

der Mittelohr-Mikrostruktur hat augenblicklich noch die herkömmliche Schichtuntersuchung den Vorrang (in erster Linie die hypozyklische Verwaschungstechnik) gegenüber den vorläufig noch sehr teuren CT-Geräten höherer Generationen. Dieser Vorrang ist jedoch wahrscheinlich von kurzer Dauer.

FOLYÓIRATSZEMLE

Zsurnal usnüh, noszovüh i gorlovüh bolezneye (Kijev) 1981/2

Cüganov, A. I., Bazarov, V. G., Moroz, B. Sz., Geht, Ju. K. (Kijev): A hallókészülékek jövőbeni tökéletesítésének útjai

Krilov, Ju. V., Kuznyecov, V. Sz., Gubejev, F. Ja., Liszovszkij, V. A., Taraszenko, V. I., Petljenko, I. A. (Moszkva): A beszédérthetőség jellemzői a spektrum mélyhang felé való eltolásakor

Oliszov, V. Sz., Tolszov, Ju. P., Svarcman, N. A. (Leningrád-Orenburg): A Meniere-betegségben észlelt halláscsökkenés vezetékes komponensének patogeneziséről

Rzajev, R. M. (Baku): A hypoxia szerepe a foglalkozási hypacusis pathogenesisében, és annak túlnyomós oxigenisatioval való normalizálása

Kolomijcsenko, Je. A. (Kijev): Elektromos fűlővezeték-szerelők vestibuláris stabilitásának vizsgálata

Kandavrov, I. F. (Kemerovo): Rheumatismusban szenvedő gyermekek egyensúlyi funkcióinak vizsgálata polygráffal

Plusznyikov, I. F., Lopotko, A. I. (Leningrád): A presbyacusis osztályozása, diagnosztikája

Bariljak, R. A., Gyacsuk, V. V., Jirkovszkij, G. G. (Munkács): A hallójáratí hőmérséklet jelentősége a csecsemőkori otoantritisben

Sidlovskaja, T. V., Jermilova, V. I., Zaporoscsenko, A. Ju., Gorbunova, N. P. (Kijev): Rheoencephalográfia adataiból becsült intracranialis haemodinamikai állapot krónikus suppuratív középfülgyulladásban

Bjelov, I. M., Aronova, Z. A., Gracsjov, K. V., Sztjepanova, T. Sz., Malcseva, N. V. (Leningrád): A hallás reziduális és visszamaszkolásának hatásai az epilepsia néhány formájában

Popov, Ju. V. (Kijev): A cochleáris szummált válasz megjelenésének időtartama egy-periódusú harmonikus impulzusokra

Jegynak, Je. N., Szütnyik, I. A., Jasan, I. A. (Tyernopol): Sinusitis maxillaris kezelésében kombináltan alkalmazott antibiotikumok és normobárikus oxigénisátió

Kurilin, I. A., Fedun, N. F., Jurjev, L. P., Gyadcsenko, V. P. (Kijev): Az orr külső részének

rosszindulatú daganatai (A kijevi Fül-orr-gége-klinika tapasztalatai)

Rogyin, V. I. (Donyeck): Inplantátumok és transzplantátumok a középfül helyreállító sebészetében

Jevdoscsenko, Je. A., Iszkiv, B. G., Kinyevszkij, O. F., Csernüsuk, V. I. (Kijev): A krónikus rhinitis kriosebészi kezelésének technikája automata kriodestruktor használatával

Ljulko, V. K., Konsztantynova, M. F., Klimenko, N. M., Paskova, O. P., Milovo, C. R. (Dnyepetrovroszk): Aszkorbin-sav és fluor endauralis elektroforézisének hatásossága az otosclerosis kezelésében

Doszmuhamedova, R. Z. (Taskent): Otogén intracranialis szövődmények (a fül-orr-gégeosztály adatai alapján)

Oszin, A. Ja. (Vlagyivosztok): Intal-kezelés a gyermekkori allergiás középfülgyulladásban

Karal-Oglü, R. D. (Ogyessza): Kriosebészet az orrüregi synechiák kezelésében

Agajeva, N. H., Szelimhanova, Z. H., Halikov, F. D. (Baku): A rhinosinusogén arachnoiditis klinikai jellemzői

Mikel, M. B. (Zaporozsje): A külső hallójárat osteochondromája

Dobkin, V. B., Poljanszkaja, T. V., Ijevskaja, G. V. (Dzerzsinszk): A mastoiditis sebészi kezelése

