

ти обнаружено следующее: матка нормальных размеров, трубы без патологических изменений, яичники увеличены, имеют плотную белочную оболочку, в спайках с тазовой брюшиной глубоко в дугласовом кармане. Размеры правого яичника —  $5 \times 6$ , левого —  $4 \times 5$ . Яичники выделены из спаек, при этом из правого выделилось содержимое шоколадного цвета. При осмотре яичников в их ткани выявлены очаги эндометриоза от 0,2 до 2,0 см. Все фолликулы заполнены кровянистым содержимым. С учетом возраста яичники резецированы.

Гистологический анализ показал уплотнение белочной оболочки, разрастание соединительной ткани в строме. Большое количество фолликулярных кист, заполненных геморрагическим содержимым, и атретических фолликул, пролиферация *theca interna* с лютеинизацией клеток. В тканях яичника — эндометриоидная гетеротопия.

Окончательный послеоперационный и клинический диагноз: склерополикистоз яичников с лактореей и малой формой двустороннего эндометриоза яичников. Исходя из окончательного диагноза, мы решили провести следующее лечение: норколут в циклическом режиме в течение 3 циклов. В зависимости от базальной температуры и при уровне пролактина выше нормы лечение следует продолжить парлоделом в сочетании с клоstilбегитом.

Данный случай представляет интерес в связи с отсутствием характерной для эндометриоза яичников клиники (у больной менструации были по 3—4 дня, через 34—36 дней, безболезненные), а также редкостью сочетания двух гормонально зависимых процессов.

УДК 616.351—007.43—031:611.981

**С. Н. Коломенский, А. И. Большаков, А. В. Карпов, Ю. В. Аржанов, А. А. Гильмутдинов (Казань).  
Аллопластика грыжи прямой кишки**

Мы наблюдали больного с грыжей прямой кишки в посттравматический дефект крестца и копчика. Заболевание представляло интерес ввиду своей редкости. Аналогичных случаев в доступной литературе найти не удалось.

Т., 43 лет, 09.09.1981 г. получил травму на производстве — упал с четырехметровой высоты на область крестца. Диагностированы компрессионный перелом тела I поясничного позвонка, поперечный перелом крестца на уровне  $S_{III}$ , ушибленная рана этой области. По месту жительства произведена хирургическая обработка раны с удалением отломков крестца и копчика и ушивание раны. Выписан на 29-е сутки после заживления раны и окончания сроков иммобилизации.

При поступлении в отделение проктологии РКБ больной жаловался на запоры, боли, неполную дефекацию, невозможность сидеть, а также на появление округлого образования на месте дефекта крестца и копчика.

При осмотре в крестцово-копчиковой области выявлено овальное мягкоэластической консистенции образование размерами  $6 \times 8$  см. При кашле и натуживании оно увеличивалось в 1,5—2 раза и становилось напряженным. Ректально определялась расширенная ампула прямой кишки, пролабирувавшая в дефект крестца и копчика наружу. За задней стенкой прямой кишки кожа была истонченной и имела линейный послеоперационный рубец.

На прямой рентгенограмме костей таза копчик и часть крестца по уровню  $S_{III}$  не опре-

делялись.

Диагноз: грыжа прямой кишки в посттравматический дефект крестца и копчика.

09.02.1983 г. больному произведена аллопластика крестцово-копчиковой области. Под интубационным наркозом в положении больного на животе иссечен старый послеоперационный рубец. Из рубцов выделена задняя стенка ампулы прямой кишки размерами  $8 \times 10$  см. Для уменьшения диаметра на нее наложено 6 гофрирующих поперечных швов атравматическим хромированным кетгутотом. Ввиду обширности костного дефекта предпринята аллопластика тефлоновым развернутым протезом в виде трапеции размерами  $40 \times 40 \times 60$  мм. Трансплантат подшит сверху к надкостнице крестца, с боков к крестцово-седалищным связкам, нижний край оставлен свободным. Произведено ушивание раны, наложена асептическая повязка. В рану через отдельный прокол подведен дренаж-микроирригатор на один сутки.

В послеоперационном периоде диеты и фталазолам стул задержан на 8 сут. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 10-е сутки.

При выписке больной впервые за 2 года сел, стул 1 раз в сутки, грыжа прямой кишки ликвидирована. Выписан с неокрепшим послеоперационным рубцом. При повторном осмотре через 9 мес рубец был сформирован, запоры не беспокоили. Анатомическое строение анальной области и функция прямой кишки восстановлены.

УДК 616.288.1—007.271—006.34.03

**В. М. Бобров (Ижевск). Остеома наружного  
слухового прохода**

Остеомы наружного слухового прохода встречаются довольно редко. Этиология их неизвестна. Многие авторы рассматривают остеоому, в частности, наружного слухового прохода как дальнейшее развитие экзостоза. Сами по себе остеомы не мешают больному до тех пор, пока не дают роста, при котором уменьшается просвет наружного слухового прохода. В таких случаях больные жалуются на понижение слуха, шум в ухе, тяжесть в голове.

Р., 30 лет, поступила в ЛОР-отделение 29.09.1982 г. с жалобами на гнойные выделения, снижение слуха, чувство распирания в правом ухе. Болеет около 3 мес. При обращении к оториноларингологу на амбулаторном приеме было обнаружено обтурирующее новообразование в наружном слуховом проходе справа.

