройства проявлялись в виде кризов смешанного характера. Ведущим неврологическим синдромом у 23 больных являлась вегетативная дистония, у 7 — цефалгический синдром, у 8 — вестибуло-кохлеарные нарушения, у одного — эпилептический синдром (частые генерализованные тонико-клонические припадки).

Больных обследовали на фоне полной отмены лекарственной терапии. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц (15 мужчин и 10 женщин аналогичного возраста).

Результаты исследования вегетативных показателей в отдаленном периоде ЧМТ средней тяжести приведены в таблице. Качественная оценка исходного вегетативного тонуса свидетельствует о преобладании у большинства обследованных (55,6%) ваготонии, у 15 (33,3%) — симпатикотонии и лишь у 5 (11,1%) — эйтонии. На превалирование парасимпатических влияний в фоновых вегетативных показателях в отдаленном периоде ЧМТ указывают в своих исследованиях и другие авторы [5, 9]. Вместе с тем количественный анализ вегетативного фона дает разноречивые результаты. С одной стороны, показатели частоты сердечных сокращений (ЧСС) и дыхания (ЧД) значительно выше, чем в

Вегетативные показатели в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы

Показатели	Пациенты	Контроль	P
Фоновые			
ЧСС, уд./мин	70,68±0,68	61,5 ±2,3	<0,05
АД, кПа			
систолическое	15,5 ±0,3	16,0 ±0,2	<0,05
диастолическое	9,6 ±0,2	10,7 ±0,2	<0,05
ЧД, мин	21,09±1,2	14,6 ±4,5	<0,01
индекс Кердо	-12,8 ±2,1	-12,3 ±1,28	>0,05
индекс Хильденбрандта	4,2 ±0,77	4,33±0,23	>0,05
Вегетативная реактивность			
сдвиг ЧСС в пробе Даньини—Ашнера	+2,99±1,12	-3,95±3,77	<0,01
Вегетативное обеспечение деятельности			
сдвиг ЧСС в ортостатической пробе			
1 мин	+14,81±1,91	8,9 ±6,7	<0,01
3 мин	+12,15±1,2	9,2 ±2,3	<0,05
5 мин	+15,4 ±1,7	10,7 ±1,54	<0,01
сдвиг ЧСС в клиностатической пробе			
1 мин	+0,77±0,5	-11,95±2,8	<0,001
3 мин	-4,11±1,8	-15,05±2,35	<0,001
5 мин	-4,57±2,1	-13,15±1,47	<0,001
сдвиг ЧСС при умственной нагрузке	+2,3 ±1,2	+15,4 ±2,8	<0,001
сдвиг ЧСС при Э—	+13,2 ±1,8	+6,8 ±1,3	<0,001
сдвиг ЧСС при Э+	+1,7 ±0,5	-16,7 ±4,89	<0,001
Проба с изометрическим напряжением			
сдвиг АД диастолического (кПа)	+1,2 ±0,3	+1,4 ±0,2	>0,05

норме ($P < 0,01$), с другой — уровни систолического и диастолического АД ниже, чем в контрольной группе ($P < 0,05$). Индекс Кердо и коэффициент Хильденбрандта не имеют существенных отличий от показателей здоровых лиц.

Средние величины замедления ЧСС в пробе Даньини — Ашнера отражают достоверное снижение вегетативной реактивности по сравнению с контролем ($P < 0,01$). Вегетативное обеспечение деятельности в отдаленном периоде ЧМТ средней тяжести носит неоднозначный характер: чаще недостаточное — на всем протяжении клиностатической пробы, а также при умственной нагрузке и положительных эмоциях, реже избыточное — во время ортостатической пробы и отрицательной эмоциональной нагрузки. Лишь в пробе с изометрическим напряжением вегетативное обеспечение у лиц, перенесших ЧМТ средней тяжести, существенно не отличалось от нормы ($P > 0,05$). Результаты наших исследований подтверждают данные о снижении вегетативной реактивности в пробе Даньини — Ашнера и избыточности вегетативного обеспечения в ортостатической пробе после ЧМТ [8, 9].

Мы провели дополнительный анализ вегетативных показателей в зависимости от пола и возраста пострадавших, латерализации травматического субстрата и характера социальной

адаптации. Установлено, что для женщин характерен достоверно более низкий уровень АД в фоне по сравнению с таковым у мужчин ($P < 0,05$). Значение же индекса Кердо у них значительно превосходило этот показатель у мужчин ($P < 0,05$). Также отмечена разнонаправленная реакция ЧСС в зависимости от пола в пробе Даньини — Ашнера: у мужчин наблюдалась повышенная реактивность, тогда как у женщин вегетативная реактивность была извращенной (соответственно показатели сдвига ЧСС у мужчин и женщин составляли — 7,64±2,1 и +3,22±0,9; $P < 0,005$). Кроме того, по данным клиностатической пробы, урежение ЧСС было менее значительным у мужчин ($P < 0,05$).

Недостаточность вегетативного обеспечения в клиностатической пробе была наиболее резко выражена у лиц в возрасте от 21 до 30 лет ($P < 0,005$), а максимальная степень нарушения вегетативной реактивности с ускорением ЧСС (сдвиг ЧСС равен +0,52±±0,09) — в возрасте от 31 до 40 лет.

При правостороннем повреждении головного мозга вегетативная реактивность достоверно повышена ($P < 0,05$), в то же время при левостороннем процессе носит извращенный характер (сдвиг ЧСС равен +2,56±0,9). У лиц с дезадаптацией и недостаточной адаптацией данные систолического и диастолического АД, ЧСС в фоне и

при выполнении ортостатической пробы статистически достоверно выше, чем у больных с полной и относительной адаптацией ($P < 0,05$).

Таким образом, результаты исследования раскрывают особенности вегетативной дисфункции в отдаленном периоде среднетяжелой ЧМТ. Характерным для отдаленного периода ЧМТ средней тяжести являются разноплановость фоновых показателей в кардиоваскулярной системе, пониженная вегетативная реактивность, неоднозначный характер вегетативного обеспечения как физической, так и умственной деятельности. Такой неоптимальный характер функционирования вегетативной нервной системы отражает, с одной стороны, перенапряжение эрго- и трофотропной составляющих надсегментарных аппаратов, а с другой — снижение в целом адаптационных возможностей организма в отдаленном периоде травмы. Следовательно, любое выходящее за рамки индивидуального опыта организма стрессовое воздействие может послужить пусковым фактором клинической манифестации посттравматических изменений или прогрессирования существующих синдромов. На выраженность вегетативных расстройств в отдаленном периоде ЧМТ средней тяжести влияют также пол и возраст больных, латерализация травматического процесса и степень социальной адаптации.

Полученные результаты следует учитывать при назначении рациональной терапии, своевременной коррекции вегетативных расстройств, а также при экспертной оценке состояния пострадавших в отдаленном периоде среднетяжелой ЧМТ.

УДК 616.514+616.9—002.2

КРАПИВНИЦА И ХРОНИЧЕСКИЕ ОЧАГИ ИНФЕКЦИИ

Р. Х. Бурнашева, Н. М. Рахматуллина, А. М. Гумерова

*Кафедра аллергологии (зав.— доц. Р. С. Фассахов)
Казанского института усовершенствования врачей*

В структуре заболеваний аллергического генеза крапивница занимает второе место после бронхиальной астмы (21%). Она может быть самостоятельной нозологической формой или одним из клинических проявлений основного заболевания. В этиологии и патогенезе значительная роль отво-

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А. М., Соловьева А. Д., Колосова О. А. Вегето-сосудистая дистония.— М., 1981.
2. Вишневская Э. С., Корнилов А. А. Вопросы реабилитации больных первично-психическими заболеваниями.— Томск, 1975.
3. Волошин П. В., Шогам Н. И. // Вопр. нейрохир.— 1990.— № 6.— С. 25—27.
4. Доброхотова Т. А., Пасруллаев Ф. С., Брагина Н. Н. и др. Актуальные вопросы нейротравматологии.— М., 1988.
5. Кан М. А. Физиотерапевтические и курортные факторы в оздоровлении больных различными заболеваниями.— Фрунзе, 1982.
6. Клубиц Л. А. Нейрофизиология острой черепно-мозговой травмы.— Вильнюс, 1976.
7. Лихтерман Л. Б. // Вопр. нейрохир.— 1990.— № 6.— С. 13—16.
8. Михайлюк Н. А., Кухтевич И. И., Шишко Г. Т., Сергиенко Е. В. В сб.: Врачебно-трудовая экспертиза, восстановительное лечение и трудоустройство инвалидов.— Киев, 1980.— Вып. 12.— С. 41—45.
9. Осетров А. С. Клинические и психофизиологические характеристики последствий черепно-мозговой травмы: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук.— М., 1989.
10. Birkmayer W. // Das vegetative Nervensystem.— Basel, 1966.— Vol. 4.— Т. 2.— P. 1—13.
11. Demopoulos H. B., Framm E. S., Seligman M. L. et al. // Neural trauma/Ed. A. S. Popp.— New-York, 1979.— P. 63—78.

Поступила 30.09.94.

VEGETATIVE NERVOUS SYSTEM STATE IN PATIENTS AFTER MEDIUM-GRAVE CRANIOCEREBRAL INJURY

N. N. Komissarova

Summary

The vegetative characteristic are studied in 45 patients after craniocerebral injury of medium gravity. The peculiarities of the vegetative nervous system functioning in the remote period are the different background characteristics in cardiovascular system, the decreased vegetative reactivity, the complex nature of provision of physical and mental activity. The effect of sex and age of patients, traumatic substrate lateralization and social adaptation nature on the nature of vegetative disorders is shown.

дится очагам хронической инфекции— тонзиллиту, аднекситу, простатиту. Но особенно часто крапивницу сопровождают заболевания органов пищеварения, в первую очередь нарушения функции гепатобилиарной системы: холецистит, дискинезия желчевыводящих путей, хронический гепатохоле-

цистит. В последние годы наиболее часто крапивница сочетается с дисбактериозом кишечника и с паразитарными его поражениями: лямблиозом, описторхозом, аскаридозом.

Под нашим наблюдением находились 139 больных. Возраст 78 пациентов варьировал от 15 до 40 лет, 61 — был старше 40 лет. Острая крапивница была диагностирована у 24% больных, хроническая — у 76%. Всем больным было проведено клиннико-инструментальное обследование: общий и биохимический анализы крови — на С-РБ, сиаловую кислоту, функциональные пробы печени и др. Кроме того, целенаправленно обследован желудочно-кишечный тракт: выполнено дуоденальное зондирование, определены секреторная функция желудка, состав микрофлоры кишечника и наличие протозойных инфекций. Для различения аллергической и неаллергической крапивницы проводили специфическую диагностику, которая включала аллергологической анамнез, кожные пробы с бактериальными и небактериальными аллергенами, провокационные пробы, лабораторные исследования.

Неинфекционно-аллергическая крапивница была выявлена у 31 больного, инфекционно-аллергическая — у 95, неаллергическая (псевдоаллергическая) или симптоматическая — у 13 (многоформная экссудативная эритема — у 6, системная красная волчанка — у 4, острый лейкоз — у 2, опухоль молочной железы с метастазами в средостение — у 1).

Наиболее часто хронические очаги инфекции обнаруживались у больных с хронической рецидивирующей крапивницей (82,2%), тогда как при острой крапивнице — лишь у 19,2%. Чаще встречались сочетания крапивницы с патологией желудочно-кишечного тракта: с холециститом — у 32,2% больных, с дисбактериозом кишечника — у 42,2%, с глистной инвазией и лямблиозом кишечника, — у 36,4%. У части больных холецистит, дисбактериоз и лямблиоз протекали латентно и выявлялись лишь при целенаправленном специальном обследовании.

Лечение крапивницы должно определяться этиологическими факторами, патогенетическими механизмами и фазой процесса. Порой назначение только антигистаминных препаратов и ги-

посенсибилизирующих средств оказывается недостаточным для полного устранения симптомов или вообще неэффективным. Важное значение в таких случаях имеет санация хронических очагов инфекции. При установлении аллергии и возможности прекратить контакт больного с ним показана специфическая гипосенсибилизация как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Наиболее частой причиной аллергической крапивницы, в частности острого ее варианта, являются лекарственные препараты, введение которых необходимо исключить. При аллергии бытового или пыльцевого происхождения, инфекционной или грибковой сенсибилизации в фазе ремиссии необходимо провести специфическую гипосенсибилизацию аллергеном по индивидуальной схеме.

Патогенетическая терапия в фазе обострения заключается в применении антимадиаторных препаратов (антигистаминных, антикининовых, антисеротониновых). В остром периоде препараты можно назначать как парентерально, так и внутрь. Из антигистаминных препаратов часто используют тавегил, фенкарол, терфен, тофрин, а также пролонгированные препараты — гисманал, фенистил. При крапивнице, которая сопровождается нарушением обмена серотонина, назначают перитол, бикарфен, париактин, лезинил, при нарушениях в кининовой системе — ϵ -аминокапроновую кислоту, продектин, контрикал. Дозы препаратов подбирают индивидуально, часто в уменьшенной суточной дозировке сроком на 7 — 10 дней. При хронической крапивнице следует провести курс введения гистаглобулина. Препарат применяют подкожно начиная с 0,1 мл через два дня на третий, увеличивая дозу на 0,1 до 1,0 мл, а затем повторяют введение по 1,0 мл один раз в неделю в течение 4 недель. При хорошей переносимости через месяц необходимо провести второй курс по схеме с 0,2 мл до 1,0 мл, а затем один раз в неделю в течение 4 недель. При хорошей переносимости через месяц необходимо провести второй курс по схеме с 0,2 мл до 1,0 мл, а затем один раз в неделю по 1,5 мл. Хороший эффект дает лечение возрастающими дозами гистамина. В последние годы широкое применение получил препарат отечественного противоаллергического чело-

веческого иммуноглобулина, который вводят по 2 мл внутримышечно один раз в 4 дня (всего 5 инъекций). Когда истинная аллергическая крапивница, в частности инфекционная, протекает на фоне хронических очагов инфекций, последние необходимо устранять, так как они часто осложняют и утяжеляют ее течение.

Причиной крапивницы часто являются хронические очаги инфекции, поэтому этиотропная терапия должна быть направлена прежде всего на лечение основного заболевания, инактивацию очагов инфекции с применением антибактериальных препаратов. Таким больным рекомендуется диетотерапия с ограничением жиров, пряностей, исключением облигатных пищевых продуктов: яиц, куриного мяса, рыбы, шоколада, кофе. Назначают заместительную терапию ферментами — фесталом, дигесталом, панкреатином, мексазой, панзинормом, энзисталом. При нарушении функции печени применяют гепатотропные средства и гепатопротекторы, которые защищают паренхиму печени от токсических воздействий. К таким препаратам относятся легалон или силдбор, карсил, катерген, эссенциале, ЛИВ-52. Одновременно дают желчегонные препараты — холинорегические, усиливающие образование желчи (холензим, холосас, аллохол) и холекинетические (фламин, экстракт бессмертника).

