

L. Tóth, U. Lazar, I. Lampe, D. Kincses, M. Széll: *Vстречаемость токсоплазмоза в материале больных нашей клиники*

Авторы сообщают о результатах анализа случаев шейной лимфаденопатии, возникшей в результате заражения *Toxoplasma gondii* у больных, находившихся на излечении в ЛОР-клинике Дебреценского мединстит. в период 1983—1986 гг. Они делают краткий обзор патогенеза, диагностики и возможностей терапии этого заболевания. Обращают внимание на увеличивающееся с каждым годом число заражений этим простейшим, а также на важную роль дифференциальной диагностики этого заболевания.

L. Tóth, I. Lázár, I. Lampé, Gy. Kincses, M. Széll: *Occurrence of toxoplasmosis in patient-material of our clinic*

Authors give account of collar lymphadenopathy-cases occurring in consequence of *Toxoplasma gondii* infection, treated during 4 years between 1983—1986 in their E. N. T.-Clinic. They survey shortly the pathogenesis, the diagnostical and therapeutic possibilities. Authors call the attention to yearly increasing number of this protozoan-infection, respectively to the important role of differential diagnosis in this disease.

L. Tóth, J. Lázár, I. Lampé, Gy. Kincses, M. Széll: *Vorkommen der Toxoplasmose im Krankengut unserer Klinik*

Verff. berichten über Fälle von Lymphadenopathie des Halses durch Infektion mit dem *Toxoplasma gondii*, die in 4 Jahren (1983—86) an der Debrecener HNO-Klinik behandelt worden waren. Kurzer Überblick über Pathogenese, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Die Anzahl der Infektionen mit diesem Protozoon steigt jährlich an, und die Erkrankung spielt eine wichtige Rolle in der Differentialdiagnostik.

Fül-orr-gégegyógyászat 33. 161—165 1987.

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Fül-orr-gégeklinika\*\*  
(igazgató: Lampé István dr. egyetemi tanár)

## Akut halláscsökkenéses betegek kórlefolyásának elemzése\*

CSARKÓ PÉTER dr.\*\* LAMPÉ ISTVÁN dr., PAP UZONKA dr.,  
TÓTH ÁGNES dr.

A szerzők 60 akut halláscsökkenéses beteg kórlefolyásáról és ezen belül hallásuk alakulásáról számolnak be. A polypragmasiás terápiás séma szerint kezelt betegek 37%-nál érték el hallásjavulást (a 2 héten belül jelentkezettknél 53%-nál) és megfigyelésük szerint szoros összefüggés van az időfaktor és a javulás mértéke között. A tapasztaltak alapján megerősítik az akut halláscsökkenéses betegek mielőbbi intézeti kezelésének szükségességét.

Akut halláscsökkenésről akkor beszélünk, amikor rövid idő alatt (percek, órák alatt) kialakuló idegi halláscsökkenés vagy sükettség jön létre. Gyakori kísérő tünet a fülszűrés, fülzúgás, nyomásérzés, teltségérzés a fülben, szédülés, bizonytalanság érzés.

Kialakulásának okát tekintve igen sok tényező jöhet szóba (1. ábra). Számos közlemény számolt be különböző etiológiai tényezőkről [4, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 21], differenciál diagnosztikai nehézségekről [2, 4, 8, 16, 19], különleges lefolyású esetekről [6, 17]. A tisztázatlan etiológiájú esetekben egyre gyakrabban bizonyul patogenetikai tényezőnek a perilympa fistula [2, 29, 30]. Úgy-szintén nem elhanyagolható a psyches halláscsökkenés lehetősége sem.

