

по поводу хронического гнойного эптитимпанита. Появлялись головные боли, локализующиеся в области лба и висков, головокружение, усиливающееся при перемене положения тела, иногда неуверенность при ходьбе. При отоскопии видна была более или менее обширная послеоперационная полость, стенки которой были частично эпидермизированы, частично покрыты плоскими грануляциями. Спонтанный нистагм наблюдался то в одну, то в другую сторону, иногда совсем исчезал, а через некоторое время опять появлялся. Характер нистагма у одного и того же больного также менялся иногда от мелких нистагмоидных движений глазных яблок до выраженного размашистого нистагма с отчетливым быстрым и медленным компонентом. При вращении продолжительность послеовращательного нистагма, насколько ее можно было определить при имеющихся спонтанных нистагмоидных движениях глазных яблок, обычно не выходила за пределы, свойственные здоровым людям. То же наблюдалось и при калорической пробе. Вегетативные же реакции были выражены чрезвычайно резко. Больные как после вращательной, так и после калорической пробы бледнели, покрывались потом, пульс у них значительно учащался, нередко бывала и рвота. Своеобразные расстройства вестибулярной функции у больных, перенесших контузию, описал И. Н. Александров, который показал, что эти нарушения, характеризующиеся так называемым центральным вестибулярным синдромом, не зависят от поражения периферического рецептора, а имеют центральное происхождение. Мы полагаем, что и наблюдавшиеся нами вестибуло-вегетативные расстройства были обусловлены в значительной степени нарушениями центральной нервной системы, как последствиями перенесенной контузии.

Данные исследования крови у наших больных заставили обратить внимание на то, что воспалительные явления в среднем ухе, даже острые, не отражались на картине крови. Так, из всего числа больных, страдавших острым гнойным отитом и перенесших в прошлом контузию, мы только у пяти отметили ускорение реакции оседания эритроцитов и незначительный лейкоцитоз. Максимальное количество лейкоцитов достигло 12600 у одного больного, у остальных, несмотря на гнойный процесс в среднем ухе, количество лейкоцитов было нормальным. Лейкоцитарная формула также колебалась в нормальных пределах, иногда с незначительным сдвигом влево. Такую недостаточную реакцию со стороны крови при наличии воспалительных явлений в среднем ухе мы рассматриваем как клиническую особенность гнойных отитов у лиц, перенесших травму головы.

Результаты проведенных наблюдений позволяют нам утверждать, что перенесенная контузия оказала несомненное влияние на развитие и течение гнойного воспаления среднего уха, обусловив возникновение ряда клинических особенностей этого заболевания. Чаще всего эти особенности наблюдались у лиц, страдавших хроническим гнойным эптитимпанитом травматического происхождения. На втором месте по своеобразию клинической картины следует поставить хронические гнойные эптитимпаниты, развившиеся до контузии. Меньшее влияние оказала травма головы на течение гнойного отита, возникшего через относительно длительное время после контузии и независимо от нее. Данное обстоятельство мы объясняем тем, что у этой группы больных контузия непосредственно не повлекла за собой повреждения среднего уха и уши до этого были здоровыми. В соответствии с классификацией, предложенной В. И. Воячком, в повреждении уха у этих больных доминирующую роль, очевидно, играла аку-, вибро- и психотравма и в меньшей степени баро- и механотравма. Как было показано, клинические особенности гнойного воспаления среднего уха наблюдались не только при контузионном отите, но и у лиц, у которых заболевание уха не было связано с перенесенной контузией. Поэтому следует полагать, что в механизме этих клинических особенностей ведущую роль играют, очевидно, не столько местные структурные изменения в кости, сколько нарушения центральной нервной системы, возникшие в результате контузии.

Выводы

1. Гнойное воспаление среднего уха у лиц, перенесших контузию, нередко сопровождается рядом клинических особенностей, которые осложняют обычное течение гнойного отита.

2. Эти клинические особенности, характеризующие отдаленные последствия перенесенной травмы головы, наблюдаются как при гнойных отитах, возникших в результате контузии, так и при отитах другой этиологии. Однако при послеоперационных гнойных отитах они встречаются чаще и выражены более резко.