Этиотропная терапия хронической крапивницы, которая связана с паразитарными заболеваниями, заключается в назначении антипаразитарных препаратов: при лямблиозе — тинидазола, трихопола, аминохинола, при описторхозе — хлорксила, при аскаридозе — декариса.

Лечение крапивницы, которая со-

провождается дисбактериозом кишечника, проводится с учетом клиники последнего, степени нарушения нормальной микрофлоры кишечника, вида выделенного микроба. Предписывают диету, которая должна способствовать нормализации микрофлоры кишечника, обладать бактерицидным действием. С этой целью больным рекомендуется употреблять молочнокислые продукты (кефир, катык), овощи (морковь, щавель), ягоды (черную смородину, бруснику, черноплодную рябину). Большое значение придается фитотерапии, а именно настоям таких трав, как лекарственная ромашка, полынь, шалфей, огородный укроп, которые угнетают гнилостную микрофлору. При дисбактериозах, обусловленных уменьшением или отсутствием представителей нормальной микрофлоры, проводят заместительную терапию (бифидумбактерин, лактобактерин, бактисубтил, бификол, колибактерин). Широкое применение получили бактериофаги — колипротейный, стрептококковый, стафилококковый.

Таким образом, лечение аллергических и неаллергических (псевдоаллергических) форм крапивницы должно быть комплексным с учетом причин и тяжести клинических проявлений.

Поступила 21.10.94.

URTICARIA AND CHRONIC INFECTION FOCI

R. Kh. Burnasheva, N. M. Rakhmatullina,
A. M. Gumerova

Summary

The results of long-term observations of patients with various forms of urticaria are generalized. The analysis of the attendant pathology considered as chronic infection foci is given. The description of various forms of the treatment of urticaria is of interest to physicians.

УДК 616.728.2—002:616.16—005.6

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕФОРМИРУЮЩИМ КОКСАРТРОЗОМ

Д. М. Пучиньян, М. С. Сисакян

Саратовский НИИ травматологии и ортопедии (директор — доц. И. И. Жаденов) МЗ РФ

Деформирующий остеоартроз тазобедренного сустава — полиэтиологическое заболевание. Патогенетические же механизмы прогрессирования дегенеративно-дистрофического процесса в суставе лишены специфичности и во многом универсальны. Согласно си-

стемной концепции патогенеза дегенеративно-дистрофических поражений суставов [3], в возникновении и развитии патологического процесса в суставе ведущее значение имеют повторяющиеся местные нарушения микроциркуляции.

Целью настоящего исследования являлось изучение состояния микроциркуляции у больных коксартрозом в зависимости от тяжести заболевания и распространенности патологического процесса.

Под нашим наблюдением находились 48 больных деформирующим коксартрозом различного генеза в возрасте от 34 до 63 лет. Остеоартроз тазобедренного сустава I—II стадии диагностирован у 13 больных, III [1] — у 35. Среди больных деформирующим коксартрозом III стадии односторонний процесс был у 18 больных, двусторонний — у 17. Контрольная группа состояла из 34 здоровых людей в возрасте от 26 до 58 лет. Критерием отбора людей в контрольную группу служило отсутствие у них в анамнезе хронических заболеваний, которые могли бы сопровождаться сдвигами в системе микроциркуляции. Для оценки системных изменений микроциркуляции у больных использовали метод биомикроскопии сосудов конъюнктивы глазного яблока. Исследование проводили с помощью щелевой лампы ШЛ-56 в положении больного сидя [4]. Комплексную оценку состояния микроциркуляции в конъюнктиве глазного яблока осуществляли по балльной системе [2]. Выявляли сосудистые, внутрисосудистые и периваскулярные патологические признаки расстройства микроциркуляции. Соответственно рассчитывали индексы сосудистых, внутрисосудистых и периваскулярных изменений, а также общий конъюнктивальный индекс.

Как видно из приведенных результатов исследования (см. табл.), в контрольной группе имеются незначительные сдвиги в системе микроциркуляции. У обследованных встречались единичные нерезко выраженные изменения сосудистого характера: неравномерность калибра и извитость венул. В возрастной группе от 51 до 65 лет нередко наблюдалась агрегация эритроцитов в единичных мелких венулах, а иногда и в капиллярах. Периваскулярные нарушения были выявлены лишь в одном случае.

У больных деформирующим коксартрозом отмечались значительные нарушения микроциркуляции в сосудах конъюнктивы глазного яблока, заключающиеся в изменении геометрии сосудистого русла и внутрисосудисто-

го кровотока. Наблюдались извитость капиллярных петель и венул, микроаневризмы, уменьшение артериоловенулярных отношений, в некоторых случаях — увеличение количества функционирующих артериоловенулярных шунтов. Внутрисосудистые изменения были представлены в основном агрегацией эритроцитов в венулах, капиллярах и реже умеренным замедлением кровотока в артериолах. В более тяжелых случаях имели место резкое замедление и кратковременные остановки кровотока в венулах, ретроградный кровоток, микротромбозы.

Сравнительный анализ выраженности микрогемодициркуляторных расстройств у больных с различной тяжестью заболевания (см. табл.) показал, что уже на ранних стадиях коксартроза отмечаются в основном сосудистые ($P < 0,001$) и внутрисосудистые изменения ($P < 0,05$). Эти изменения достаточны для того, чтобы и общий конъюнктивальный индекс существенно отличался от контрольных величин ($P < 0,001$). При коксартрозе III стадии появляются периваскулярные признаки нарушения микроциркуляции ($P < 0,05$), а сосудистые ($P < 0,001$) и внутрисосудистые ($P < 0,001$) расстройства приобретают более выраженный характер. Об этом свидетельствуют достоверные отличия величин индексов сосудистых ($P^* < 0,05$) и внутрисосудистых ($P^* < 0,001$) изменений между группами больных с различной тяжестью заболевания. Хотя различия между группами больных в выраженности периваскулярных изменений были статистически недостоверными, величина общего конъюнктивального индекса у больных с коксартрозом III стадии оказалась существенно выше, чем у больных остеоартрозом тазобедренного сустава I—II стадий ($P^* < 0,001$).

С целью изучения взаимосвязи между распространенностью патологического процесса в тканях тазобедренных суставов в состоянии микроциркуляции были проанализированы результаты конъюнктивальной биомикроскопии глаза у больных с одно- и двусторонним коксартрозом III стадии. Установлено, что выраженность внутрисосудистых нарушений микроциркуляции зависит от распространенности дегенеративно-дистрофического процесса: при поражении обоих тазо-

Микроциркуляция (в баллах) у больных коксартрозом в зависимости от тяжести заболевания и распространенности процесса

Показатели	Группы обследованных				
	контрольная	больные коксартрозом			
		I—II стадии	III стадии	односторонним	двусторонним
Средний возраст (в годах)	42,9±2,0	42,6±3,8 P>0,05	47,2±1,2 P>0,05 P*>0,05	46,8±1,6 P>0,05	47,7±1,7 P>0,05 P*>0,05
Индекс сосудистых изменений	1,4±0,2	2,4±0,2 P<0,001	3,0±0,2 P<0,001 P*<0,05	3,2±0,3 P<0,001	2,8±0,4 P<0,01 P*>0,05
Индекс внутрисосудистых изменений	0,7±0,1	1,6±0,4 P<0,05	3,7±0,3 P<0,001 P*<0,001	3,1±0,3 P<0,001	4,3±0,5 P<0,001 P*<0,05
Индекс периваскулярных изменений	0,06±0,08	0,15±0,15 P>0,05	0,34±0,08 P<0,05 P*>0,05	0,33±0,13 P>0,05	0,35±0,13 P*>0,05 P*>0,05
Общий конъюнктивальный индекс	2,2±0,2	4,2±0,6 P<0,001	7,1±0,5 P<0,001 P*<0,001	6,7±0,7 P<0,001	7,7±0,8 P<0,001 P*>0,05

Примечание. P — достоверность различий по отношению к данным контрольной группы; P* — достоверность различий между показателями в обеих группах больных.

бедренных суставов агрегация эритроцитов носит постоянный характер и наблюдается практически во всех сосудах микроциркуляторной зоны конъюнктивы глаза. Часто выявляется замедление или блокада кровотока в посткапиллярных сосудах. Эти нарушения микроциркуляции нашли отражение в увеличении индекса внутрисосудистых изменений у больных с одно- ($P < 0,001$) и двусторонним коксартрозом ($P < 0,001$) по сравнению с величиной данного показателя в контрольной группе и в существенном различии индексов между группами больных ($P^* < 0,05$). В обеих группах имеет место значительное увеличение сосудистых изменений (в группе с односторонним коксартрозом — $P < 0,001$; в группе с двусторонним — $P < 0,01$), однако индексы сосудистых изменений свидетельствуют о том, что межгрупповых отличий нет ($P^* > 0,05$).

Таким образом, у больных коксартрозом отмечаются системные нарушения микроциркуляции в основном за счет внутрисосудистых и сосудистых изменений. Однородность групп в возрастном плане позволяет исключить влияние этого фактора на полученные результаты. В таком случае выраженность микроциркуляторных расстройств зависит от тяжести заболевания и распространенности дегенеративно-дистрофического процесса в тазобедренных суставах. Поэтому наличие постоянных сосудистых и периваскулярных признаков нарушения ми-

кроциркуляции у больных и нарастание этой симптоматики в процессе прогрессирования заболевания свидетельствуют о том, что расстройства микроциркуляции все в большей степени приобретают органический характер. Следовательно, можно полагать, что микроциркуляторные нарушения являются одним из важнейших звеньев патогенеза дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава.

ЛИТЕРАТУРА

1. Косинская Н. С. Дегенеративно-дистрофические поражения костно-суставного аппарата. — Л., 1961.
2. Селезнев С. А., Назаренко Г. И., Зайцев В. С. Клинические аспекты микрогемодиализации. — Л., 1985.
3. Стецула В. И., Мороз Н. Ф. Диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов. — Киев, 1990.
4. Шульпина Н. Б. Биомикроскопия глаза. — М., 1966.

Поступило 20.10.94.

MICROCIRCULATION STATE IN PATIENTS WITH DEFORMING COXARTHROSIS

D. M. Puchinyan, M. S. Sisakyan

Summary

The microcirculation state in 48 patients with unilateral and bilateral deforming coxarthrosis of I—III stages and in 34 healthy persons aged 26 to 63 is studied using biomicroscopy method of bulbar conjunctiva vessels. It is established that the pronounced microcirculating disorders depend on the disease gravity and pathologic process occurrence. The most constant signs of microhemocirculation disorder are intravascular and vascular changes.

ПОРАЖЕНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Т. М. Ненашева

*Кафедра госпитальной терапии (зав.—проф. Н. А. Чербова)
педиатрического факультета Саратовского медицинского университета*

Внимание к состоянию печени при подагре возросло в связи с появлением работ о возможном гепатотоксическом эффекте аллопуринола. В отечественной литературе имеются лишь единичные работы о состоянии печени при подагре [2, 5, 6]. Распространенность этого заболевания среди населения и увеличение числа больных в молодом возрасте определяют актуальность изучения висцеропатий [1, 3].

Состояние гепатобилиарной системы исследовано у 447 больных подагрой в возрасте от 19 до 76 лет (из них 437 мужчин). Контрольную группу составили 25 здоровых лиц. Кроме анамнеза, данных объективного обследования, изучали показатели липидного, белкового, ферментного и пигментного обменов, использовали скинтиграфию печени, УЗИ, компьютерную томографию.

При изучении клинических симптомов установлено следующее. Боли в области правого подреберья различной интенсивности и диспептические симптомы (тошнота, горечь и сухость во рту) имели место у 22 пациентов, холецистэктомия в анамнезе — у 6, увеличение печени на 1—8 см — у 41. Биохимическое исследование сыворотки крови показало повышение активности аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ) у 160 (35,8%) пациентов, увеличение концентрации липидов — у 264 (59,1%), глюкозы — у 62 (13,9%). Обнаружено достоверное увеличение активности АсАТ ($0,55 \pm 0,02$ ммоль/л), АлАТ ($0,68 \pm 0,03$ ммоль/л), церулоплазмينا ($0,33 \pm 0,02$ г/л), общих липидов ($6,52 \pm 0,25$ г/л), холестерина ($6,17 \pm 0,18$ ммоль/л), триглицеридов ($2,62 \pm 0,43$ ммоль/л), бета-липопротеидов ($P < 0,05 - 0,001$). Активность щелочной фосфатазы в сыворотке крови составляла $75,2 \pm 8,4$ ед/л, концентрация глюкозы — $6,0 \pm 0,16$ ммоль/л, показатель тимоловой пробы — $3,6 \pm 0,4$ ед. При изучении белковообразовательной функции печени установлено снижение содержания в крови вы-

рабатываемых гепатоцитами альбуминов. При содержании в сыворотке крови $80,30 \pm 0,90$ г/л общего белка альбумины составили $46,82 \pm 0,75\%$ ($54 - 65\%$ в норме). Так как альбумины, связывая мочевую кислоту, препятствуют отложению ее в тканях, гипоальбуминемия может иметь патогенетическое значение при данном заболевании. Кроме того, наблюдалась корреляция между содержанием билирубина и уровнями бета-липопротеидов ($r = -0,6$), триглицеридов ($r = -0,36$), глюкозы ($r = +0,560$), серомукоида ($r = -0,30$), а также показателем сулемовой пробы и уровнем фибриногена ($r = -0,51$), величинами сулемовой пробы и СОЭ ($r = -0,33$), сулемовой и сиаловой проб ($r = -0,61$), уровнем гемоглобина и сулемовой пробы ($r = +0,55$). Что касается активности трансфераз, то имеется положительная связь между содержанием бета-липопротеидов сыворотки крови и активностью ферментов ($r = +0,33$), величинами тимоловой пробы и трансфераз ($r = +0,43$), а также высокая степень связи между активностью АлАТ и АсАТ ($r = +0,70$). Содержание церулоплазмينا коррелирует с уровнем гамма-глобулинов ($r = +0,4$).

С помощью динамической скинтиграфии выявлено снижение поглотительно-выделительной функции паренхиматозных клеток печени. Изменения на сканограммах носили очаговый, диффузный характер, отмечалось увеличение размеров печени. Очаговые поражения печени имели место, как правило, при наличии множественных тофусов.