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| I. Vaszkuláris zavarok     | VI. Hematológiai elváltozások             |
| II. Bakteriális fertőzések | VII. Traumás károsodások                  |
| III. Vírusfertőzések       | VIII. Lokális allergiás reakciók          |
| IV. Toxikus károsodások    | IX. Meniére betegség                      |
| V. Tumor                   | X. Tisztázatlan, nem osztályozható eredet |

1. ábra. Az akut halláscsökkenés patogenetikai lehetőségei

A hazai fülészeti irodalomban Zádory és mtsai [34] közölték akut halláscsökkenéses betegek adatainak számítógépes értékelését. Felmérésük alapján a leggyakoribb ok a belfül lokális keringési zavara következtében fellépő hirtelen belfül károsodás valamilyen egyéb betegség vagy károsító tényező következtében.

A tisztázatlan etiológia miatt kezelésében sokfajta gyógyszer próbálták ki, ill. alkalmazták. Lampé és mtsai [14] intravénás Novocain, Pálfalvi [20] Devincan, Répay [23] retroauriculáris Cofocain-Toeazolin, Répay és Götze [24] A-vitamin, Révész és mtsai [25] Xavin, Szolnoki és Götze [31] Rheomacrodex és Xavin, Hajts és Ferenczi [11] összehasonlító Devincan és Cavinton, Ribári [26], Ördög és mtsai [18] és Ungor [33] Cavinton terápiáról számolt be. Polypragmasiás kezelési eredményeiket Nyiry és Gerencsér [17], Bodó [5] és Szóke [32] ismertették.

\*Prof. Dr. Jakabfi Imre 80. születésnapja tiszteletére

Az akut halláscsökkenés kezelésére napjainkban is a polypragmasia jellemző, melynek leghangsúlyosabb alkotórésze a szelektív agyi keringésjavító Cavinton alkalmazása.

Jelen közleményünk akut halláscsökkenéses betegek kórlefordásáról és ezen belül hallásuk alakulásáról számol be.

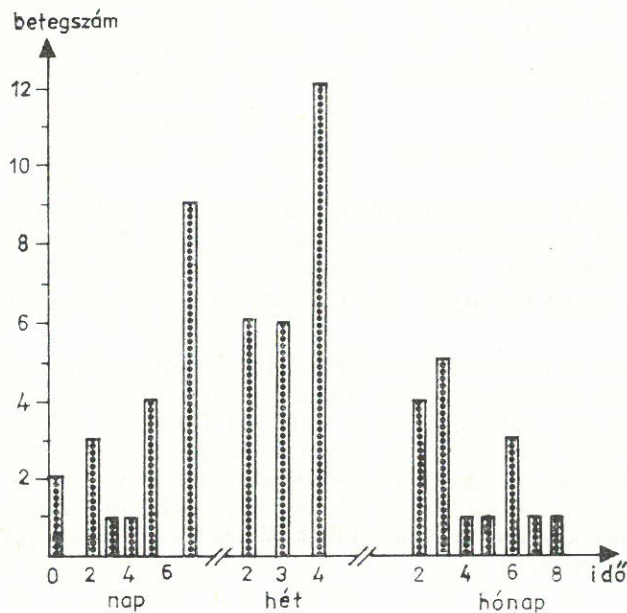
#### Anyag és módszer

A DOTE Fül-orr-gégeklinika hat év alatt, 1980—1985 között 60 akut halláscsökkenéses beteget kezeltünk fekvőbetegként. A klinikai kezelés alatt részletes fül-orr-gégészeti, audiológiai, vestibularis, röntgenológiai, laboratóriumi, idegyógyászati, belgyógyászati és szemészeti kivizsgálás történt. Négy különböző szempont szerint elemeztük betegek kórtörténetét.