Falfusinszkij, I. M. (Kremenec): Szokatlan fülcimpá-idegentest

Piszkunov, Sz. Z., Dolzsikova, N. V. (Kurszk): Multiplex otogén agytályog a jobb féltekében

Gorhina, A. A., Zaceda, T. V. (Moszkva): Angiofibroma az orrüregben, az ethmoidban és a bal arcüregben

Kozsevnnyikova, A. P., Rjazancev, Sz. V. (Leningrád): Meningitisz szövődmény akut purulens homloküreggyulladás subperiosteális tályoggal

Portyenko, G. M., Trifonov, V. Sz., Szudakov, R. I. (Kalinyin): Permanens kanülviselő által aspirált fémkanül

Abajev, G. T., Lokot, P. Ja., Tkacsenko, A. D. (Rosztov-na-Donu): A trachea subcutan teljes leszakadása a gégeről

Moszkovcsenko, N. A., Liszovec, V. T., Vengerovszkij, V. A. (Harkov): Gége-cylindroma

Kiss Sándor dr.

Fül-orr-gégyógyászat 29. 111–115. 1983.

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

Egy éven belüli kétoldali hirtelen sükettség*

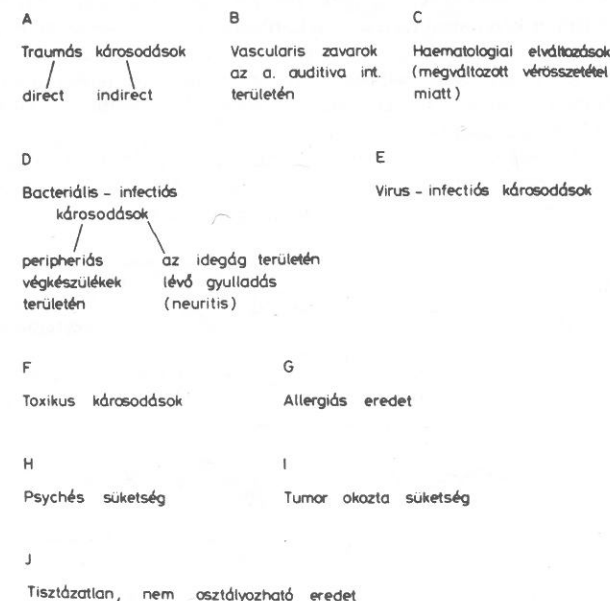
CSARKÓ PÉTER dr.,** TÓTH ÁGNES dr., és PAP UZONKA dr.

Közlésre érkezett: 1982. július 15-én

A szerzők beszámolnak egy 34 éves férfi mindkét fülén egy éven belül hirtelen kialakuló megsüketüléséről, melyhez hasonló esetet az irodalomban nem találtak. Az alkalmazott infúziós kezelés ellenére, amely Cavintont, Papaverint, Dextrant és vitaminokat tartalmazott, hallásjavulást elérni nem tudtak, de a vestibuláris funkció regenerálódott. A szerzők tárgyalják az akut halláskiesések etiológiai tényezőit, terápiás lehetőségeit.

Az akut halláskiesés irodalma az utóbbi években egyre bőségebbé vált. A fülészet szorosan vett határait túllépve, diagnosztikus problémáinak megoldásában mindinkább igénybe veszi a társszakmák segítségét, terápiás eredményei – a sokféleség ellenére – még nem meggyőzőek.

Az akut halláskiesés lehetséges etiológiai tényezőinek száma a 100-at is meghaladja [6]. Mi az alábbiakban Neveling [8] beosztását közöljük jó áttekinthetősége miatt (1. ábra).



1. ábra. Az akut halláskiesés patogenetikai lehetőségei Neveling-csoportosításában [8]

*A Magyar Fül-orr-gégeorvosok Egyesülete Audiológiai Szekciójának 15. Vándorgyűlésén elhangzott előadás alapján (1982. május 7–8.)

**Debrecen, Nagyterdei krt. 98. 4012.

A tisztázatlan etiológiájú esetekben az utóbbi időben egyre gyakrabban bizonyul patogenetikai tényezőnek a perilympa fistula. Ez a lehetőség exploratív tympanotomiával tisztázható [2, 11, 12]. Más szerzők a ductus cochlearisban végbemenő szövettani elváltozásokat teszik felelőssé: mikroszkópikus bevezés, szörsejtek mechanikai sérülése, Reissner-membran ruptura stb. [4, 5].