Использование таких методов исследования, как УЗИ и компьютерная томография, позволили нам расширить имеющиеся в литературе сведения о поражении печени у больных подагрой. Состояние печени оценивали с помощью УЗИ у 81 больного подагрой и только у 12 человек не обнаружено в ней патологических изменений. У 47 пациентов печень была увеличена на 1—8 см. Акустическая неоднород-

ность ткани этого органа из-за наличия участков гипо- и гиперэхогенных структур определена у 32 пациентов. Участки стеатоза с экзонегативными зонами выявлены у 25 больных. Кисты в печени диагностированы у 10 лиц (очаги анэхогенных зон, в которых едва регистрируются контуры округлых образований). Бугристость, прерывистость контуров печени имели место у 7 пациентов. Со стороны желчевыводящих путей при УЗИ констатированы изменения размеров желчного пузыря, утолщение его стенки (более 3 мм), деформация, наличие перетяжек и камней. Признаки хронического хлестита выявлены у 48 больных, камни желчного пузыря — у 57.

Данные компьютерной томографии также подтверждали очаговые поражения печени и наличие гиперэхогенных зон с плотностью кальцификатов округлой формы диаметром от 0,2 до 0,6 см и более и анэхогенных округлых образований диаметром от 0,2 до 0,6 см и более — кист печени, а также бугристости, нечеткости контуров печени. Наряду с этим у 13 больных выявлены изменения в селезенке: увеличение ее размеров, а также наличие гиперэхогенных очаговых округлых образований. Компьютерная томография констатировала у больных подагрой наличие признаков периспленита. При сопоставлении результатов инструментальных методов исследования с данными биохимических тестов прослежен параллелизм выявленных нарушений.

Детальный анализ результатов клинического, лабораторного и инструментального обследований позволил установить нарушения в гепатобилиарной системе у 187 (41,8%) больных подагрой. Изменения со стороны печени выявлены у 157 (35,1%) пациентов, желчевыводящих путей — у 92 (20,6%) лиц.

Частота гепатопатий у больных подагрой, скудность их клинических проявлений, отсутствие клинических и анамнестических данных о наличии сопутствующей патологии свидетельствуют о вовлечении печени в патологический процесс при подагре. Оценивая очаговые изменения печени в виде кист и плотных округлых образований, мы можем допустить, что они возникают вследствие образования специфических изменений в печени и, следова-

тельно, являются характерными для подагрического ее поражения. В ряде работ [4, 7] описано образование тофусоподобных изменений не в типичных местах, а в области сердца, гортани, в конъюнктиве глаз. Кроме того, С. М. Шукурова [6] при гистологическом исследовании биоптатов печени обнаружило депо белковых аморфных масс в паренхиме печени; ею же охарактеризованы различные стадии формирования подагрических узелков в печени. Полученные нами данные УЗИ и компьютерной томографии подтверждают эти данные и позволяют клиницистам установить тяжесть поражения печени при подагре и специфический характер ее поражения.

Таким образом, у больных подагрой возможно развитие специфического поражения печени. Наряду с назначением гипоурикемических средств необходимы гепатотропные препараты и желчегонные средства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беневоленская Л. И., Бржезовский М. М. Эпидемиология ревматических болезней.— М., 1988.
2. Бобоходжаев М. Х., Шукурова С. М., Расулов У. Р. Тезисы доклады IV Всесоюзного съезда ревматологов.— Минск, 1991.
3. Насонова В. А., Астапенко М. Г. Клиническая ревматология/Руководство для врачей.— М., 1989.
4. Пиляев В. Г., Пихлак Э. Г.//Ревматология.— 1985.— № 4.— С. 44 — 46.
5. Рыжкин А. И. Влияние родоновых вод и импульсных токов низкой частоты на функцию печени и почек при лечении подагры и деформирующего остеоартроза: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.— М., 1979.
6. Шукурова С. М. Клинико-морфологические и функциональные изменения печени у больных подагрой: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— Душанбе, 1988.
7. Martinez-Cordero, Barreira-Mercado E., Katona G.//J. Rheumat.— 1986.— Vol. 13.— P. 471—472.

Поступила 13.10.94.

LESIONS OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM IN PATIENTS WITH GOUT

T. M. Nenashva

Summary

As many as 447 patients with primary gout are examined. Biochemical investigations show the disorders of fermental, lipid, carbohydrate, protein metabolism in patients with gout. The decrease of the absorption-discharge function of parenchymatous cells of the liver is revealed in dynamic scintigraphy. The increase of the liver size, focal hypo- and hyperechogenic formations at the expense of cysts and calcifications are found. Cholelithiasis is revealed in 57 patients.

ОТОСКЛЕРОЗ: ПРОБЛЕМЫ ПАТОГЕНЕЗА И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А. С. Киселев

*Кафедра оториноларингологии (нач.— проф. В. Р. Гофман)
Военно-медицинской академии, г. Санкт-Петербург*

Благодаря достижениям в области кофхирургии, у значительного числа больных, страдающих отосклеротической тугоухостью, был улучшен слух. Тем не менее многие проблемы этого заболевания продолжают оставаться актуальными и в настоящее время. Среди них следует выделить патогенез отосклероза, а также механизм торможения активности отосклеротического процесса, особенно в тех случаях, когда отосклеротическая перестройка захватывает кохлеарную область ушного лабиринта.

Критический анализ литературных данных, посвященных патогенезу отосклероза, а также результаты собственных исследований позволили нам предложить возможный вариант патогенеза отосклероза. В основе его лежат представления о двух группах факторов, вызывающих развитие отосклероза, — каузальных и кондициональных [5].

Как известно, лабиринтная капсула имеет своеобразное строение, связанное прежде всего с особенностью эмбрионального развития. При этом следует упомянуть о скоплениях остатков эмбрионального хряща впереди оконной щелочки (*fissula ante fenestrum*) и позади оконной ямки (*fossula post fenestrum*), о наличии *globuli ossei*, интраглобулярных пространств, своеобразии архитектоники и кровоснабжения [8, 11, 12, 18]. Из перечисленных морфологических отличий особый интерес представляют скопления остатков эмбрионального хряща в лабиринтной капсуле и прежде всего впереди оконной щелочки, обнаруживаемые только у человека и некоторых видов человекообразных обезьян [8].

Как известно, отосклеротический процесс чаще всего начинается именно в этой области лабиринта, наиболее богатой скоплением эмбриональной хрящевой ткани [2, 9, 12, 14]. Указанные морфологические особенности костной капсулы ушного лабиринта позволили нам отнести к каузальным факторам скопление остатков эмбрионального хряща, которые при наличии кондициональных факторов способны вызывать спонтанную перестройку лабиринтной капсулы, определяющую морфологически отосклеротический процесс.

Лабиринтная капсула отличается от большинства костей скелета не только приведенными морфологическими особенностями. Ее отличительной чертой является и своеобразные физиологические свойства, прежде всего инертность (брадитрофность) костной ткани. Некоторые авторы [8, 11] видят в этом своеобразную целесообразность. В то же время многочисленные исследования показали, что перестройка костной капсулы лабиринта осуществляется на протяжении всей жизни, но интенсивность этого процесса не очень высока. Пе-

рестройка, проявляющаяся как в резорбции эмбрионального хряща и других остатков эмбриональных структур с заменой их зрелой пластинчатой костью, так и в деполимеризации и восстановлении периваскулярной кости может рассматриваться как физиологическое явление [18]. Между тем тот же автор [18] наблюдала переход физиологической перестройки лабиринтной капсулы в отосклеротическую. Разница между ними заключена лишь в объеме, а не в характере процесса. Ряд других исследователей [3, 8, 11] также не видят принципиальной разницы в морфологической картине отосклеротической и физиологической перестройки кости. Авторы указывают, что отосклеротическую перестройку отличает избыточность костеобразовательного процесса. Последний приводит к нарушению нормальных анатомических границ костного лабиринта и, следовательно, к нарушению функций перепончатого лабиринта.

Вполне возможно, что способность к избыточной перестройке лабиринтной капсулы вызывается либо наличием повышенного количества эмбрионального хряща, либо способностью к более активным процессам периваскулярной перестройки костной ткани.

Неполноценность лабиринтной капсулы, в смысле способности к ненужной перестройке в постнатальном периоде, может передаваться по наследству. Многие авторы рассматривают отосклероз именно как наследственное заболевание, которое передается по аутосомально-доминантному типу и выявляется у 40% лиц, являющихся носителями генетических дефектов. При этом дефектный ген отличается малой пенетрантностью, а также слабой экспрессивностью [2, 12]. Поэтому дети родителей, больных отосклерозом, могут иметь нормальный слух. Но мутантный ген продолжает передаваться по наследству и может проявиться в любом последующем поколении. Мы полагаем, что для развития клинически определяемого отосклероза необходимо существование определенных условий. Среди кондициональных факторов, которые могут способствовать развитию отосклеротической перестройки, выделяем внешние и внутренние. К внешним мы относим те воздействия, которые могут оказывать неблагоприятное влияние на орган слуха, — длительное воздействие шума, отрицательные психоэмоциональные факторы, лучистая энергия (в том числе инсоляция), а также некоторые виды гипervитаминоза, инфекционные болезни [1, 13], а к внутренним — факторы изменения функционального состояния эндокринной и нервной систем, что особенно наглядно проявляется у женщин.

Известно, что так называемый «гистологи-

ческий», то есть «немой», отосклероз с ограниченным распространением процесса в лабиринтной капсуле и не поражающий функционально важные отделы лабиринта приблизительно одинаково часто встречается как у женщин, так и у мужчин. В то же время клинически определяемый отосклероз поражает преимущественно женщин. По мнению ряда исследователей, это обусловлено тем, что в организме женщины малопенетрантный ген отосклероза имеет больше условий для своего проявления, соответственно и выше риск развития клинически определяемого повреждения лабиринтной капсулы (половое созревание, менструальный цикл, беременность, лактация [2, 12]).

Резорбции костной ткани, осуществляемой как остеокластами, так и другими клеточными элементами кости — гипертрофированными остеоцитами [15] и гиалиноцитами [17], всегда предшествует предварительное локальное накопление кислых продуктов метаболизма [11]. Причем их накоплению в лабиринтной капсуле способствует затруднение оттока тканевой жидкости, связанное с особенностями строения энхондрального слоя и с архитектурой кровеносных сосудов [11].

Нами было установлено, что недостаточность симпатико-адреналовой системы у больных отосклерозом проявляется наиболее заметно при предъявлении к ней повышенных функциональных требований [6]. В эксперименте это может быть инсулиновая нагрузка, а в реальных условиях — половое созревание, менструальный цикл, беременность и лактация. Обнаруженные у больных отосклерозом признаки гипофункции симпатико-адреналовой системы не могут не отразиться на деятельности гипоталамуса, тесно связанного с последней в функциональном отношении и являющегося ведущим центром вегетативной интеграции.

Одной из главных целей в лечении отосклероза следует считать торможение активного развивающегося отосклеротического процесса, которого можно добиться путем изучения характера остеогенеза лабиринтной капсулы в эксперименте, в результате искусственно вызванной перестройки. В этом плане представляют интерес эксперименты с электростимуляцией гипоталамических структур, проведенные на животных (кроликах шиншиллах), находящихся в условиях длительного гипервитаминоза D_2 [5, 7]. Гипервитаминоз D_2 вызывал существенную перестройку костной ткани, в том числе лабиринтной капсулы, а также отложение солей в строге аорты. Выраженность этих изменений находилась в зависимости от длительности эксперимента. При этом отмечалось заметное возрастание уровня лимонной кислоты в сыворотке крови (гиперцитремия) выше исходного нормально-го уровня в 2,5—4 раза.

Электростимуляция области переднего и заднего гипоталамуса вызывала ясно выраженное угнетение активности процессов перестройки костной ткани (лабиринтной капсулы), вызванное длительным гипервитаминозом D_2 .

Параллельно имело место снижение выраженности гиперцитремии, которое превышало нормальный уровень лишь в 1,5 раза. Какой-либо разницы между стимулирующей областью переднего и заднего гипоталамуса не определялось. Таким образом, справедливо предположить, что повышение активности гипоталамических структур, вызванное электростимуляцией, оптимизирует важнейшие метаболические процессы. Это, в свою очередь, способствует нормализации метаболизма костной ткани, нарушенной каким-либо воздействием (в нашем случае гипервитаминозом D_2). Данное положение открывает перспективы в поисках фармакологических средств, вызывающих торможение активности отосклеротического процесса и определяющих консервативное лечение этого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ангелушев Ж. Д. // Вестн. оториноларингол. — 1963. — № 1. — С. 24 — 26.
2. Гукочич В. А. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1976. — № 5. — С. 7 — 10.
3. Даль М. К. Многотомное руководство по патологической анатомии. — М., 1964. — Т. 1. — С. 415 — 420.
4. Кассиль Г. Н. Внутренняя среда организма — М., 1983.
5. Киселев А. С. Патогенетические и клинические проблемы отосклероза (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Л., 1984.
6. Киселев А. С. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1989. — № 2. — С. 14 — 17.
7. Киселев А. С. Сб. науч. тр. Хабаровского мед. ин-та. — Хабаровск, 1991. — С. 14 — 19.
8. Покотиленко А. К. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1967. — № 1. — С. 69 — 73.
9. Покотиленко А. К., Луценко М. А. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1963. — № 4. — С. 19 — 26.
10. Преображенский Н. А., Пятакина О. К. Тугоухость. — М., 1978.
11. Русаков А. В. Многотомное руководство по патологической анатомии. — М., 1959. — Т. 5. — С. 403—406.
12. Сватко Л. Г. Отосклероз. Патогенез, морфогистохимия и хирургическое лечение. — Казань, 1974.
13. Фомина-Косолапова В. П. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1962. — № 4. — С. 13 — 18.
14. Хечинашвили С. Н. Руководство по оториноларингологии. — М., 1994.
15. Belanger L. F., Migicowsky B. // J. Histochem. Cytochem. — 1963. — Vol. 11. — P. 734 — 743.
16. Bretlau P. // Arch. Otolaryng. — 1971. — Vol. 93. — P. 551—561.
17. Chevance L. G., Causse J., Jorgensen M. B., Bretrau P. // Ann. otolaryng. — 1972. — Vol. 89. — P. 5—34.
18. Gussen R. // Acta oto-laryng. — 1969.