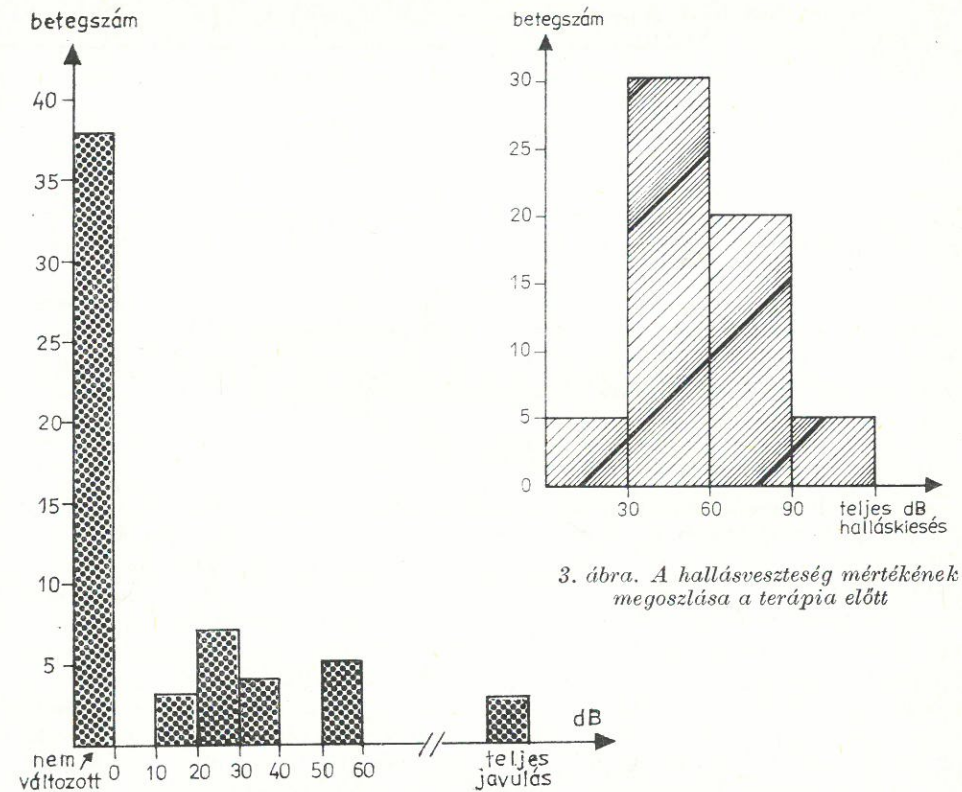
1. Időfaktor (a tünetek jelentkezése és a kezelés elkezdése közötti idő)
2. A kialakult halláskárosodás mértéke
3. A hallásjavulás mértéke
4. Összefüggés az időfaktor és javulás mértéke között.

#### Értékelés

A betegek 1/3-a jelentkezett egy héten belül, de ezen belül az azonnali vagy 1—2 napon belüli jelentkezések száma kevés. 40% 1 hónapon belül, 25% 1 és 8 hónap között jelentkezett. Egy eset kivételével valamennyi egyoldali halláscsökkenés volt (2. ábra). A kialakult hallásvesztés mértéke szerint az esetek fele közepes fokú, egyharmada nagyfokú halláscsökkenés volt, míg kisfokú halláscsökkenéses panaszokkal 5 beteg jelentkezett és szintén 5 betegnél pedig teljes halláskiesés alakult ki (3. ábra).