Az akut halláscsökkenés jellemzői:

1. hirtelen – percek, órák alatt – kifejlődő tünetegyüttes;
2. az esetek 60–70–90%-ban fülzúgás kíséri vagy meg is előzi a hallásvesztést;
3. nyomásérzés, teltségérzés kialakulása a fülben, a betegek felénél;
4. különböző jellegű szédülés a betegek kb. egyharmadánál jelentkezik, ez bizonytalanságérzéstől, heves, forgó szédülésig igen széles skálán mozog [3].

A hallászavar általában az egyik fülön lép fel, de észlelhető egyszerre jelentkező kétoldali megsüketülés is. Hirtelen kialakuló kétoldali centrális hallászavarról számol be *Meissner* bitemporális agyi infarktus következtében [7].

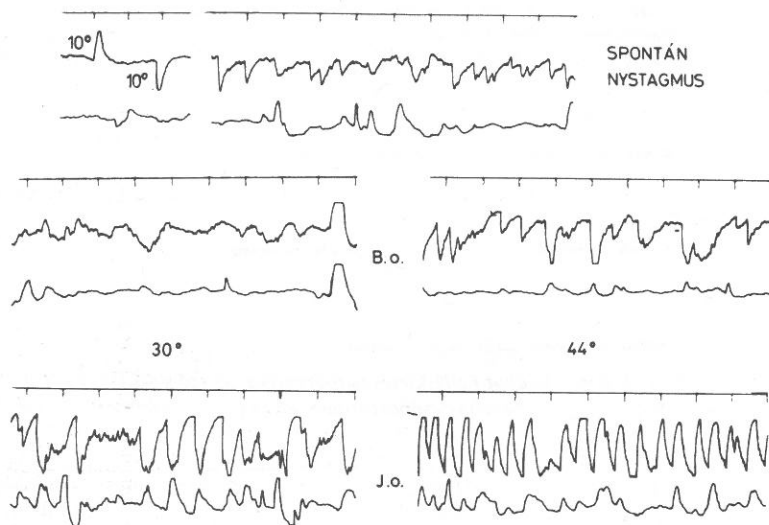
Jelen közleményünkben *mindkét fül egy éven belüli – 10 hónapos különbséggel jelentkező – megsüketüléséről* számolunk be, melyhez hasonló esetet az irodalomban nem találtunk.

Esetismertetés

N. L. 34 éves férfi beteg korábbi megbetegedéseiből kiemelendő: 1964-től néhány éven át jelentkező migrénes jellegű fejfájások, amelyek fokozatosan elmaradtak. Átmenetileg ingadozó hipertónia miatt ambuláns kezelésben részesült, akkori pillanatnyi megsédüléseket érzett.

1980. júliusában teljes jólét közepette *jobb* oldali cochleovestibuláris laesio lépett fel. Az egyidejűleg elvégzett ideggyógyászati, belgyógyászati, röntgenológiai leletek negatív eredményűek voltak. Értágítók, antiemetikumok, szedatívumok szedése után szédülései fokozatosan enyhültek, hallása továbbra sem javult.

10 hónappal később 1981. májusában heves szédüléssel, hányingerrel járó *bal* oldali fülzúgás, halláscsökkenés lépett fel, ezáltal kétoldali cochleovestibuláris anaesthesia alakult ki. A beteg ekkor került klinikánkra. Fül-orr-gégészeti fizikális eltérés nem volt, ép dobhártyákat és harmonikus vestibuláris

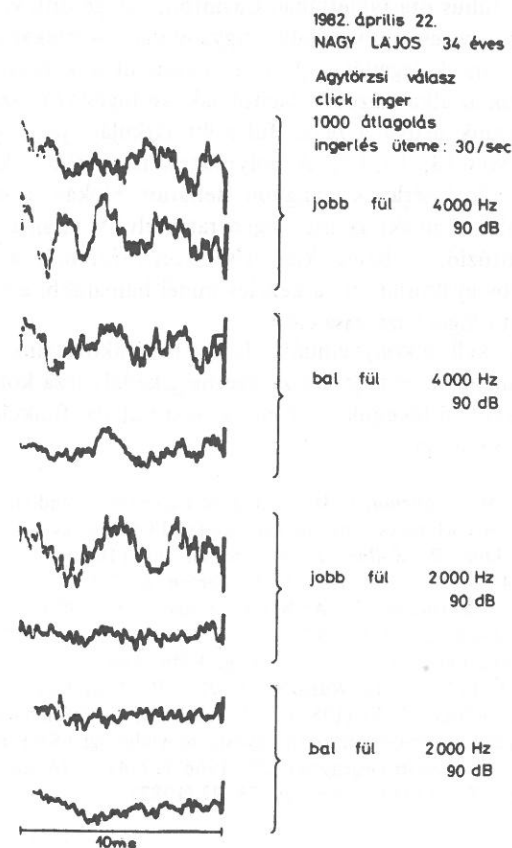


2. ábra. Elektronystagmográfias lelet az akut stádium után két hónappal. Az 1. csatornán a bitemporális horizontális, a 2. csatornán a vertikális elvezetés látható, csukott szemmel regisztrálva, a reakció 80–90. másodperce között