Поступила 16.11.94.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ

В. И. Галочкин

Кафедра последипломной подготовки врачей (зав.—проф. В. И. Галочкин) медицинского факультета филиала Московского университета, г. Ульяновск

Тугоухость в результате отосклеротического процесса в лабиринтной капсуле диагностируется у 0,1—1% всего населения, являясь таким образом важной медицинской и социальной проблемой. К настоящему времени разработано множество методов хирургической коррекции отосклеротической тугоухости и патогенетического медикаментозного воздействия на отосклеротический очаг в лабиринтной капсуле [10]. Из разнообразных слухоулучшающих вмешательств наибольшее распространение получили стапедэктомия и стапедопластика. Реже используются такие способы операций, как монокуральная транспозиция, стапеднолиз, интерпозиционная техника и др. Благодаря существующему многообразию методов отихирург имеет возможность выбирать рациональное для больного хирургическое вмешательство с учетом индивидуальных вариантов строения среднего уха и визуальной оценки особенностей развития отосклеротического процесса. К настоящему времени техника слухоулучшающей хирургии приближается, можно считать, к идеальному уровню и обеспечивает максимальную функциональную эффективность и социальную реабилитацию больных в 80—95% случаев [10 12].

Хирургическое вмешательство не предотвращает дальнейшего прогрессирования отосклеротического процесса, а в некоторых случаях вследствие своей травматичности стимулирует костную перестройку в очаге отосклероза. Параллельно с совершенствованием хирургической техники велись поиски и разработка способов медикаментозного воздействия на отосклеротический очаг в височной кости. Появление новых методов консервативного лечения было связано с исследованиями в области этиологии и патогенеза отосклероза, изучением минерального состава фрагментов стремени, биохимических компонентов перилимфы, а в последние годы с определением иммунологических аспектов патологического процесса у больных отосклерозом.

Первые патогенетически обоснованный метод консервативного лечения отосклероза был предложен в 1964 г. [23]. В механизме его действия заложено свойство иона фтора оказывать стабилизирующее влияние на процессы костной деструкции.

Экспериментальное обоснование применения фторида натрия на D-гипервитаминозной модели костной перестройки в височной кости морских свинок представляли ряд исследователей [4, 13]. Авторы рекомендовали назначать больным по 30—60 мг препарата в сутки (0,5 мг/кг массы) в течение 2 месяцев, затем через 1—2 месяца курс повторять. У больных с начальной стадией заболевания отмечались улучшение слуха или его стабилизация, исчезновение или снижение ушного шума. При выраженной стадии слух стабилизировался или даже ухудшался за счет повышения

порогов при воздушном звукопроведении, что объясняется большей фиксацией стремени при инактивации и, следовательно, уплотнением отосклеротического очага. В дальнейшем производили слухоулучшающую операцию, которую больные после консервативного лечения переносили значительно лучше, чем те, которые не принимали фторида натрия. Стабилизация порогов слуха при костном проведении звука сохранялась в среднем в течение 5—6 лет, после этого больным предписывали повторный курс лечения [2]. Таким образом, лечебный эффект давали малые дозы фтористого натрия, не вызывавшие побочных эффектов.

Наряду с назначением только фторида натрия многие авторы рекомендовали применять комплекс фторида натрия с препаратами кальция и витамином D, регулирующим процессы костного метаболизма [15, 16]. Определенный интерес представляют результаты исследования протеолитической активности перилимфы, взятой в ходе слухоулучшающей операции. В группе больных после приема фторида натрия активность протеаз была достоверно ниже, чем у нелеченных больных [3, 4].

Новый аспект применения фторида натрия в качестве профилактического средства у детей из «отосклерозных» семей был апробирован зарубежными исследователями [17, 19]. При выявлении у них начальных признаков тугоухости, им назначали консервативную терапию небольшими дозами фторида натрия. Контрольное обследование с помощью импедансометрии показало стабилизацию порогов слуха. По мнению авторов, среди школьников необходима профилактика отосклероза.

Стремясь избежать общего воздействия фторида натрия на организм больных отосклерозом, некоторые исследователи [6, 7] предложили вводить указанный препарат электрофоретическим способом в височную кость, разработав для этого методику эндурального электрофореза. С целью лечебного воздействия на измененный при отосклерозе органический компонент кости авторы одновременно назначали электрофорез витамином С, стимулирующего синтез коллагена. При исследовании фрагментов основания стремени удалось подтвердить увеличение количества фтора и аскорбиновой кислоты. Слуховая функция в отдаленные сроки после лечения оставалась стабильной или улучшалась. При гистологическом исследовании фрагментов основания стремени после электрофоретического лечения чаще обнаруживались неактивные очаги отосклероза [5].

Сравнивая результаты лечения отосклероза пероральным и электрофоретическим способами введения фторида натрия, В. И. Галочкин [4] выявил значительное преимущество первого способа. Стабилизация порогов восприятия при воздушном и костном звукопроведе-

ниях наблюдалась после электрофоретического способа лечения в течение 2—3 лет, в то время как после пероральной — в течение 5—6 лет.

Одновременно с разработкой различных способов применения фторида натрия в отолонии шел поиск новых медикаментозных средств, способных оказывать стабилизирующее действие на отосклеротический процесс. Детальное изучение минерального обмена у больных отосклерозом выявило у них недостаточное количество магния в сочетании со сниженным уровнем оксипролина в костной ткани лабиринтной капсулы, что было подтверждено экспериментально. Исходя из этих данных для лечения больных отосклерозом был применен эндуральный электрофорез 5% раствора сернистого магния в сочетании с повторяющимися каждые полгода курсов из 10—15 процедур. Стабилизация слуха в отдаленные сроки после лечения (через 3—5 лет) отмечена у 91,7% больных [1, 9]. Авторы подчеркивают преимущество сернистого магния при лечении больных по сравнению со фторидом натрия.

Используя регулирующие действие гормонов щитовидной железы на обмен кальция и фосфора, В. Ф. Никитина [8] назначала для инактивации отосклеротического процесса препарат щитовидной железы — кальцитрин в комбинации с глюконатом кальция. Консервативная терапия, проведенная после хирургического вмешательства, стабилизировала послеоперационный уровень слуха в последующие сроки. Никаких осложнений при лечении не отмечено.

Способность контрикала ингибировать протеолитические ферменты послужила В. А. Гуквич и др. [6] основанием для назначения его больным отосклерозом. Контринал вводили путем эндурального электрофореза для снижения уровня протеолитических ферментов в очаге отосклероза и жидкостях внутреннего уха. Нормальная концентрация протеза в перилимфе сохранялась после лечения в течение года.

В последнее десятилетие в отолонии находят подтверждение гипотеза об аутоиммунном характере отосклеротического процесса [20, 24]. Аутоиммунный ответ организма возникает на коллаген типа II, который содержится в остатках эндохдрального хряща. В крови у больных обнаружены антитела к коллагену типа II, а в отосклеротических очагах — комплекс и антитела [22, 24]. Исследуя перилимфу у больных отосклерозом, Н. Н. Решетников и Т. И. Попова [11] выявили IgG и антитела к нативной ДНК и коллагену типа II, подтвердив аутоиммунный характер заболевания. Некоторые авторы [18] применяли кортикостероиды в иммуносупрессивных дозах для инактивации отосклеротического очага после операции на стремени. Клинически стабилизация отосклероза проявлялась исчезновением или уменьшением ушных шумов.

В комплексную терапию больных отосклерозом В. И. Галочкин [4] включил фторид натрия и иммуномодулирующий препарат — дифосфон. Клиническое сравнение этой группы больных с пациентами, лечеными только фторидом натрия, показало преимущество комплексного метода (улучшение порогов слуха при костном звукопроведении, повышение переносимости хирургического вмешательства, нормализация уровня протеолитических фер-

ментов в перилимфе). Кроме того, согласно результатам гистологического исследования фрагментов основания стремени, у этих больных преобладал неактивный отосклеротический процесс.

Дальнейшее изучение этиологии и патогенеза отосклероза позволит разработать новые методы лечения больных. В данном аспекте определенный интерес представляют такие публикации [14, 21], в которых авторы сообщают об обнаружении в отосклеротических очагах антигенов вирусов кори, свинки, краснухи и паротита. По их мнению, отосклероз является воспалительной сосудистой реакцией костной капсулы лабиринта на внедрение вирусов.

Таким образом, социальная реабилитация больных отосклерозом обеспечивается в настоящее время комплексом консервативных методов лечения, способствующих инактивации и длительной стабилизации отосклеротического процесса, и различными вариантами хирургических вмешательств, направленных на коррекцию сниженного слуха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белкина Н. П., Краева Н. И., Лях Г. С., Микущин М. К. Реабилитация больных с заболеваниями уха, горла, носа и речи. — Сб. трудов. — 1980. — Том XXIII-A. — С. 46—55.
2. Галочкин В. И. Современные методы диагностики и лечения заболеваний уха. — Сб. тр. ЛОР-каф. КГМИ. — Казань, 1985. — С. 24—30.
3. Галочкин В. И. // Вестн. оториноларингол. — 1987. — № 1. — С. 15—18.
4. Галочкин В. И. Консервативная терапия отосклероза с целью предупреждения прогрессирования тугоухости. Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. — Казань, 1988.
5. Гуквич В. А., Авраменко Л. В. Тезисы IV съезда отоларингологов РСФСР. — Горький, 1978.
6. Гуквич В. А., Мартынюк Л. А., Авраменко Л. В. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1978. — № 2. — С. 70—72.
7. Гуквич В. А., Федотов А. Ф. // Вестн. оториноларингол. — 1973. — № 1. — С. 65—69.
8. Никитина В. Ф. Патология уха и реабилитация больных с тугоухостью. — М., 1987.
9. Пальчун В. Т., Белякова Л. В., Асламова В. И. и др. // Вестн. оториноларингол. — 1988. — № 1. — С. 23—27.
10. Преображенский Н. А., Пятакина О. К. Стапедэктомия и стапедопластика при отосклерозе. — М., 1973.
11. Решетников Н. Н., Попова Т. И. // Вестн. оториноларингол. — 1992. — № 3. — С. 14—16.
12. Сватко Л. Г. Отосклероз. — Казань, 1974.
13. Сватко Л. Г., Галочкин В. И., Петушков Е. В. Материалы XI конференции отоларингологов ТАССР. — Казань, 1975.
14. Arnold W., Friedmann I. // J. Laryngol. Otol. — 1988. — Vol. 102. — P. 865—871.
15. Balle V., Linthicum F. // Ann. Otol. — 1984. — Vol. 93. — P. 105—111.
16. Bretlau P., Hansen H., Causse J. et al. // Ann. Otol. Rhinol. Laryng. — 1985. — Vol. 94. — P. 103—104.
17. Causse J., Causse J. // Ann. Oto-Laryng. — 1980. — Vol. 97. — P. 325—351.
18. Causse J., Causse J., Bel I. et al. //

Acta otorhinolaryngol. belg.—1986.— Vol. 40.— P. 482—486.

19. Cole J.//Laryngoscope.—1982.— Vol. 92.— P. 863—872.

20. Harris J., Ryan A.//Amer. J. Otolaryngol.—1984.— Vol. 5.— P. 418—425.

21. McKenna M., Mills B.//Otolaryng. Head Neck Surg.—1983.— Vol. 62.— 387—390.

22. Shrader M., Weber B., Poppendieck J.//Ann. Otol.—1990.— Vol. 99.— P. 349—359.

23. Shambaugh G., Scott A.//Arch. Otolaryng.—1964.— Vol. 80.— P. 263—270.

24. Yoo T., Shea J., Floyd R.//Amer. J. Otolaryngol.—1987.— Vol. 8.— P. 317—324.

Поступила 01.10.94.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 617.7—007.681—089.8

Н. Х. Хасанова, З. Г. Камалов, Ф. С. Амирова, Р. Ф. Ахметшин (Казань). Зависимость эффективности антиглаукоматозных операций от способа формирования конъюнктивального лоскута.

Изучено влияние двух способов формирования конъюнктивального лоскута на гипотензивную эффективность операций и отток внутриглазной жидкости в отдаленные сроки наблюдений.

Прооперированы 2 группы больных—150 человек (150 глаз). В 1-й группе (76 пациентов) операции были выполнены с разрезом конъюнктивы у места ее прикрепления по лимбу на протяжении 5—6 мм с последующей отсепаровкой ее на 3—4 мм вверх.

На края конъюнктивальной раны у больных обеих групп на завершающем этапе операции накладывали нейлоновый непрерывный шов с фиксацией его концов.

В возрасте до 50 лет прооперировано 3 пациента, остальные были старше. Открытоугольная глаукома констатирована у 45 больных, закрытоугольная—у 16, смешанная—у 6, вторичная—у 9. Начальная стадия была у 19 пациентов, развитая—у 42, далеко зашедшая—у 15. С умеренно повышенным внутриглазным давлением (ВГД) прооперировано 43 человека, с высоким—33. Коэффициент легкости оттока (КЛО) был низким и колебался от 0,01 до 0,09 мм³/мин. Глубокая склерэктомия произведена 39 (51,3%) пациентам, синусотрабекулоэктомия с задней трепанацией склеры—у 36 (47,4%), иридэктомия—у 1 (1,3%). Осложнений во время операций не было.

В послеоперационном периоде у 2 больных была гипема высотой в 2 мм, которая рассосалась бесследно после двух подконъюнктивальных инъекций эмксипина.

Во 2-й группе (74 пациента—74 глаза) больные прооперированы с выкраиванием конъюнктивального лоскута традиционным способом—отступя 7—8 мм от лимба и параллельно ему длиной 6—7 мм. Группы больных были стандартизированы по возрасту, форме глаукомы, стадии заболевания, степени компенсации. Больным этой группы также производили глубокую склерэктомия (40 глаз), синусотрабекулоэктомия с задней трепанацией (34 глаза). Сроки наблюдения—до 3 лет (от 18 до 36 мес).

Наблюдения за больными указанных групп показали, что при выкраивании конъюнктивального лоскута разрезом от лимба отмечалось почти ареактивное течение послеоперационного периода. Рана конъюнктивы у лимба быстро склеивалась, рубец был почти незаметен, а глаз спокоен с первых дней. Не было

реакции конъюнктивальных и эписклеральных сосудов. В раннем послеоперационном периоде всегда формировалась разлитая фильтративная подушка. Ни разу не наблюдалось отхождения конъюнктивального лоскута от лимба. При этом способе во время операции создавались технические удобства для производства основных этапов антиглаукоматозных операций, так как конъюнктив, отсепарованная сверху, расширяла операционное поле, позволяла хорошо контролировать манипуляции в углу передней камеры. У больных при традиционном формировании конъюнктивального лоскута в послеоперационном периоде реактивное воспаление тканей конъюнктивы и эписклеры было более выраженным и держалось дольше (в среднем—8—10 дней), в то время как при лимбальном разрезе они были минимальными и исчезали через 2—3 дня. Кроме того, у 4 больных с традиционным разрезом наблюдалось расхождение краев конъюнктивальной раны, что потребовало повторного наложения швов. У 28 (37,8%) пациентов этой группы в отдаленные сроки выявлен приобретенный птоз (от 1 до 3 мм), в то время как при лимбальном разрезе он был обнаружен у 3 (4%) больных в легкой степени (1,5 мм). Что касается ВГД, то при традиционном способе формирования лоскута умеренно повышенное и высокое давление в отдаленные сроки встречалось в 2 раза чаще, чем при формировании лоскута от лимба (11% и 5,2%). Истинное ВГД при лимбальном разрезе снизилось с $35,1 \pm 1,2$ до $16,8 \pm 0,4$; КЛО увеличился с $0,08 \pm 0,02$ до $0,26 \pm 0,01$, при традиционном—соответственно с $33,2 \pm 1,2$ до $17,8 \pm 0,7$ и с $0,09 \pm 0,01$ до $0,22 \pm 0,01$. Фильтративная подушка также чаще сохранялась выраженной при лимбальном способе формирования лоскута.