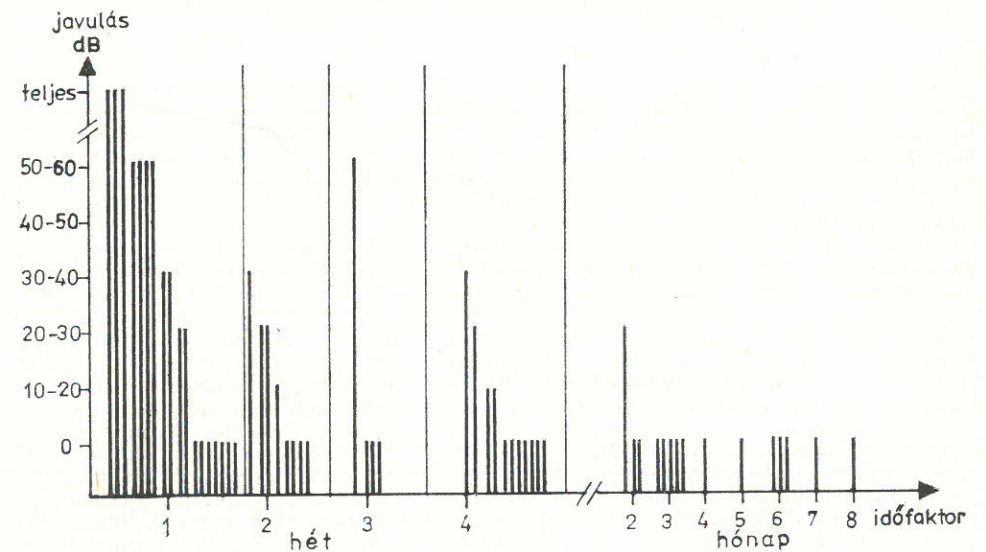


2. ábra. A betegek jelentkezéséig eltelt idő



3. ábra. A hallásvesztés mértékének megoszlása a terápia előtt

4. ábra. A hallásjavulás mértékének megoszlása



5. ábra. Összefüggés az időfaktor és a hallásjavulás mértéke között

A betegek jelentkezésekor azonnal elkezdtük a gyógykezelést, amely *Cavinton* és *Papaverin infúzióban*, vitaminok, szteroid, szedatívum és antihisztamin adásából állt. A betegeket minimálisan 14 napig kezeltük, szükség esetén tovább. Az eredmények értékelésekor természetesen a spontán javulás lehetőségét nem lehet sem kizárni, sem bizonyítani. A kezelés időtartama alatt további hallásromlást egy esetben sem tapasztaltunk.

Az esetek 37%-nál figyeltünk meg hallásjavulást (10 dB-nél nagyobb), 63%-ban javulás nem következett be. A javult esetek megoszlása: 23%-nál 10—40 dB közötti hallásjavulás jött létre, 8%-nál alakult ki 50—60 dB közötti javulás, és 5%-nál teljes javulás (4. ábra).

Szoros az összefüggés az időfaktor és a javulás mértéke között, és javulás 1 eset kivételével csak az egy hónapon belül jelentkezetteknek van. Igen szemléletesen mutatja ezt az, hogy az 1. héten belül jelentkezettek közül 55%-nál, a 2 héten belül jelentkezettek közül 41%-nál volt hallásjavulás (5. ábra).

### Megbeszélés

Az akut halláscsökkenés kialakulása még nem is olyan régen a betegek számára végleges, definitív állapotot jelentett. Az utóbbi években igen széles skálájú terápiás próbálkozások történtek [1, 9, 27, 28]. Az ilyen betegek egyre nagyobb százaléka kerül intézetbe, orvosi felügyelet alá. Az akut halláscsökkenés irodalma is egyre bőségebbé vált [3, 6, 22]. A hirtelen kialakuló halláscsökkenés és kisértői tünetei jelentkezésekor azonban a betegek döntő többsége nem fordul azonnal vagy rövid időn belül orvoshoz. Nem tekintik betegségnek, lényeges panaszoknak, pedig a következményes, maradandó halláskárosodás mind egészségi, mind munkaalkalmassági csökkenést okoz, ill. jelent. Kezelése problematikus mind a beteg, mind az orvos számára, figyelembe véve a betegség multikauzális és a kezelés hatásszerűségének feltételezett voltát. Kezelése azonban a siker reményével kezdhető meg, ami viszont az időfaktor függvénye. Saját beteganyagunk körlefolylásának elemzése is megerősítheti az akut halláscsökkenés mielőbbi intézeti kezelésének szükségességét.