tünetcsoportot találtunk. Valamennyi elvégzett vizsgálat – belgyógyászat, szemészet, ideggyógyászat, liquor, EEG, haemostasis vizsgálatok, komplement-kötés, Schüller-, Stenvers-, Mayer-, C. gerinc-, bázis-, koponya-rtg., vertebrális angiográfia, rutin labor, terheléses vércukor, Se-lipid, Se-fehérje – normális eredményt adott. Egyetlen kóros tünet a körzeti orvos által mért 180/100 Hgmm-es vérnyomásérték, amely a klinikai bentfekvés során, naponta ellenőrizve, a továbbiakban a normális határok között mozgott.

Alkalmazott kezelés: vitaminok, Cavinton-, Papaverin-, Dextran infúziók naponta, heteken át. A fülzúgás, szédülés, hányás fokozatos javulását észleltük, szubjektíve is jobban érezte magát a beteg, azonban hallása változatlan maradt. Az akut stádium lezajlása után két hónappal végzett elektronystagmográfias vizsgálat bal oldalon gyenge, jobb oldalon nagy reakciót mutatott (2. ábra).

Otthonában rendszeresen szedett értágítókat, vitaminokat, havonta ellenőrzésen jelentkezett. Az 1982. áprilisi kontroll során készített agytörzsi válasz megegyezett az akut stádiumban készített: cochleáris működést egyik oldalon sem lehet kimutatni (3. ábra). Vestibuláris reakciót viszont mindkét oldalon észleltünk, a normálisnál csökkentebb mértékben. Egyéb kóros vestibuláris tünete nem volt, ami alátámasztotta a beteg jó közérzetét, a szédülései panaszok hiányát. Az ideggyógyászati konzílium sem bizonyított intracranialis folyamatra utaló eltérést, így további értágítók, vitaminok szedését javasolva bocsátottuk el. Azóta is rendszeresen ellenőrizzük. Legfőbb panasza az állandóan meglévő fülzúgás.



3. ábra. A beteg agytörzsi válasza kétoldali cochleáris laesio után (elektroda pozíciók: planum mastoideum, vertex, glabella; hitelesítést jel: 1 μ V)

Megbeszélés

A hazai fülészeti irodalomban legutóbb Zádory és mtsai közölték akut halláscsökkenéses betegek adatainak számítógépes értékelését [14]. A ma még tisztázatlan kérdések megválaszolásában óriási jelentőségük van a statisztikai elemzéseknek, azonban a fenti szerzők is kiemelik az egyes esetek gondos értékelésének szükségességét.

Saját esetünknek néhány sajátosságára hívjuk fel a figyelmet:

– ötven év alatti, fizikai dolgozó, férfi betegről van szó, szemben a fenti szerzők által közölt adatokkal, miszerint az ötven év feletti, szellemi foglalkozású férfiaknál gyakori az akut halláscsökkenés;

– keringési betegség gyanúját vetné fel az anamnézisben szereplő átmeneti hipertónia, azonban ezt a későbbiekben nem támasztotta alá sem a rendszeres tenziómérés, sem az elvégzett vertebrális angiográfia;

– érdekesnek találjuk, hogy mindkét „roham” a nyári hónapokban jelentkezett: azonban sem allergiás, sem infekciós-vírusos tényezőt kimutatni nem tudunk [9];

– az akut időszakban mindkét oldalon vestibuláris funkciózavar is kimutatható volt, de ez hetek alatt rendeződött, míg a halláskiesés nem változott;

– terápiás lehetőségeink inszufficiens voltát húzza alá az a tény, hogy betegünk kisebb megszakításokkal 1980. július óta tablettában Cavinton, Stugeront, vitaminokat szedett.

Ennek ellenére alig egy év múlva újabb, ugyanolyan tünetekkel járó, maradandó siketséggel „gyógyuló” megbetegedés zajlott le. Felmerül a kérdés: jelen esetünkben volt-e egyáltalán szerepük az alkalmazott értágítóknak, keringésjavító szereknek?