Приведенные данные свидетельствуют, что лимбальный метод формирования лоскута удобен технически, дает ареактивное заживление раны и создает лучшие условия для восстановления оттока внутриглазной жидкости и нормализации ВГД.

УДК 616.831.9—002—02:[616.28—002.2+616.216.1—002.2

С. К. Мудрецова, В. Т. Тимашов, В. В. Рафаилов (Казань). Обострение хронического воспалительного процесса уха и верхнечелюстной пазухи на фоне вирусного менингоэнцефалита

За последние годы участились случаи серозного менингита при гриппе. Приводим наше наблюдение.

Ш., 12 лет, поступил в клинику 22.11.1993 г. по поводу гнойных выделений из правого уха в течение длительного времени и выделений с неприятным запахом и зудом в левом ухе. В анамнезе у ребенка частые пневмонии, ОРВИ,

гоймориты и гнойные отиты. В 1986 г. перенес аденоитомно. В феврале 1990 г. произведена радикальная операция на правом ухе по поводу отогенного менингита.

При осмотре ЛОР-органов носовое дыхание свободное, слизистая полости носа розовая, слегка отечна. В носовых ходах скудное количество слизистого отделяемого, Зев симметричный. Небные миндалины на уровне дужек, поверхность гладкая, лакуны свободные. Слизистая глотки физиологической окраски, чистая, влажная. Носоглотка свободная. Слуховой проход правого уха широкий, свободный. Определяется трансапонная полость, в которой видны грязно-серые корочки, эпидермальные массы и слизь. Слуховой проход левого уха также широк. Барабанная перепонка отечна и гиперемирована, в центральной части обширная перфорация, через которую в большом количестве поступает гнойный секрет. Слизистая оболочка барабанной полости утолщена, застойно гиперемирована.

При поступлении был поставлен диагноз: левосторонний хронический мезотимпанит в стадии обострения. Состояние после радикальной операции на правом ухе, отомикоз. Назначена десенсибилизирующая противогрибковая и местная противовоспалительная терапия без применения антибиотиков. Через 10 дней гнойное течение из левого уха прекратилось, воспалительные явления стихли. Трансапонная полость в правом ухе хорошо контурируется, патологическое содержимое отсутствует. Ребенка готовят к выписке.

На 13-й день пребывания в стационаре у больного повысилась температура тела до 39°C, появились вялость, головная боль, катаральные явления. После осмотра педиатром был поставлен диагноз ОРВИ и назначено соответствующее лечение. В последующие дни состояние прогрессивно ухудшалось (симптомы Кернига и Брудзинского, явления правостороннего гемипареза в конечностях, многократная рвота). На фоне сопорозного состояния периодически возникало двигательное возбуждение.

Анализ крови: СОЭ — 17 мм/ч, л. — 9,1 — 10 · 10⁹/л. На ЭХОЭГ отмечается смещение срединных структур на 0,5 см справа налево и признаки гипертензивно-гидроцефального синдрома.

На ЭЭГ: очаг патологической активности в правой теменно-затылочной области. При пункции спинномозговая жидкость прозрачная, вытекает каплями, цитоз не выражен, содержание глюкозы нормальное.

Рентгенограмма височных костей соответствует клинической картине и свидетельствует об отсутствии обострения воспалительного процесса в ушах, а рентгенограмма околоносовых пазух — о снижении пневматизации левой верхнечелюстной пазухи. При пункции ее была получена слизь. Диагноз: энцефалит неясной этиологии. Левосторонний мезотимпанит вне обострения. Состояние после радикальной операции на правом ухе. Обострение левостороннего хронического гиперпластического гайморита.

Несмотря на проводимую массивную антибактериальную и дегидратационную терапию состояние больного продолжало ухудшаться и на 17-й день квалифицировано как терминальное. Сознание отсутствовало, реакция зрачков на свет не было, дыхание поддержи-

валось в режиме ИВЛ через трахеотомическое отверстие. Анализ крови: СОЭ — 25 мм/ч, л. — 9,8 — 10 · 10⁹/л. Биохимические анализы показали признаки умеренной почечной и печеночной недостаточности. В иммунологическом статусе — снижение активности клеточного звена иммунитета. К этому времени появились признаки обострения хронического воспаления со стороны правого уха и левой верхнечелюстной пазухи. С целью санации произведена реоперация на правом ухе. При этом было дополнительно вскрыто несколько периапонных клеток, содержащих гнойный секрет. При пункции вещества мозга в области задней и средней черепных ямок гноя не выявлено. При левосторонней гайморотомии по Ковдуэлу — Люку был обнаружен гнойный секрет в небольшом количестве.

20.12.1993 г. произведена ЯМР-томография головного мозга. На ЯМР-томограммах в теменно-затылочной области определяется гиперинтенсивный сигнал до 3,5 см в диаметре. Мозговой рельеф сглажен, рисунок мозга нечеткий. При повторной ЯМР-томографии через 17 дней очаг практически исчез, однако несколько усилились общемозговые нарушения, особенно в области ствола мозга.

12.01.1994 г. на фоне активно проводимой дегидратационной, дезинтоксикационной, антибактериальной и гипосенсибилизирующей терапии в состоянии больного наметилась положительная динамика: появились слабая реакция на боль, осознанная двигательная активность. Через 2,5 месяца от начала заболевания больной хорошо вступает в контакты, самостоятельно сидит. С остаточными явлениями в неврологическом статусе (расходящееся косоглазие, левосторонний гемипарез, снижение остроты зрения) больной выписан домой под наблюдение невропатолога.

Особенность данного наблюдения заключается в возникновении менингоэнцефалита на фоне вирусной инфекции, а также обострения хронического воспалительного процесса в правом ухе и левой верхнечелюстной пазухе, что потребовало хирургического вмешательства.

Активная противовоспалительная дегидратационная терапия и применение иммуномодулирующих препаратов привели к выздоровлению больного, но с сохранением остаточных неврологических нарушений.

УДК 616.211—002—039.34

В. Н. Цибулькина, М. И. Хасанова, Г. В. Черепнев (Казань). Аллергический ринит как проявление «атопического фенотипа»

Под нашим наблюдением в Республиканском центре клинической иммунологии находились 96 больных аллергическим ринитом в возрасте от 24 до 40 лет. Пациенты (40 мужчин и 56 женщин) наблюдались регулярно на протяжении 5 лет. Длительность заболевания не превышала 10 лет. Диагностическая программа ставила целью установление признаков «атопического фенотипа» и специфической гиперчувствительности у больных аллергическим ринитом. Она включала аллергологический анамнез, кожное тестирование, провокационные назальные тесты, тест торможения естественной эмиграции лейкоцитов (ТЕЭЛ) с гистамином, определение числа эозинофилов в периферической крови, оценку гуморального и клеточного иммунитета, HLA-типирование.

По данным анамнеза, отягощенная в плане аллергии наследственность наблюдалась у 74% больных, сопутствующие аллергические заболевания (атопическая бронхиальная астма, крапивница, дерматит, аллергия к пенициллину и др.) — у 61%. Явная связь обострения с аллергеном отмечена у 69% больных.

Кожное тестирование и провокационные назальные тесты подтвердили наличие гиперчувствительности к пылевым аллергенам у 46% больных, бытовым — у 25%, эпидермальным — у 15%, сочетанную — у 14%. Отмечался выраженный ответ на гистамин как в кожных пробах, так и в ТТЕЭЛ. Показатели клеточного иммунитета не отличались от таковых в контрольной группе. К особенностям гуморального иммунитета мы отнесли тенденцию к снижению в сыворотке крови уровня иммуноглобулина А и высокий уровень общего иммуноглобулина Е. Наиболее значительными эти показатели были у больных с пылевой сенсibilизацией.

Типирование антигенов системы НЛА выявило наличие НЛА-А2 у 13% больных, НЛА-В7 — у 34%, НЛА-В27 — у 6%. Эозинофилия до 15% имела место у 84% больных.

Обследованные были разделены на три группы по признаку специфической гиперчувствительности: с бытовой, пылевой и сочетанной сенсibilизацией. Во всех указанных группах проводилось дифференцированное лечение: в 1-й — элиминация аллергена; во 2-й — специфическая иммунотерапия (СИТ) бытовыми (25 больных) или пылевыми (38) аллергенами короткими курсами (1—1,5 мес) один раз в год; в 3-й — неспецифическая терапия мембраностабилизаторами (интал, кетотифен и др.), ингибиторами фосфодиэстеразы (теофиллин), классическими антигистаминными средствами — блокаторами Н₁-рецепторов, димефосфоном как блокатором Н₁- и Н₂-рецепторов и пиримидиновым производным ксимедоном как препаратом иммуномодулирующего действия.

Нами ранее была установлена способность ксимедона понижать уровень общего сывороточного IgE, поэтому препарат был включен в комплексную терапию аллергического ринита. Оптимальной оказалась комбинация ксимедона (3—4 раза в сутки по 0,5 курсом 15 дней) с СИТ, которая обеспечивала положительный эффект в 90% случаев. Монотерапия ксимедоном была успешной у 74% больных, монотерапия СИТ — у 62%. Вероятный механизм действия ксимедона связан с его влиянием на соотношение и активность регуляторных клеток, контролирующих синтез специфического IgE.

Димефосфон как блокатор Н₁- и Н₂-рецепторов обладает преимуществами в сравнении с классическими антигистаминными препаратами, ибо не проявляет типичных побочных седативных эффектов и может применяться длительно.

УДК 616.322—002.2—089.853

Х. А. Алиметов, В. М. Кислова (Казань).
Модификация полухирургического метода лечения хронического тонзиллита

Известно, что при хроническом тонзиллите казеозные пробки образуются преимущественно в лакунах первого порядка, в широкой их части, ближе к выходу. Причиной образова-

ния застойного патологического секрета и пробок в лакунах является затруднение эвакуации из них вследствие узости устья или деформации его после неоднократных воспалительных процессов.

Мы применяем полухирургические вмешательства, имеющие целью расширение устьев лакуп. Подготовка больного заключается в промывании лакуны антисептическими растворами (фурациллин, йодинол, диоксидин) в течение 5—6 дней. Хирургический этап состоит из рассечения устья лакуны серповидным ножом и гальванокаустики ткани миндалина в межлакунарном пространстве. Инструмент вводят в паренхиму на глубину до 1 см с образованием туннеля, что в последующем ведет к сморщиванию ткани миндалин и расширению просвета лакуны, то есть к улучшению их дренажной функции. Операцию производят под местной анестезией как в условиях поликлиники, так и в стационаре.

С 1992 г. туннельная гальванокаустика небных миндалин произведена 30 больным. В некоторых случаях (по выбору хирурга) применяли ультразвуковую дезинтеграцию по приведенной выше методике. Из 30 больных, леченных методом туннельной гальванокаустики небных миндалин, обострение хронического тонзиллита наблюдалось только у 2.

Метод имеет следующие преимущества перед существующими: не нарушая архитектоники лакуны, улучшает их дренажную функцию; малая травматичность и отсутствие осложнений позволяют широко применять ее в амбулаторных условиях; сокращается время нетрудоспособности больного после полухирургического вмешательства.

УДК 616.322—002.2—02;616.322—008.87

И. М. Будник, Р. В. Федоров, Р. У. Багыршин (Казань). Влияние консервативной терапии на микрофлору небных миндалин у больных хроническим тонзиллитом с сердечной патологией

Для оценки эффективности консервативного лечения больных с хроническим тонзиллитом отобрана группа детей от 4 до 14 лет (50 чел.), состоящая на учете в детском кардиодиспансере. До лечения и после него у них определяли микрофлору слизистой небных миндалин.

До лечения чаще всего выявляли полифлору, состоящую преимущественно из симбиоза β-гемолитического стрептококка в разведении от 10⁵—10⁸, золотистого — от 10⁴ до 10¹⁰ и эпидермального стафилококков — от 10⁶ до 10¹² у 24 детей (1-я группа). У 13 пациентов (2-я группа) имело место сочетание β-гемолитического (10⁴—10¹⁰) и α-гемолитического стрептококков (10⁵—10⁹), золотистого стафилококка (10⁵—10¹¹). Микрофлора, состоящая из золотистого (10⁴—10⁸) и эпидермального стафилококков (10⁵—10⁹), наблюдалась у 9 больных (3-я группа), β-гемолитический стрептококк (10⁵—10⁷), эпидермальный стафилококк (10⁵—10⁸) и нейссерии (10⁵) — у 3 детей (4-я группа). У одного ребенка высевалась синегнойная палочка в сочетании с золотистым стафилококком.

Посев микрофлоры сопровождали определением ее чувствительности к антибиотикам. У 24 больных микрофлора была устойчива к большинству антибиотиков пенициллинового

ряда, эритромицину, гентамицину, тетрациклину, линкомицину, во всех случаях — к камицину, неомичину и полимиксину.

Комплексное консервативное лечение хронического тонзиллита включало промывание лакун, УЗ-терапию непосредственно на небные миндалины и гипосенсибилизирующих и иммунокорригирующих препаратов внутрь (дибазол, метилурацил, нуклеат натрия, продигозан, элеутерококк, витамины групп В, С, А, Е, антигистаминные препараты, кальция глюконат, активированный уголь).

У 13 детей при обращении имели место длительный (до 2—6 мес) субфебрилитет, увеличенная СОЭ (17—28 мм/ч), жидкий гной в лакунах, отклонения показателей ЭКГ. С учетом чувствительности микрофлоры лакун промывали растворами антибиотиков в сочетании с 10% раствором димексида 8 раз, затем растворами 0,5% лизоцима, 7,5% димефосфона, 0,1% левомизола также 8 раз. УЗ применяли транзониллярно с антибиотиками другого ряда и гидрокортизоном. У всех больных после лечения нормализовались картина крови, температура, показатели ЭКГ.