IRODALOM: 1. *Bahgat, M. S., Sheno, P. M.*: Sudden sensori-neural hearing loss treated by carbon dioxide and oxygen inhalation. A preliminary study. *Journal of Laryngology and Otology* 96, 73 (1982). — 2. *Bauer, M., Rejtő, K.*: A cochlea és centrális kapcsolatai. Fül-orr-gége Nagygyűlési referátum. Pécs, 1977. — 3. *Beck, Chl.*: Die anatomischen Gegebenheiten für die therapeutische Beeinflussbarkeit am Innenohr. *Laryng. Rhinol. Otol. Grenzgeb.* 56, 350 (1977). — 4. *Berendes, J., Link, R., Zöllner, F.*: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in Praxis und Klinik. Thieme Stuttgart Band 6, 45 (1980). — 5. *Bodó, Gy.*: Vérellátási zavar okozta belsőfül károsodás. *Fül-orr-gégegyógy.* 14, 202 (1968). — 6. *Breuningen, H.*: Pharmakologische Aspekte bei der Behandlung des Innenohres. *HNO* 24, 329 (1976). — 7. *Csarkó, P., Tóth, Á., Pap, U.*: Egy éven belüli kétoldali hirtelen sükettség. *Fül-orr-gégegyógy.* 29, 111 (1983). — 8. *Draskovich, É.*: Idegi halláscsökkenéses betegek utánvizsgálata. *Fül-orr-gégegyógy.* 24, 74 (1978). — 9. *Ganz, H., Klein, H.*: Verlaufe und Spätergebnisse beim Hörsturz. *HNO* 16, 334 (1968). — 10. *Gussen, R.*: Sudden hearing loss associated with cochlear membrane rupture. Two human temporal bone reports. *Arch. Otolaryngol.* 107, 598 (1981). — 11. *Hajts, Gy., Ferenczi, Zs.*: A perceptios típusú halláscsökkenés kezelése újabb lehetőségei. *Gyógyszereink* 29, 76 (1979). — 12. *Jaffe, B. F.*: Clinical studies in sudden deafness. *Fortsehr. Hals-Nasen-Ohrenheilk.* 20, 221 (1973). — 13. *Lampé, I., Puskás, F.*: Influenza védőoltás után fellépő halláskárosodás. *Fül-orr-gégegyógy.* 15, 8 (1969). — 14. *Lampé, I., Jakabfi, I., Kósa, D.*: Idegeredetű nagyothallás kezelése intravenás novocainnal. *Fül-orr-gégegyógy.* 12, 21 (1966). — 15. *Meissner, R.*: Doppelseitige zentrale Hörstörung infolge bitemporalen Hirninfarktes. *HNO* 29, 282 (1981). — 16. *Neveling, P. R.*: Die akute Ertaubung. Universitäts-Verlag, Köln, 1967. — 17. *Nyiry,*