При поступлении в стационар общее состояние удовлетворительное. Патологии со стороны внутренних органов не обнаружено. Наследственность не отягощена. Анализы крови и мочи патологии также не выявили.

Левое ухо, нос, глотка и гортань — без особенностей. При осмотре на границе хрящевого и костного отделов наружного слухового прохода справа на задней стенке определяется обтурирующее новообразование костной плотности с гладкой поверхностью, покрытое истонченной кожей. Между стенкой наружного слухового прохода и новообразованием, а также на дне слухового прохода имеется слизисто-гнойное отделяемое. Новообразование можно обойти только тонким зондом. Барабанная перепонка не видна. Область сосцевидного отростка не изменена. Речь шепотом слышит на расстоянии 1 м, разговорную — 6 м. В опыте Вебера — латеризация в правое ухо. На тональной аудиограмме при нормальной костной

проводимости обнаруживается костно-воздушный разрыв справа в пределах 30—40 дБ. На обзорной рентгенограмме височных костей по Шюллеру от 07.09.1982 г. в области наружного слухового прохода справа контурируется дополнительная тень костной плотности; пневматизация сосцевидных отростков не нарушена. Диагноз: остеома наружного слухового прохода справа, хронический гнойный средний отит справа.

30.09.1982 г. остеома удалена эндаурально. Под местной инфильтрационной анестезией 2% раствора новокаина с адреналином над опухолью произведен разрез кожи задней стенки слухового прохода справа. Опухоль исходит из задней стенки костного отдела слухового прохода. Тонким желобообразным долотом осторожно подрублено основание остеомы, она легко отпала от места прикрепления на границе костно-хрящевой задней стенки слухового прохода и извлечена. Опухоль распространялась почти до барабанной перепонки. Последняя была мацерированной. Удалено слизисто-гнойное отделяемое из наружного слухового прохода, введена турунда с синтомициновой эмульсией. Макроскопически она представляла из себя узел размером 0,7×0,8 см неправильной формы костной плотности. Снаружи новообразование было покрыто тонким эпителием серовато-

белого цвета. На разрезе опухоль имела вид костной ткани. Микроскопически опухоль построена из множества анастомозирующих друг с другом костных балочек, между которыми разрослась фиброзная ткань. Опухоль хорошо отграничена от окружающих тканей. Патогистологическое заключение: губчатая остеома.

Послеоперационный период протекал гладко. Одновременно больной было проведено лечение хронического гнойного мезотимпанита справа. Наступило улучшение. Через неделю после удаления остеомы наружного слухового прохода последний свободен, отделяемого нет; имеется точечная центральная перфорация барабанной перепонки. При осмотре через 4 года больной жалоб не предъявлял; перфорация барабанной перепонки справа закрылась. Речь шепотом слышит на расстоянии 6 метров.

Таким образом, данное наблюдение интересно исключительно редким сочетанием остеомы наружного слухового прохода и хронического гнойного мезотимпанита. Остеома препятствовала оттоку выделений из уха и затрудняла оценку характера процесса, привела к снижению слуха. Удаление остеомы способствовало успешному лечению гнойного мезотимпанита, восстановлению слуха, закрытию перфорации барабанной перепонки.

## ГИГИЕНА

УДК 614.72:616—053.2—058.9:353.1

### ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПОКАЗАТЕЛЬНЫХ ПОСЕЛКАХ

*Ф. Ф. Даутов, Р. И. Мухамедшина*

*Кафедра общей гигиены (зав.— проф. Ф. Ф. Даутов)  
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

Индустриализация и интенсификация хозяйства, увеличение мощности животноводческих комплексов, высокие темпы урбанизации могут привести к загрязнению окружающей среды, что, в свою очередь, влияет на санитарные условия жизни и здоровье людей.

Целью наших исследований являлась гигиеническая характеристика загрязнения атмосферного воздуха на различных расстояниях от животноводческих комплексов и блочных хозяйственных построек с оценкой его влияния на состояние здоровья детского населения. Поскольку решение проблем окружающей среды проводится как на стадии составления проектов (схем) районной планировки, так и при планировке сельских населенных пунктов, на первом этапе работы мы изучали проекты строительства поселков. Определяли загрязненность атмосферного воздуха формальдегидом, сероводородом и аммиаком. В работе использованы также социологические методы — опрос-беседа и анкетирование населения.

В двух сельских экспериментально-показательных поселках Татарской АССР (Шапши и Новый) изучали загрязнение атмосферного воздуха вредными примесями и уровень шума с учетом планировочных решений сел, а также состояние здоровья детей по показателям физического развития, неспецифической резистентности и общей заболеваемости. Установлено четкое функциональное зонирование территории с учетом климато-географических особенностей местности (розы ветров, рельефа местности, процента уклона и др.). Поселки Шапши и Новый с численностью населения соответственно 1500 и 3000 человек имеют современный высокий уровень благоустройства и социально-культурные учреждения (школы, детский сад, комбинат бытового обслуживания, дворец культуры, магазин, баня и др.).

Основными источниками загрязнения атмосферного воздуха в поселках являются животноводческие комплексы и коллективные хозяйственные постройки для содержания скота и птицы. В поселке Шапши жи-