24 детям, у которых высеивалась микрофлора, устойчивая к антибиотикам, первый курс промывания лакун осуществляли бактериофагами (пиофаг, стафилофаг) в количестве 10 процедур и иммуномодуляторами вторым курсом — 6—8 процедур. УЗ назначали с гидрокортизоном и лизоцимом.

У детей 3-й группы лакун промывали настоями трав (эвкалипт, зверобой и мать-и-мачеха; чистотел, череда и зверобой) первым курсом (8 промываний) и иммуномодуляторами вторым курсом (8). УЗ-терапию проводили с антибиотиками и гидрокортизоном с учетом чувствительности микрофлоры.

Одному ребенку с синегнойной палочкой в микрофлоре далее выполняли пастирование лакун с метранидазолом. У всех детей лакун обрабатывали 0,5—1% раствором азотнокислого серебра.

Через 7—10 дней после лечения вновь исследовали микрофлору. У 22 детей 1-й группы разведение гемолитического стрептококка снизилось до 10^3 , золотистого стафилококка — до 10^3 , эпидермального — до 10^4 . У 9 детей 2-й группы нормализовалась микрофлора, у 2 — появилась нейссерия (10^5), что свидетельствует о недостаточной эффективности гипосенсибилизирующей терапии, большей аллергизации организма, требующей, по-видимому, более тщательного аллергологического обследования и корригирующего лечения. В 3-й группе количество представителей условно-патогенной микрофлоры также резко уменьшилось, тогда как обычно встречающаяся флора (коагулазонегативный стафилококк, дифтерия, нейссерия) нормализовалась у 8 больных.

Следовательно, целенаправленное консервативное лечение при осложненных формах хронического тонзиллита у большинства больных приводит к замещению патогенной флоры на обычную.

УДК 616.322—002.2—08:577.156.7

Л. Н. Гусева (Казань). Фитотерапия в комплексном лечении больных хроническим тонзиллитом

Проведена клиническая оценка сочетания

ингаляционной терапии фитопрепаратами и средств, влияющих на иммунную систему.

Под наблюдением находились 60 больных хроническим тонзиллитом в возрасте от 15 до 45 лет с давностью заболевания от 2 до 20 лет. Больным, кроме клинического обследования делали посев флоры из глубины лакун на выявление микробов или грибов с последующим определением чувствительности к антибиотикам и ставили кожные аллергологические пробы с микробными аллергенами.

Большинство больных связывали свое заболевание с периодическими переохлаждениями. При поступлении они жаловались на частые ангины в прошлом (от 1—2 раз до 3—4 раз в год), слабость, общее недомогание, неприятный запах изо рта, отхождение казеозных пробок из лакун миндалин, чувство неловкости в глотке, иногда на боли колющего характера в сердце и субфебрильную температуру.

При осмотре миндалин были рыхлые, лакун заполнены жидким гноем или казеозногнойными пробками, дужки гиперемированы, утолщены, спаяны с миндалинами. Регионарный лимфаденит определялся у 52 больных. На диспансерном учете никто из больных ранее не состоял, лечение им проводилось различными методами только в момент обострения заболевания и давало временный эффект.

Положительный аллергологический анамнез выявлен у 12 больных преимущественно к лекарственным препаратам (40%), пищевым продуктам (30%), косметике (20%) и растениям (10%). Кожные пробы с бактериальными аллергенами выполнены у 30 больных, при этом положительные пробы на стрептококк оказались у 23 больных, на стафилококк — у 12, поливалентные на стрептококк и стафилококк — у 10, *Neisseria safarrhalis* — у 2, кишечную палочку — у 1, протей — у 1, пневмококк — у 1. При определении показателей иммунной системы обнаружено уменьшение содержания Т-лимфоцитов в основном у больных с большей давностью заболевания и частыми ангинами (40—50% при норме 60—70%). У большинства больных (68%) был выделен бета-гемолитический стрептококк группы А, в сочетании с золотистым стафилококком — у 45% и грибы рода *Candida* — у 3%. Определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам показало, что стрептококковая флора наиболее чувствительна к пенициллину, ристомицину и олеандомицину, в то время как стафилококковая флора устойчива или мало чувствительна к широко применяемому в клинической практике антибиотикам. Всем больным на основании клинического обследования был выставлен диагноз хронического декомпенсированного тонзиллита с рецидивами ангины.

Все больные были разделены на 2 группы в зависимости от способа лечения. В 1-й группе (30 чел.) назначали курс промывания лакун водным раствором солины (10 промываний ежедневно), 10 ежедневных ингаляций с 0,05% раствором левамизола и внутрь глюконат кальция с диазолином в течение 10 дней и ежедневным приемом витаминов групп В и С. Во 2-й группе (30 чел.) в курс лечения входили 10 промываний лакун миндалин 0,05% раствором левамизола ежедневно, 10 ежедневных ингаляций пихтового масла, прием внутрь глюконата кальция и диазолина в течение 10 дней и ежедневно витаминов групп

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, прекратилась 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 верхнереберный или среднеберный 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 дисфонии 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, амитал 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 голосообразования. Все пациенты находились под наблюдением врача-фонистра, 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 неяркой 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 коагулята 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, редукацией 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 оссиклопластикой. При этом показания к слухоулучшающим операциям были расширены за счет больных, ранее перенесших санлирующие, 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 тимпанального 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 электронстагмография. 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 обусловленной 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 ксеностроаутокровяную 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, микронструментарием является прогрессивной формой реабилитации больных. В условиях консультативной поликлиники вполне возможно 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

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.

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
(главрач — 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 мнимо-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

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-

ных ФЦ включало ринофаринголарингоскопию, по показаниям стробо- и миографию, томографию гортани, фибро- и рентгеноскопию пищевода, рентгенографию шейного отдела позвоночника, легких, УЗИ, сцинтиграфию щитовидной железы, определение уровня гормонов щитовидной железы, гемографию, консультации эндокринолога, невропатолога, психиатра, терапевта.

Стационарное лечение в течение 5 лет прошли 1740 больных, из них 624 (35,9%) оперированы. В структуре госпитальной заболеваемости преобладают хронические воспалительные заболевания гортани (у 499), из них 16,4% были оперированы. В динамике по годам число больных с хроническим ларингитом остается относительно стабильным — в среднем 30% ежегодно, на втором месте по частоте (406) — больные с функциональными дисфониями, на третьем (153) — с доброкачественными новообразованиями гортани (узелки, фибромы, кисты и др.), из них 92,2% прооперированы, на четвертом (129) — с парезами и параличами гортани, из них прооперированы 25,6%.

Лечение больных бывает эффективным, если оно комплексно и включает микрохирургическую коррекцию структурных элементов гортани, методы фоноиатрического, логопедического и психотерапевтического воздействия.

Эндоларингеальное хирургическое вмешательство с использованием операционного микроскопа позволяет выполнять максимально щадящие операции. Анестезиологическое обеспечение микрохирургических операций осуществляет специально подготовленный анестезиолог, владеющий техникой инъекционного наркоза и высокочастотной искусственной вентиляции легких. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено.

Консервативное лечение включает курс антибактериальной парентеральной и ингаляционной терапии с учетом чувствительности микрофлоры, по показаниям — противогрибковой терапии. Арсенал способов лечения весьма широк: это стимулирующее медикаментозное и физиотерапевтическое воздействия, эндоларингеальные вливания

лекарственных препаратов, шейные новокаиновые блокады, пунктурная аналгезия триггеров, мануальная терапия, массаж шеи и шейно-воротниковой зоны, иглорефлексотерапия, дыхательная гимнастика, седативная и спазмолитическая терапия. На протяжении всего периода лечения по показаниям выполняют вибромассаж наружных и внутренних мышц гортани в качестве фоновой подготовки больного, за которой следует метод локального воздействия.

В раннем послеоперационном периоде у больных с доброкачественными новообразованиями гортани обязательна фонопедия. Ведущее значение она приобретает у больных с функциональными дисфониями. Фонопедическая коррекция голосовых расстройств включает постановку голоса с помощью речевой и вокальной фонопедии, правильного фонационного дыхания, применения аутогенной тренировки и наркопсихотерапии для снятия патологического навыка голосообразования.

В соответствии с установками Ассоциации фоноиатров и фонопедов России деятельность межреспубликанского ФЦ направлена на разработку новых методов диагностики и лечения. Концентрация больных в ФЦ позволяет всесторонне оценивать состояние гортани по степени поражения, проводить дифференциальную диагностику и последующее лечение с использованием всех современных методов.

Поступила 01.10.94.

ORGANIZATION OF THE WORK OF THE INTER-REPUBLICAN PHONiatric CENTRE

*Kh. A. Alimetov, A. Yu. Dvugalyuk,
A. I. Raupov, L. A. Ziatdinova*

Summary

The structure, equipment and staff of the phoniatric centre are presented. The experience of the work from 1988 to 1993 is generalized. The quantitative characteristics of the work of polyclinic department of the centre and hospital, pointing to the significant, nearly 3 times, increase of the patients number taking phoniatric help in the dynamics are given. The combined treatment (microsurgical correction of structural elements of the larynx, phoniatric, logopedic, psychotherapeutic effect methods) allows to achieve positive results.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНА СЛУХА И ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У РАБОЧИХ ШИННОГО ПРОИЗВОДСТВА

А. Г. Тихонова

*Кафедра оториноларингологии (зав.— доц. Х. А. Алиматов)
Казанского медицинского университета*

Клинические особенности химических повреждений ЛОР-органов, а также травмы органа слуха определяются различными факторами, среди которых имеют значение не только токсические свойства химических веществ, их концентрация на рабочем месте, уровень шума и его частота, но и состояние реактивности организма [1, 2].

Целью данного исследования было изучение распространенности патологии ЛОР-органов у рабочих, занятых на шинном производстве ПО «Нижекамскшина».

Были проведены инструментальный осмотр ЛОР-органов и аппаратно-диагностическое обследование 2928 рабочих. У 713 (24,3%) из них изменений со стороны ЛОР-органов не обнаружено. ЛОР-патология выявлена у 2215 (75,6%) лиц: у 1528 (69%) — заболевания верхних дыхательных путей, у 687 (31%) — патология органа слуха. У части больных имелось сочетание патологии верхних дыхательных путей и уха. Заболевания носа и околоносовых пазух диагностированы у 575 (26%) больных, причем чаще всего искривление перегородки носа (у 38,1%), способствовавшее возникновению вазомоторного ринита (у 16%), а нередко и появлению хронического воспалительного процесса в пазухах. Хронические синуситы у обследованных данной группы составили 16,5%, в том числе и полипозные формы.

С нарастанием стажа работы на данном производстве увеличивается и число лиц с нарушением дыхательной функции. У этих рабочих (у 16%) отмечались приступы чихания, обильного слизистого отделяемого, ощущения шекотания в носу, равномерная отечность. Было установлено, что слизистая оболочка дыхательных путей первоначально дает реакцию, характерную для острого инфекционного катара: резкую равномерную гиперемию, умеренную заложенность, выделения обильной прозрачной слизи. У многих

были выявлены ишемические участки на слизистой оболочке нижних носовых раковин, располагающиеся в передней трети носовых раковин (сизые пятна Воячека). Ишемические участки встречались чаще у женщин старше 30 лет и с производственным стажем свыше 5 лет.

В результате изучения структуры заболевания слизистой носа у рабочих, контактирующих с вредными факторами производства, было выяснено, что кроме доминирующих катаральных форм у них встречаются и гипертрофические формы. Прослеживается взаимосвязь между длительностью работы во вредных цехах и выраженностью патологических изменений. Имелись единичные случаи, когда рабочие, проработав 5—7 лет в контакте с химически вредными веществами, тем не менее не предъявляли каких-либо жалоб и объективно при риноскопии у них не выявлялись изменения.

Заболевания глотки составили 48,4% от всей патологии верхних дыхательных путей. Хронические тонзиллиты обнаружены у 49,3% рабочих: компенсированная форма — у 63%, декомпенсированная — у 37%. Субатрофические и атрофические фарингиты занимают первое место по частоте среди заболеваний глотки (40,7%). У обследованных со стажем до 5 лет чаще встречаются катаральные и гипертрофические формы, а у лиц с большим стажем работы (6—15 лет) — одновременно уменьшение гипертрофических процессов и рост атрофических.

Доля заболеваний гортани в структуре патологии верхних дыхательных путей составила 14% (у 112). Они протекали в виде хронического ларингита с парезом голосовых складок. Одной из особенностей поражения слизистой оболочки верхних дыхательных путей у обследованных являлось сочетанное поражение носа, глотки и гортани.

У 687 (31%) из 2215 рабочих с ЛОР-патологией обнаружены заболевания органа слуха с преобладанием острых и хронических средних отитов (50%); заболевания внутреннего уха (нейросенсорная, смешанная тугоухость, болезнь Меньера) составляли 45%, наружного уха — 5%. Полное аудиологическое обследование проведено у 505 человек.

Исследование остроты слуха на восприятие шепотной и разговорной речи показало, что в первой и второй стажевых группах слуховая функция не имела значительного отклонения от нормы. У лиц со стажем работы свыше 10 лет было сохранено восприятие разговорной речи до 5—6 метров, в то время как 8 человек шепотную речь слышали на

Распределение обследованных по стажевым группам

Стаж, лет	Число обследо- ванных	%
До 5	70	13,9
От 6 до 10	156	30,9
От 11 до 29	279	55,2
Всего	505	100

расстоянии 2,5—3 метров и несколько — на расстоянии 0,75 метра.

У лиц со стажем от одного года до 4 лет имелось выраженное укороченное восприятие камертонов с малой частотой колебаний и камертона до 4000 Гц как при воздушном, так и костном проведении при относительно хорошем восприятии камертонов речевого диапазона частот. С увеличением стажа работы наблюдается укорочение восприятия камертонов речевого диапазона частот; у лиц со стажем более 10 лет имеются значительные потери слуха по всему диапазону частот. У обследованных со стажем работы от 5 до 30 лет обнаружены нарушения слуха, отличающиеся большим разнообразием. Величины порогов восприятия тонов речевого диапазона частот при воздушном проведении колебались от 15 до 50 дБ.

Большое значение в диагностике поражения звуковоспринимающего аппарата уделяется сравнительному исследованию костной и воздушной проводимости. Тональная аудиометрия при костном проведении звуков выявила у всех обследованных повышение порогов преимущественно в верхней части исследуемого диапазона частот. У подавляющего числа рабочих (у 357 чел.) имел место горизонтальный тип кривых костной проводимости нередко со значительным повышением порогов на все частоты. У 67 человек наблюдался провал на частоте 8 кГц, у 25 — на частоте 4 кГц на кривой костной проводимости, у 56 — кривая имела нисходящий и обрывистый характер.