*Z., Gerencsér, F.*: Hirtelen megsüketülés. *Fül-orr-gégegyógy.* 13, 111 (1967). — 18. *Órdógh, B., Sárossy, D., Klímstein, G.*: Vaszkuláris eredetű hallásromlások kezelése Cavintonnal. *Gyógyszereink* 29, 133 (1979). — 19. *Paparella, M. M., Shurmrick, D. A.*: Otolaryngology W. B. Saunders Company, Philadelphia-London-Toronto, 1980. — 20. *Pálfalvi, L.*: Devincan hatása perceptios nagyothallásra és fülszűrésre. *Fül-orr-gégegyógy.* 15, 27 (1969). — 21. *Petkó, E., Lampé, I.*: Kétoldali acut virogen cochleovestibularis károsodás. *Fül-orr-gégegyógy.* 25, 109 (1979). — 22. *Polus, K.*: Adatok a vaszkuláris sükettség kérdéséhez. *Fül-orr-gégegyógy.* 15, 123 (1969). — 23. *Répay, G.*: Tapasztalataink belsőfül eredetű halláscsökkenések retroauricularis Cofocain-Tolazolin injekciós kezelésével. *Fül-orr-gégegyógy.* 15, 188 (1969). — 24. *Répay, G., Götze, Á.*: Idegi jellegű halláscsökkenések A-vitamin kezeléséről. *Fül-orr-gégegyógy.* 16, 163 (1970). — 25. *Révész, Gy., Ribári, O., Stanzel, Gy., Zelen, B.*: Belsőfül eredetű nagyothallás kezelése Xavinnal. *Fül-orr-gégegyógy.* 15, 54 (1970). — 26. *Ribári, O.*: Előzetes jelentés a Cavinton nevű gyógyszeréről. *KGy Dokumentum*, 1976. — 27. *Russolo, M., Poli, P.*: Acute idiopathic auditory failure prognosis. A review of 65 cases. *Audiology* 19, 422 (1980). — 28. *Schulz, C., Richter, W., Naujoks, I.*: Blutviskosität und Innenohrschwerhörigkeit. *Laryng. Rhinol. Otol. Grenzgeb.* 56, 328 (1977). — 29. *Sekula, I., Wlodyka, I.*: The round window in acute hearing loss. *Audiology* 21, 55 (1982). — 30. *Szócska, J.*: Kerekablaki membrán spontán perforációja. Előadás. Magyar Fül-orr-gégeorvosok Egyesülete Audiológiai Szekciója, Debrecen, 1979. — 31. *Szolnoki, A., Götze, Á.*: A belsőfülben hirtelen kialakuló vaszkuláris károsodások befolyásolása Rheomacrodex és Xavin együttes adásával. *Fül-orr-gégegyógy.* 20, 166 (1974). — 32. *Szöke, B.*: A perceptios nagyothallás gyógyszeres kezelésének eredményei. *Fül-orr-gégegyógy.* 17, 252 (1971). — 33. *Ungor, K.*: Cavinton hatása különböző eredetű idegi jellegű hallásromlásban. *Fül-orr-gégegyógy.* 25, 114 (1979). — 34. *Zádory, K., Pálfalvi, L., Bacsá, L., Nagy, I., Szilágyi, T.*: Az akut halláscsökkenés számítógépes értékelése. *Fül-orr-gégegyógy.* 28, 92 (1982).

П. Чарко, И. Лампе, У. Пап, А. Тот: Анализ протекания болезни у больных с острым снижением слуха

Авторы сообщают о течении болезни у 60 больных с острым снижением слуха и в рамках этого — о формировании у них слуха. По полипрагматической терапевтической схеме, у 37% находящихся на лечении больных удалось добиться улучшения слуха (в первые две недели у 53% принятых больных), и, как показали наблюдения авторов, существует тесная зависимость между фактором времени и степенью улучшения. На основании собственного опыта, они подтверждают необходимость как можно более срочного больничного лечения больных с острым понижением слуха.

P. Csarkó, I. Lampé, U. Pap, Á. Tóth: Analysis of course of acute decrease of hearing in our patients

Authors give account of 60 patient who suffered from acute decrease of hearing, within it formation of their hearing is dealt with. According to a polypragmatic therapeutic scheme, the authors achieved a hearing gain in 37% of the patients (53% was this ratio in patients, who presented themselves within two weeks), and according to their observations, there is a close connection between time-factor and the degree of improvement. According to their experiences, they affirm necessity of early treatment of patients with acute decrease of hearing, in a hospital.

P. Csarkó, I. Lampé, U. Pap, Á. Tóth: Verlaufsanalyse beim akuten Hörverlust

Verff. berichten über den Krankheitsverlauf bei 60 Patienten mit akutem Hörverlust und in Verbindung damit über die Veränderung der Hörkurve. Bei 37% der polypragmatisch behandelten Patienten (bzw. bei 53% der in den ersten beiden Wochen aufgenommenen Fälle) erreichten sie eine Verbesserung des Gehörs. Ihren Beobachtungen zufolge besteht ein enger Zusammenhang zwischen dem Zeitfaktor und dem Ausmass der Besserung. Die Erfahrungen unterstreichen die Notwendigkeit der stationären Behandlung beim akuten Hörsturz — so bald wie möglich.