3. К клиническим особенностям гнойного отита у лиц, перенесших контузию, относятся:

а) жалобы больных на постоянную головную боль и головокружение, не объяснимые видимыми объективными признаками заболевания;

б) значительное понижение слуха, характеризующееся, наряду с поражением звукопроводящего аппарата, также выраженным поражением звуковоспринимающего аппарата;

в) широкое распространение патологического процесса в височной кости, не соответствующее динамике клинической картины;

- г) вялое и медленное заживление послеоперационной раны;
- д) отсутствие выраженной реакции со стороны крови при острых воспалительных явлениях в среднем ухе;
- е) возникновение и развитие отогенного арахноидита и вестибуло-вегетативных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

- Александров И. Н., в кн.: Диагностика и лечение военно-травматических повреждений органа слуха, стр. 102—109, Свердловск, 1946. — Бекрицкий А. А., Вестн. ото-рино-лар., № 3, стр. 20—26, 1949. — Бураков И. М., в кн.: Проблемы восстановительного лечения инвалидов Отечественной войны, стр. 172—174, Астрахань, 1948. — Воячек В. И., в кн.: Сборник трудов Ленинградского института по болезням уха, носа, горла и речи, т. VIII, стр. 28—34, Л., 1947. — Он же, Военная ото-ларингология, М., 1946. — Гидон А. М., в кн.: Диагностика и лечение военно-травматических повреждений органа слуха, стр. 44—49, Свердловск, 1946. — Давыдов Ш. М., Вестн. ото-рино-лар., № 6, стр. 39—42, 1947. — Калина В. О., Вестн. ото-рино-лар., № 1, стр. 7—20, 1950. — Мукосеева О. М., в кн.: Труды Казанского медицинского института, в. 1, стр. 11—36, Казань, 1945. — Розенфельд И. М. и Тархова М. П., в кн.: Труды Ленинградского областного госпиталя для лечения инвалидов Отечественной войны, стр. 167—178, Л., 1948. — Темкин Я. С., Вестн. ото-рино-лар., № 3, стр. 33—36, 1946. — Он же, Воздушная контузия уха, М., 1947. — Фрумин Л. Л., в кн.: Диагностика и лечение военно-травматических повреждений органа слуха, стр. 5—9, Свердловск, 1946. — Чудносов В. А., Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей Министерства здравоохранения Дагестанской АССР, Махач-Кала, № 3, стр. 249—254, 1948.

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ СЛУХА

Кандидат медицинских наук А. Р. Ханамиров

Из клиники болезней уха, горла и носа (зав. — проф. Д. И. Зимонт) Ростовского медицинского института

Тканевая терапия привлекает внимание широкого круга врачей разных специальностей. Мы поставили перед собой задачу изучить действие тканевой терапии при тугоухости и глухоте различного происхождения.

Вопрос о тканевой терапии больных с поражением слуха освещен в литературе недостаточно. Все же по кратким сведениям из тезисов работ И. М. Буракова и Р. К. Усманова, а также Я. З. Брайловского видно, что у многих больных невритом слухового нерва, подвергнутых тканевой терапии по Филатову, наступило улучшение слуха. Более подробные сведения имеются в работах А. Я. Тартаковского и А. Я. Беляева. А. Я. Тартаковский впрыскивал своим больным экстракт алоэ, а А. Я. Беляев — настой окопных оболочек. Они получили хорошие результаты при слипчивых процессах, несколько слабее при невритах VIII пары черепно-мозговых нервов и малоутешительные при отосклерозе.

Тканевая терапия была применена нами у 128 больных с поражением слуха различной этиологии (отосклероз, неврит слухового нерва, хронические катары среднего уха, а также глухота в результате поражения лабиринта после цереброспинального менингита). Находящимся под нашим наблюдением 128 больным было сделано 297 подсадов консервированной ткани, в том числе 28 больным — по две подсадки и 66 больным — по 3—4 подсадки (ткани для подсадов, консервированные по методу Г. Е. Румянцев, получались нами из его лаборатории).