Пороги костной проводимости оказались повышенными в нижней части исследуемого диапазона частот, а еще в большей степени — в верхней. У 76 человек кривые костной проводимости заканчивались обрывами на высоких частотах, что указывало на дегенеративные изменения спирального органа.

Слуховые пороги при воздушном и костном проведении звуков имели близкие величины. Разрыв между кривыми воздушного и костного проведения звуков отсутствовал или не превышал 10—15 дБ у 358 человек, был равен 25—30 дБ — у 156, что подтверждает смешанный характер тугоухости у больных с хроническим гнойным средним отитом и адгезивным отитом.

Для уточнения локализации поражения и звуковоспринимающей тугоухости существенное значение имеет исследование феномена ускоренного нарастания громкости (ФУНГ). Тональная надпороговая аудиометрия проводилась путем измерения дифференциально-

го порога восприятия силы звука у всех обследованных. ФУНГ оказался выраженным при стаже работы до 5 лет (у 56), до 10 (у 77) и свыше 10 лет (у 92), то есть у 45% обследованных, что свидетельствует о вовлечении в патологический процесс рецепторов улитки.

Анализ результатов измерения дифференциального порога (ДП) восприятия силы звука в зависимости от соотношения между кривыми костной и воздушной проводимости в аудиограмме показал, что у 61 обследованного имела место низкая величина ДП восприятия силы звука с полным совпадением кривых костной и воздушной проводимости, у 70 — отмечался несоизмеримый обрыв кривых костной проводимости, у 10 — величина костно-воздушного разрыва достигала 25—30 дБ.

Уровни слухового дискомфорта устанавливали по порогам дискомфорта на частотах от 250 до 8000 Гц. У 96 человек в возрасте от 18 до 25 лет со стажем работы в условиях вибрации и шума до 5 лет они не отличались от показателей нормально слышащих лиц, из них у 35 не было порогов слухового дискомфорта (отрицательный ФУНГ). В 10 случаях имелось сужение слухового поля за счет повышения уровней слухового порога в области высоких частот (8 кГц), что являлось косвенным признаком положительного ФУНГа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артамонова В. Г., Шаталов Н. Н. Профессиональные болезни. — М., 1988.
2. Остапкович В. Е., Бромман А. В. Профессиональные заболевания ЛОР-органов. — М., 1982.

Поступила 19.09.94.

STATE OF AUDITION ORGAN AND UPPER RESPIRATORY TRACTS IN WORKERS OF TYRE PRODUCTION

A. G. Tikhonova

Summary

The lesions of upper respiratory tracts are diagnosed in 37,6% of the examined persons depending on the age and length of work. The direct dependence of professional hypoacusis on the length of work is stated in 31% of the workers.

НАСУЩНЫЕ ВОПРОСЫ МИКРОХИРУРГИИ СРЕДНЕГО УХА

О. К. Пяткина

Московский НИИ уха, горла и носа (директор — проф. Д. Н. Тарасов) МЗ РФ

Микрохирургия уха, имеющая более чем 40-летнюю историю, связана с именем С. Розена (1952). Для улучшения слуха у больных отосклерозом он предложил операцию мобилизации стремени, что привело к стремительному развитию стапедопластики.

В настоящее время микрохирургические приемы широко используются при атрезии, травмах и доброкачественных опухолях наружного слухового прохода, при врожденной аномалии, травмах и доброкачественных опухолях среднего уха помимо отосклероза и воспалительной патологии, при травматических фистулах окон лабиринта, болезни Меньера, периферических параличах лицевого нерва, субъективном ушном шуме, отогенной ликвореи, при кохлеарной имплантации и др.

Оказание сурдологической помощи в полном объеме с использованием современных методов и средств диагностики и лечения доступно хорошо оснащенному аппаратурой учреждению с большим числом специалистов различного профиля. К сожалению, в нашей стране такого учреждения нет. Существующие центры слухоулучшающей хирургии весьма ограничены в своих возможностях оказания широкой специализированной помощи. В них выполняют главным образом операции при отосклерозе и последствиях воспалительного процесса в среднем ухе и проводят консервативную терапию при болезни Меньера, внезапной глухоте, хроническом секреторном или гнойном среднем отите.

Несмотря на трудное положение слухоулучшающих центров, мы обязаны на уровне наших возможностей оказывать помощь больным с тугоухостью, лабиринтным головокружением и ушным шумом, так как их число не уменьшается. Более того, наметилась тенденция к увеличению распространенности секреторного среднего отита, нейросенсорной тугоухости сосудистого и токсического генеза, болезни Меньера, травматических повреждений уха. По нашим данным, среди общего контингента больных, находящихся в стационаре сурдологического профиля, около 80% поступают для хирургического лечения, а примерно 20% — для консервативной терапии. За последние 5 лет работы нашего отделения заметно возросло поступление больных с внезапной глухотой и травмой среднего уха, при которых часто выявляется фистула одного или обоих окон лабиринта, с болезнью Меньера и холестеатомной фистулой лабиринта, почти у 50% из них фистула распространенная или множественная. В числе последних — преимущественно жители Москвы, что свидетельствует о недостаточной осведомленности врачей в сроках лечения больных с холестеатомным процессом, в частности не всем известна пагубность длительной его терапии.

На основании многолетнего опыта лечения пациентов с разнообразной патологией уха и

ретроспективной оценки результатов в сопоставлении с результатами функциональных и патоморфологических исследований можно сделать некоторые практические выводы.

1. У каждого больного хроническим средним отитом (ХСО) при выявлении патологии носа и/или глотки необходимо восстановить носовое дыхание и ликвидировать очаги инфекции. Длительное местное применение антибиотиков порочно, их можно назначать лишь при обострении воспалительного процесса и желательнее в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры. Механическая очистка барабанной полости травматична для слизистой оболочки, поэтому целесообразно удалять отделяемое из уха путем промывания дезраствором и отсасывания. Консервативная терапия ХСО оправдана в течение 1—2 месяцев. При положительных результатах лечения реконструктивная операция на ухе возможна через 2—3 месяца, а при отрицательных — больного нужно направить на хирургическое лечение в сурдологическое отделение или в ЛОР-отделение общего профиля (в зависимости от клинической формы отита и квалификации отохирургов). При этом следует помнить: по возможности ранняя хирургическая санация или слухоулучшающая операция имеет и сравнительно лучшие функциональные исходы.

2. При определении показаний к реконструктивной операции необходимо исходить из анамнеза, отоскопической картины, результатов исследования слуха (речью, камертоном, тональной и речевой аудиометрией), проходимости слуховой трубы (с помощью обычных проб) и ее дренажной функции. Для выбора метода операции нередко требуется дополнительно провести рентгенологическое исследование височных костей, что важно и для прогнозирования исхода операции. Основными показаниями для функциональной микрохирургии при ХСО являются кондуктивная (смешанная) тугоухость, отсутствие обострения воспаления в ухе, проходимость слуховой трубы и отсутствие общих противопоказаний. Слухоулучшающие операции при ХСО не показаны при полной непроходимости слуховой трубы, на единственно слышащем ухе и при тяжелых общих заболеваниях. Пожилой возраст и высокие пороги при костном звукопроведении можно отнести к относительным противопоказаниям; вопрос об операции в таких случаях следует решать индивидуально.

3. Существует много методов реконструктивных микроопераций, в том числе и «послеоперационные» (после общеполостных вмешательств), и отохирург должен выбирать метод в зависимости от формы среднего отита и степени разрушения звукопроводящих структур [2, 5—7]. В равной мере это относится и к выбору метода saniрующей операции. Можно лишь отметить, что при выполнении рекон-

руктивного вмешательства с целью улучшения слуха (на этапе санации или на втором этапе) следует очень бережно относиться к непоразженным участкам слизистой оболочки и слуховых косточек. При хроническом секреторном среднем отите (ХССО) особое внимание нужно уделять восстановлению проходимости адитуса, аттика, 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 трансмембранная тимпанопластика с введением дренажной трубки под меатотимпанальный лоскут. При перфоративных и перфоративных ХССО тубарная функция, как правило, значительно нарушена, поэтому необходим курс послеоперационной электростимуляции тубарных мышц [1]. После шадящей санационной 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, укладки 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 оссидулопластики наиболее целесообразно использовать ауто(гомо)хрящ или аутокость для замещения небольших дефектов косточек. Применение искусственного материала оправдано при неблагоприятных анатомических условиях. Для мирингопластики наиболее подходящим материалом является аутофасция, дополняемая при больших дефектах барабанной перепонки аутохрящевой пластиной (ушной раковины). С целью предотвращения западения трансплантата рационально введение в полость коллагеновой губки (пленки) с лекарственным наполнителем (химотрипсин, 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 заложённостью, 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 основании стремени, сопровождающихся пресосным 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 лимфоаеноидного 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 сохранить 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 выражалось 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. Балькин, 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 аппа-

ратура 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-

ложение органа позволяет выделять его с мобилизацией элементов сосудистого первого пучка.

При желчнокаменной болезни в 95% случаев камень локализуется в желчном пузыре. Этот орган и его выводной проток располагаются мезоперитонеально, что позволяет свободно их выделять, мобилизуя выводной проток в связочной части обобщечелчного протока. При этом операции, как правило, производят после острого периода заболевания. Клиническая стадия болезни, анатомическое расположение выводного протока позволяют выполнять операцию удаления желчного пузыря от шейки. Следует особо отметить, что выводной проток впадает в обобщечелчный проток в связочной части. Воспаление и опухолевые процессы в головке поджелудочной железы вызвали бы сдавливание выводного протока желчного пузыря с нарушением его функций. Рациональность выведения протока желчного пузыря и его артерий обязывают хирурга осуществлять раздельное лигирование.

На конференции была подчеркнута необходимость технического совершенствования клипс, применяемых при удалении желчного пузыря. Они должны учитывать толщину сосудов и стенки протока, так как под влиянием патологических процессов их структура меняется. Ранее с этой проблемой в хирургии сталкивались при разработке сосудосшивающих аппаратов и аппаратов по обработке корня легкого. Синтопия операционной раны обеспечивает успешное удаление желчного пузыря без травматизации вены и артерии печеночной связки: последние лежат в глубине и за обобщечелчным протоком. На конференции отмечалось, что основными источниками кровотечений после операций являются ложе желчного пузыря и его артерия. Мезоперитонеальное положение обобщечелчного протока и впадающего в него выводного протока желчного пузыря позволили А. Н. Чугунову впервые при эндоскопической операции провести диагностический прием — транслуминацию желчевыводящих путей.

Эндоскопические операции в лечении язвенной болезни — это в сущности ваготомия различного вида. С позиций клинической анатомии эффективность трузкулярной ваготомии предопределена взаимоотношениями блуждающих нервов и основной левой желудочковой артерии, которая идет сзади наперед и сверху вниз, то есть на малой кривизне лежит сзади блуждающих нервов и ниже основных стволов, поэтому кровотечений при этой операции не наблюдается.

В литературе имеются указания на трансторакальные ваготомии, которые имеют анатомическое обоснование: стволы блуждающих нервов редко могут делиться на вторичные ветви на пищеводе в средостении.

Указанный выше подход может снять противопоказание к ваготомии при синдроме Золлингера — Эллисона. Благодаря достижениям в области эндохирургии, данный метод используется также при патологии грудной полости. Основным хирургическим доступом в этой области является наиболее широкая часть межреберного промежутка от передней подмышечной линии до задней. Атрауматичность доступа обусловлена особенностью положения межреберного сосудисто-нервного пучка, где последний прикрыт краем лежащего выше ребра. Правомерность такого подхода подтвер-

ждает опыт торакотомии. По показаниям разрез можно перемещать вперед или назад, что также правоммерно и в эндохирургии. Смещение доступа обусловлено и патологией органов грудной полости и средостения. При хирургических вмешательствах не следует пользоваться восьмым межреберьем, так как сосудисто-нервный пучок этого сегмента является основным в иннервации заднего миотома диафрагмы. Эффективность операций на легком предопределена интраплевральным положением легочной ткани и ее подвижностью. Но, как и во всех разделах хирургии, существует правило: операция по показаниям, и каждому больному — свой метод лечения. В эндоскопической хирургии эти положения особенно важны.

Клинико-морфологический анализ, лежащий в основе клинической анатомии, наиболее объективно показывает эффективность эндохирургии в гинекологии, так как все органы генитального аппарата, подвергаемые операциям, располагаются интраперитонеально.

Любой хирургический метод лечения, в том числе и эндоскопический, чреват послеоперационными осложнениями. По данным литературы, они встречаются в 4% случаев, по материалам конференции — в 2—2,2% наблюдений. Основой их профилактики является полное современное комплексное обследование больного, выбор метода с учетом стадии заболевания.

В хирургии, особенно при операциях на желчевыводящих путях, имеются предпосылки для неудовлетворительных результатов в виде постколестазного синдрома (до 17% случаев). Одна из его причин — вариантная анатомия желчевыводящих путей: различные варианты впадения желчного протока, в частности в правый печеночный проток, впадение в него добавочных печеночных протоков, а также протоков, связывающих стенку желчного пузыря с его ложем. Морфологической основой этой многовариантности желчного пузыря является производность от желчных протоков правой доли печени. Предупредить желчестечение при операции можно путем тщательного соблюдения правил выделения желчного пузыря, его протока и дренирования ложа.

В большинстве докладов было отмечено, что одно из основных осложнений радикального вмешательства — послеоперационное кровотечение — служит абсолютным показанием для повторной операции. Объем кровопотери до 500 мл следует отнести к субкомпенсированным формам кровотечения. В основном кровотечение исходит из сосудов передней брюшной стенки, ложа желчного пузыря и пузырной артерии, что наблюдается при удалении желчного пузыря. Заболевание желчевыводящих путей, как правило, сочетается с печеночной недостаточностью, которое в настоящее время плохо диагностируется. В клинике эта патология обозначена как гепатохолецистит, а согласно современным концепциям гастроэнтерологов, — как ангиохолит. Указанная патология сопровождается портальной гипертензией, которая при операциях способствует кровотечению из ложа желчного пузыря и из сосудов области пупка, где, как известно, и формируются портокавальные анастомозы (между сосудами круглой печеночной связки и кожей пупочного кольца). Кроме того, в области пупка соединяются три сосудистых коллектора (пупочная вена, верхняя и нижняя надчревные

артерии), которые опытный клиницист выявляет по особенностям гемостаза при операциях по поводу пупочной грыжи.

В профилактике послеоперационных осложнений особое внимание следует обратить на количество газа, вводимого в брюшную полость, так как портальное давление всегда положительно (свыше 140 мм водн. ст.). При недозированном введении газа могут возникнуть нарушения венозного кровообращения и смещение диафрагмы, способные вызвать легочно-сердечную сосудистую недостаточность с летальным исходом. В материалах конференции этот вопрос был освещен достаточно полно.