Terápiás próbálkozásunk alapja a belső fül mikrocirkulációjának javítását célzó elv („antisludge terápia”) volt [3, 10, 13]. A polypragmasia további alkotórészei: az agyi keringés javítására irányuló kísérletek, ganglion stellatum blokádnak, a szisztémás keringés stabilizálása (hipotónia!), a nyaki gerinc degeneratív elváltozásainak kezelése, oxigén belélegeztetés, ATP infúzió, a beteg kiemelése környezetéből, a stressz-situációk eliminálása [1, 3]. Fontos gyakorlati elv a kezelés minél hamarabbi elkezdése fekvőbeteg intézményben, már az etiológia tisztázása előtt.

Sajnálatos tényként kell elkönyvelnünk, hogy próbálkozásaink eredménytelenek voltak: a beteg kínzó fülzúgása és teljes siketsége megakadályozza korábbi életvitelének folytatását; pozitívként értékeljük viszont a vestibuláris funkció visszatérését, a szédüléssel panaszok megszűnését.

IRODALOM: 1. Bahgat, M. S., Shenoi, P. M.: Journal of Laryngology and Otology 96, 73 (1982). – 2. Bauer, M., Rejtő, K.: A cochlea és centrális kapcsolatai. FOG nagygyűlési Referátum 78, Pécs, 1977. – 3. Berendes, J., Link, R., Zöllner, F.: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in Praxis und Klinik. Thieme Stuttgart Band 6, 45 (1980). – 4. Gray, R. F., Barton, R. P. E.: Journal of Laryngology and Otology 95, 1965 (1981). – 5. Gussen, R.: Arch. Otolaryngol. 107, 598 (1981). – 6. Jaffé, B. F.: Fortschr. Hals-Nasen-Ohrenheilk. 20, 221 (1973). – 7. Metssner, R.: HNO 29, 282 (1981). – 8. Neveling, R.: Die akute Ertaubung. Universitäts-Verlag, Köln, 1967. – 9. Petkó, E., Lampé, I.: Fül-Orr-gégegyógy. 25, 109 (1979). – 10. Russolo, M., Polt, P.: Audiology 19, 422 (1980). – 11. Sekula, J., Wlodyka, J.: Audiology 21, 55 (1982). – 12. Szócska, J.: Kerekablaki membrán spontán perforációja. Előadás. Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete Audiológiai Szekciója, Debrecen, 1979. – 13. Szolnoki, A., Götze, Á.: Fül-Orr-Gégegyógy. 20, 1966 (1974). – 14. Zádory, K., Pálfalvi, L., Bacsa, L., Nagy, I. és Szilágyi, T.: Fül-Orr-Gégegyógy. 28, 92 (1982).

П. Чарко, А. Тот, У. Пап: Двусторонняя внезапная глухота, наступившая в пределах одного года

Авторы сообщают о внезапно наступившей в пределах одного года двусторонней глухоте. Подобного случая авторы в литературе не нашли. Вопреки применявше-

муся инфузионному лечению, содержавшего кавинтон, папаверин, декстран и витамины, авторы не добились улучшения слуха, но вестибулярная функция восстановилась. Авторы рассматривают этнологические факторы и терапевтические возможности острых выпадений слуха.

P. Csarkó, A. Tóth and U. Pap: Sudden bilateral deafness within one year

The authors report on the sudden deafness developing in both ears of a 34-year old male patient within one year. No similar case has been found in the literature. No auditory improvement could be reached with infusion treatment containing Cavinton, Papaverin, Dextran and vitamins, however the vestibular function regenerated. Etiologic factors and therapeutic possibilities of acute hearing defects are discussed.

P. Csarkó, A. Tóth und U. Pap: Doppelseitige akute Ertaubung innerhalb eines Jahres.

Verff. berichten über einen 34-jährigen Mann, bei dem im Zeitabstand von fast einem Jahr auf beiden Ohren ein akuter kochleo-vestibulärer Ausfall aufgetreten war, wie er bisher in der Literatur nicht zu finden war. Trotz Infusionsbehandlung mit Cavinton, Papaverin, Dextran und Vitaminen konnte eine Hörverbesserung nicht erzielt werden, aber die Vestibularfunktion regenerierte sich. Die Verff. behandeln die aetiologischen Faktoren des akuten Hörausfalls und die therapeutischen Möglichkeiten.