При отосклерозе производилась подсадка кусочка консервированной ткани яичка, а при хроническом катаре среднего уха и неврите слухового нерва — кусочка ткани селезенки рогатого скота. У больных невритом слухового нерва и хроническим катаром среднего уха старше 45 лет проводились комбинированные подсадки тканей селезенки и яичка. Промежутки между подсадками колебались от 4 до 6 недель и определялись быстротой рассасывания подсаженной ткани¹.

¹ Указанная методика тканевой терапии применялась нами по консультации с заслуженным врачом РСФСР Г. Е. Румянцевым, который снабжал нас из своей лаборатории консервированными по его способу тканями.

При анализе наших наблюдений мы убедились, что для выявления эффективности лечения достаточно произвести две или три подсадки. В то же время следует отметить, что у двух наших больных, у которых наступило улучшение слуха после первых двух подсадок, слух вновь ухудшился после третьей подсадки.

Для подведения итогов наших наблюдений по тканевой терапии больных, страдавших тугоухостью и глухотой различного происхождения, мы разработали результаты, полученные у 85 больных с законченным лечением (т. е. если от одной, двух или трех подсадок наступило улучшение слуха или трехкратная подсадка не дала улучшения слуха).

Из указанных 85 больных 20 страдали отосклерозом, 27 — хроническим катаром среднего уха, 28 — невритом слухового нерва и 10 — глухотой вследствие поражения лабиринта после перенесенного цереброспинального менингита.

При оценке полученных результатов мы различаем три степени изменения слуха: 1) улучшение слуха, 2) отсутствие изменений слуха, 3) ухудшение слуха. Степень изменения слуха определялась как камертонами, так и данными слышимости речи.

При оценке улучшения слуха мы, исходя из практических соображений, различаем значительное, среднее или слабое улучшение, учитывая расстояние слышимости разговорной речи. Поскольку большинство наших больных до применения тканевой терапии слышало разговорную речь в пределах от нескольких сантиметров до 2 м от ушной раковины (у больных, воспринимающих разговорную речь на расстоянии свыше 2 м, мы не применяли тканевую терапию), к группе больных со значительным улучшением слуха мы относили тех больных, у которых слышимость разговорной речи улучшилась на 4 м и более, к группе больных со средним улучшением слуха — от 2 до 4 м и к группе со слабым улучшением слуха — от 0,5 до 2 м. Улучшение слышимости разговорной речи на 0,5 м и менее мы оценивали как отсутствие изменения слуха, учитывая возможность ошибки при исследовании, хотя иногда больные настойчиво указывали на улучшение слуха.

Необходимо отметить, что включение больного в ту или другую группу представляло иногда трудную задачу. Вполне понятно, что по одному лишь показателю — слышимости разговорной речи — трудно судить о характере изменений в слуховом аппарате, но об этом можно получить некоторое представление по камертонам данным (см. ниже изложение результатов лечения больных с тугоухостью различной этиологии).

Результаты тканевой терапии у больных с тугоухостью представляются в следующем виде.

1. При отосклерозе объективное улучшение слуха не отмечено ни разу (всего в этой группе было 20 человек), если не считать временного и незначительного улучшения слуха у одной больной и незначительного субъективного улучшения слуха с уменьшением ощущения шума у 2 больных. У 3 больных наблюдалось ухудшение слуха, а у двух из них также усиление шума. У одной больной отосклерозом заметно улучшилось общее самочувствие (исчезли головные боли и подавленное настроение).

2. Из 27 больных хроническим катаром среднего уха улучшение слуха наступило у 13. У 13 больных слух остался без изменений и у одной больной явно ухудшился, причем заметно ухудшилось также ее самочувствие. Среди больных, с улучшением слуха были и такие, у которых костная звукопроводимость до лечения также была укорочена. Из 13 больных с улучшением слуха у четырех отмечено резкое улучшение общего состояния (аппетит, бодрое настроение); самочувствие улучшилось также у 2 больных, у которых улучшение слуха не наступило. У 3 больных мы определили степень изменения слуха как значительное улучшение, у 8 — как среднее улучшение и у двух — как слабое улучшение.