При эндоскопических операциях на органах брюшной полости для наложения пневмоперитонеума нужно вводить кислород, так как он обладает способностью быстро проникать в лимфатическую систему (к брюшине предлагают лимфатические капилляры). Это было доказано еще в 1926 г. А. Н. Сызгановым (Казань), который предложил изучать состояние лимфатической системы путем санации брюшины перекисью водорода. В нашем исследовании при гипердинамической сосудистой реакции концентрация кислорода в лимфе грудного протока возрастает. Данный эффект в послеоперационном периоде будет способствовать нормализации клеточного метаболизма.

Эндоскопические операции с применением современного наркоза вызывают компенсированную форму торакодифрагмального вида

легочной недостаточности, так как пневмоперитонеум ограничивает подвижность диафрагмы и вызывает гиповентиляцию легочной ткани нижних долей.

В настоящее время существует правило: по окончании операции вводить новокаиновую блокаду брыжейки кишечника в сочетании с различными медикаментами. Новокаиновые блокады, произведенные в шокогенные зоны (паравертебральные, паранефральные), снижают общее периферическое сопротивление, снимают спазм артерий, улучшают микроциркуляцию после операции, усиливая за счет этого эффекта репаративно-пролиферативные процессы с одновременной активизацией функции надпочечников — выделением в кровь глюкокортикоидов. Поэтому при эндоскопических операциях мы рекомендуем вводить 0,5% раствор новокаина в малый сальник, блокировать чревную и верхнебрыжечную симпатические сплетения, проводить футлярно-проводниковые анестезии передней брюшной стенки (к латеральному краю прямой мышцы живота и к париетальной брюшине), а в некоторых случаях — паравертебральные новокаиновые блокады. Торакальное эндоскопическое вмешательство целесообразно завершать паравертебральной анестезией двух межреберных промежутков. Эта операция направлена на ликвидацию болевой реакции и являющийся торакодифрагмальный легочной недостаточности.

Проф. И. А. Ибатуллин (Казань)

НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ФИРМА

"ЭНДОМЕДИУМ"

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ И
ЭНДОДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

ПРОИЗВОДСТВО, ПОСТАВКА, СЕРВИС ЭНДОКОМПЛЕКСОВ
ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ

наш адрес: 420080, г. Казань, а/я 123 тел.: (8432) 55-21-41, 42-64-24, 35-71-57 (круглосуточно)

факс: (8432) 38-09-01, 38-08-96, 42-75-89



ЮБИЛЕЙНАЯ ДАТА

ПРОФЕССОР ЛЮДМИЛА ГЕОРГИЕВНА СВАТКО



В апреле 1995 г. исполняется 70 лет со дня рождения и 47 лет врачебной, научной и педагогической деятельности заслуженного деятеля науки Республики Татарстан, профессора кафедры оториноларингологии Казанского института усовершенствования врачей Людмилы Георгиевны Сватко.

Людмила Георгиевна родилась в г. Казани, в семье врача. Окончив в 1948 г. с отличием Казанский медицинский институт, она избрала своей специальностью оториноларингологию и закончила здесь ординатуру при кафедре болезней уха, горла и носа. До 1956 г. она работала лечащим врачом в клинике болезней уха, горла и носа. В ординатуре Л. Г. Сватко начала активно заниматься научными исследованиями в области ЛОР-онкологии, которые в 1954 г. завершились защитой кандидатской диссертации на тему: «Изменения

иннервационного аппарата мышц гортани человека при раковой болезни и некоторые особенности афферентной иннервации этих мышц», до сих пор представляющую большой научный и практический интерес.

С 1958 г. Людмила Георгиевна работала ассистентом кафедры ЛОР-болезней Казанского медицинского института, а в 1964 г. ей было присвоено звание доцента. С 1968 по 1990 г. Л. Г. Сватко заведовала кафедрой оториноларингологии Казанского медицинского института, сменив на этом посту своего учителя, заслуженного деятеля науки РСФСР, проф. Н. Н. Лозанова. В 1970 г. она защитила докторскую диссертацию на тему: «Опыт клинико-экспериментального изучения отосклероза». Эта работа явилась большим научным вкладом в изучение патогенеза и патоморфологии отосклероза.

Еще будучи молодым ассистентом, Л. Г. Сватко — первая из казанских отиатров — овладела техникой микроопераций при отосклерозе и в течение ряда лет вместе с группой сотрудников кафедры проводила углубленные исследования, связанные с данной проблемой.

Научные исследования Л. Г. Сватко посвящены ряду актуальных направлений в отоларингологии: негнойные и гнойные заболевания уха, отогенные и риногенные внутричерепные осложнения, ЛОР-онкологические заболевания, воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух, заболевания гортани и глотки и др. Ею написано свыше 160 научных работ по разным разделам отоларингологии, две монографии, ей принадлежат 5 изобретений, 28 рационализаторских предложений. Под руководством проф. Л. Г. Сватко выполнены 22 кандидатские и 2 докторские диссертации, выпущены 4 сборника научных трудов кафедры, 27 методических рекомендаций.

В течение 30 лет Л. Г. Сватко руководила студенческим научным кружком. Она является одним из авторов интегрированной программы по оториноларингологии для студентов медицинских институтов России (1989). Многие врачи с благодарностью вспоминают ее глубокие клинические разборы, обходы и показательные слухоулучшающие операции. Как внештатный республиканский оториноларинголог Л. Г. Сватко много внимания уделяла развитию и совершенствованию отоларингологической помощи населению Республики Татарстан. По ее инициативе и непосредственному участию (1965) успешно функционирует межреспубликанский слухоулучшающий центр с отделением слухоулучшающей хирургии, межреспубликанский фонотрический (1985) и городской ринологический (1993) центры.

В течение 25 лет проф. Л. Г. Сватко являлась преподавателем Казанского отделения Российского общества отоларингологов, членом правления Всесоюзного и Всероссийского обществ отоларингологов, членом проблемной комиссии «Физиология и патология органа слуха» при Академии медицинских наук, а с 1968 г. — членом редакционного совета журналов «Вестник оториноларингологии», «Казанский медицинский журнал». Многогранная деятельность Людмилы Георгиевны по достоинству оценена рядом правительственных наград.

Поздравляем Людмилу Георгиевну с юбилейной датой, желаем ей крепкого здоровья, благополучия, дальнейших творческих успехов в области отечественной оториноларингологии.

**Коллективы кафедр оториноларингологии КГМУ и ГИДУВА
Казанское отделение Российского оториноларингологического общества**

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Сватко Л. Г., Галочкин В. И., Алиметов Х. А. LXX лет кафедре оториноларингологии Казанского медицинского университета

Теоретическая и клиническая медицина

Солдатов И. Б., Беликова Н. Н., Храпов Н. С., Аль-Мамари К. А. Современные методы лечения инфекционно-воспалительных заболеваний уха и верхних дыхательных путей

Сватко Л. Г., Решетников Н. Н. Иммунологические исследования перилимфы у больных отосклерозом

Пальчун В. Т., Сагалович Б. М. Аудиологическая классификация нейросенсорной тугоухости

Исмаилов Ш. М. Распределение антигенов гистосовместимости среди больных отосклерозом

Нурсайтова Р. М., Гурьянов О. А. Лечебная тактика при хронических средних отитах

Серебрякова С. Н., Петушков Е. В., Довгалою А. Ю., Фирсов П. Д., Ключкин И. В., Ибатуллин М. М. Современные методы диагностики и лечения внутричерепных отогенных и риногенных осложнений

Митин Ю. В., Михайловский Д. О. Лазеротерапия и новый хирургический метод лечения вазомоторного ринита

Svatko L. G., Galochkin V. I., Alimetov Kh. A. Twenty years of the otolaryngology department of the Kazan Medical University

Theoretical and Clinical Medicine

Soldatov I. B., Belikova N. N., Khrapov N. S., Al-Mamari K. A. Current methods of infectious inflammatory diseases of ear and upper respiratory tracts

Svatko L. G., Reshetnikov N. N. Immunologic investigations of perilymph in patients with otosclerosis

Palchun V. T., Sagalovich B. M. Audiologic classification of neurosensory hypoacusis

Ismagilov Sh. M. Distribution of histocompatibility antigens among patients with otosclerosis

Nursaitova R. M., Guryanov O. A. Medical tactics in chronic otitis media

Serebryakova S. N., Petushkov E. V., Dovgalyuk A. Yu., Firsov P. D., Klyushkin I. V., Ibatullin M. M. Current methods of the diagnosis and treatment of intracranial otogenic and rhinogenic complications

Mitin Yu. V., Mikhailovsky D. O. Lasertherapy and a new method of the treatment of vasomotor rhinitis

	<i>Фирсов П. Д., Довгалоук А. Ю., Сабиров А. И.</i> О диагностике и лечении орбитальных осложнений синуситов	31
	<i>Красножен В. Н., Батыршин Р. У., Латыпов Р. В.</i> Опыт эндоскопической хирургии хронических синуситов	34
	<i>Фаттахова Ф. А.</i> Периферическая иммунотерапия больных инфекционно-аллергическим ринитом	36
	<i>Михайлов М. К., Сватко Л. Г., Красножен В. Н., Мосихин С. Б.</i> Значение анатомо-топографических особенностей для эндоскопической диагностики и лечения сфеноидитов	38
	<i>Студенцова И. А., Красножен В. Н.</i> Эффективность местного применения димефосфона при лечении экссудативных форм гайморита у детей	40
	<i>Алиметов Х. А.</i> Состояние опорно-двигательного аппарата гортани при функциональных дисфониях	42
	<i>Алиметов Х. А., Загидуллина Р. А., Раупов М. Г.</i> Узелки голосовых складок и функциональные дисфонии	44
	<i>Черныш А. В., Гофман В. Р., Костин Г. В.</i> Оценка функционального состояния небных миндалин при хроническом тонзиллите преднизолоновой пробой	45
	<i>Комиссарова Н. В.</i> Состояние вегетативной нервной системы у больных, перенесших среднетяжелую черепно-мозговую травму	47
	<i>Бурнашева Р. Х., Рахматуллина Н. М., Гумерова А. М.</i> Крапивница и хронические очаги инфекции	50
	<i>Пучиньян Д. М., Сисакян М. С.</i> Состояние микроциркуляции у больных деформирующим коксартрозом	52
	<i>Ненашева Т. М.</i> Поражения гепатобилиарной системы у больных подагрой	55
	Обзоры	
	<i>Киселев А. С.</i> Отосклероз: проблемы патогенеза и консервативного лечения	57
	<i>Галочкин В. И.</i> Современные методы консервативного лечения больных отосклерозом	59
	Краткие сообщения	61
	Организация здравоохранения	
	<i>Сватко Л. Г., Чекаев Г. М., Галочкин В. И., Приходько О. П., Поликарпова З. Ф., Нугуманов А. Я.</i> Тридцатилетний опыт работы межреспубликанского слухоулучшающего центра	66
	<i>Алиметов Х. А., Довгалоук А. Ю., Раупов А. И., Зиятдинова Л. А.</i> Организация работы межреспубликанского фониатрического центра	70
	Гигиена	
	<i>Тихонова А. Г.</i> Состояние органа слуха и верхних дыхательных путей у рабочих шинного производства	72
	<i>В помощь практическому врачу</i>	
	<i>Патякина О. К.</i> Насушные вопросы микрохирургии среднего уха	74
	История медицины	
	Профессор Николай Николаевич Лозанов	75
	Съезды и конференции	
	<i>Ибатуллин И. А.</i> Межрегиональная научно-практическая конференция «Профилактика и лечение осложнений в эндоскопической хирургии. Проблемы развития эндоскопической хирургии в России»	76
	Юбилейная дата	
	Профессор Людмила Георгиевна Сватко	78
	<i>Firsov P. D., Dovgalyuk A. Yu., Sabirov A. I.</i> On the diagnosis and treatment of orbital complications of sinusitis	31
	<i>Krasnozhen V. N., Baturshin R. U., Lатыпов R. V.</i> Experience of the endoscopic surgery of chronic sinusitis	34
	<i>Fattakhova F. A.</i> Peripheric immunotherapy in patients with infectious and allergic rhinitis	36
	<i>Mikhailov M. K., Svatko L. G., Krasnozhen V. N., Mosikhin S. B.</i> Importance of anatomotopographic peculiarities for endoscopic diagnosis and treatment of sphenoiditis	38
	<i>Studentsova I. A., Krasnozhen V. N.</i> Efficacy of the local application of dimephosphone in the treatment of exudation maxillary sinusitis in children	40
	<i>Alimetov Kh. A.</i> State of locomotor system of the larynx in functional dysphonias	42
	<i>Alimetov Kh. A., Zagidullina R. A., Raupov M. G.</i> Vocal fold nodes and functional dysphonias	44
	<i>Chernysh A. V., Gofman V. R., Kostin G. V.</i> Estimation of functional state of faucial tonsils in chronic tonsillitis by prednisolone test	45
	<i>Komissarova N. V.</i> Vegetative nervous system state in patients after medium-grave craniocerebral injury	47
	<i>Burnasheva R. Kh., Rakhmatullina N. M., Gumerova A. M.</i> Urticaria and chronic infection foci	50
	<i>Puchinyan D. M., Sisakyan M. S.</i> Microcirculation state in patients with deforming coxarthrosis	52
	<i>Nenasheva T. M.</i> Lesions of the hepatobiliary system in patients with gout	55
	Surveys	
	<i>Kiselev A. S.</i> Otosclerosis: Problems of pathogenesis and conservative treatment	57
	<i>Galochkin V. I.</i> Current methods of the conservative treatment of patients with sclerosis	59
	Short Communication	61
	Organization of Health Protection	
	<i>Svatko L. G., Chekaev G. M., Galochkin V. I., Prikhodko O. P., Polikarpova Z. F., Nugumanov A. Ya.</i> Thirty-year experience of the work of the inter-republican ear-improving centre	66
	<i>Alimetov Kh. A., Dovgalyuk A. Yu., Raupov A. I., Ziatdinova L. A.</i> Organization of the work of the inter-republican phoniatric centre	70
	Hygiene	
	<i>Tikhonova A. G.</i> State of audition organ and upper respiratory tracts in workers of tyre production	72
	Guidelines for Practitioner	
	<i>Patyakina O. K.</i> Urgent problems of the middle ear microsurgery	74
	Medicine History	
	Nikolai Nikolaevich Lozanov, professor	75
	Congresses and Conferences	
	<i>Ibatullin I. A.</i> The interregional scientific and practical conference «Prophylaxis and treatment of complications in endosurgery. Problems of endosurgery development in Russia»	76
	Anniversaries and Dates	
	Lyudmila Georgievna Svatko, professor	78