Оценивая изменение слуха по камертонам данным, прежде всего необходимо отметить, что результаты исследования у наших больных весьма разнообразны, вплоть до того, что у одних и тех же больных воздушная проводимость низких тонов (128 и 256 колебаний в секунду) удлинялась, а высоких (1024, 2048 колебаний в секунду) укоротилась. Между тем слышимость разговорной речи у этих же больных явно улучшилась.

У большинства больных хроническим катаром среднего уха в результате применения тканевой терапии наблюдалось удлинение слышимости низких тонов.

3. У больных невритом слухового нерва улучшение слуха наблюдалось нами несколько реже и было выражено слабее, чем у больных хроническим катаром среднего уха.

Из 28 больных слух улучшился у 9, остался без изменений у 16 и ухудшился у 3 больных. Из 9 больных с улучшением слуха у двух мы определили степень улучшения слуха как «значительное улучшение», у трех — как «среднее улучшение» и у четырех — как «слабое улучшение». У 2 больных, наряду с улучшением слуха, отмечено улучшение общего состояния. Общее состояние улучшилось также у двух других больных, у которых слух остался без изменения. У одной больной, у которой наступило резкое ухудшение слуха, ухудшилось также общее состояние (исхудание, головная боль, тревожное состояние).

Оценивая полученные результаты улучшения слуха по камертонам данным, следует отметить, что у большинства больных невритом слухового нерва от применения тканевой терапии улучшилась слышимость почти всех камертонов (от 256 до 2048 колебаний в секунду). Некоторые больные, до применения тканевой терапии не воспринимавшие камертонов средних и высоких тонов, после лечения стали слышать эти звуки, но преимущественно через кость.

4. В группе больных, потерявших слух после перенесенного цереброспинального менингита (10 больных), улучшение слуха было отмечено только у 4 больных, которые стали слышать гудки паровоза, звуки в кинотеатре, радио.

Сводка результатов лечения различных групп больных, у которых по поводу тугоухости и глухоты различного происхождения была применена тканевая терапия, дана в следующей таблице.

Заболевание, вызвавшее тугоухость или глухоту	Общее число больных с законченным лечением	В том числе					
		улучшение слуха				без изменения слуха	ухудшение слуха
		всего	значительное	среднее	слабое		
Отосклероз	20	—	—	—	—	17	3
Хронический катарр среднего уха	27	13	3	8	2	13	1
Неврит слухового нерва	28	9	2	3	4	16	3
Цереброспинальный менингит	10	—	—	—	—	10	—
Итого	85	22	5	11	6	56	7

Следует отметить, что нам не удалось установить четкой зависимости частоты и степени улучшения слуха от возраста больного и длительности заболевания. Из 22 больных, у которых тканевая терапия способствовала улучшению слуха, пять были старше 50 лет и страдали тугоухостью по 10—20 лет.

Наши наблюдения позволяют сделать следующие выводы:

1. Тканевая терапия при тугоухости вследствие хронического катарра среднего уха или неврита слухового нерва безусловно оправдывает себя и должна быть применена в тех случаях, когда обычными способами лечения не удается достигнуть улучшения слуха.

2. У больных отосклерозом при лечении подсадками консервированной ткани получить улучшения слуха нам не удалось.

3. У больных глухотой вследствие поражения лабиринта после перенесенного цереброспинального менингита применение тканевой терапии не привело к улучшению слуха.

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕТРОЗИТОВ

Н. Д. Ювалова

Из клиники болезней уха, горла и носа (дир. — заслуженный деятель науки проф. А. И. Фельдман) Московского областного научно-исследовательского клинического института и Центрального института усовершенствования врачей

В своей статье о клинике и терапии петрозитов (Вестник ото-рино-ларингологии, № 1, 1948) проф. Т. И. Гордышевский указывает, что хотя отиты с двадцатых годов нынешнего столетия стали усиленно интересоваться петрозитами, однако диагностика этого заболевания нередко еще представляет большие трудности даже для опытных специалистов.

Как выяснилось, симптомы, считавшиеся кардинальными для петрозита, а именно: паралич отводящего нерва, обильное, долго длящееся гноетечение из уха, особенно после произведенной операции, боль в глубине уха, глаза или глазницы, а иногда в области затылка и шеи (т. е. тот симптомокомплекс, который был известен