

конечностей, зуд. Начало заболевания острое, с повышением температуры до 39°, в связи с чем больная приняла однократно аспирин и норсульфазол. На 3-й день после этого на коже конечностей и лица появилась яркая сыпь, трещины на губах и кожный зуд.

По данным анамнеза, у больной несколько лет назад в весенне-летнее время был фотодерматоз, однократно наблюдался отек Квинке по неясной причине. Незадолго до поступления в стационар Ю. была на лечении в терапевтическом отделении по месту жительства по поводу тяжелой формы «кожной аллергии» после приема норсульфазола, которая сопровождалась гипертермией, массивными воспалительно-некротическими изменениями со стороны кожи и слизистой. Получала большие дозы преднизолона, выписана на поддерживающей дозе 5 мг в сутки. Однако на этом фоне периодически появлялись эритематозные высыпания.

Состояние больной при поступлении тяжелое, положение в постели вынужденное; адинамия. На коже туловища, лица эритематозно-уртикарные высыпания с наличием везикул и участками мокнутия. Симптом Никольского положительный. Губы покрыты кровянистыми корочками, слизистая полости рта отечна, гиперемирована. На языке, деснах эрозивные участки.

Реакция лизиса лейкоцитов с норсульфазолом — 15%, гентамицином — 10%; с цефорином, витамином С, ацетилсалициловой кислотой, фурадоном, димедролом, супрастином, целанидом отрицательная.

Больной проводили лечение преднизолоном по 60 мг в сутки с постепенным снижением дозы и переходом на прием внутрь; чередовали различные антигистаминные препараты (после отрицательной подъязычной пробы), применяли цеппорин, аскорбиновую кислоту, переливали плазму и солевые растворы. Осуществляли тщательный уход за слизистой полости рта, гениталиями и кожей. В течение 2 нед со дня поступления в стационар у больной упорно сохранялась высокая температура в пределах 39°.

В результате лечения состояние больной улучшилось, и на 45-й день она была выписана в удовлетворительном состоянии. При выписке даны указания о необходимости исключить прием сульфаниламидных препаратов. В последующем гормональные препараты были постепенно отменены.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.327.2—006.6

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ НОСОГЛОТКИ

Х. А. Алиматов

Кафедра оториноларингологии (зав. — проф. Л. Г. Сватко) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, Казанский городской онкологический диспансер (главврач — И. Б. Назимов)

Реферат. Представлены результаты лечения 45 больных со злокачественными опухолями носоглотки. Лучевая терапия проведена 32 из них, сочетание дистанционной и аппликационной гамматерапии — 4, лучевое лечение в сочетании с химиотерапией — 7, операции Крайля подвергнут 1 больной и перевязке наружной сонной артерии — также 1. Выживаемость в течение 5 лет составила 33,3%.

Ключевые слова: опухоли носоглотки.

1 таблица. Библиография: 2 названия.

В общей структуре злокачественных новообразований заболеваемость опухолями носоглотки в целом по стране составляет 0,07—0,05% [1]. В Татарской АССР на долю злокачественных опухолей носоглотки приходится 0,6% от всех злокачественных новообразований.

За 5 лет, с 1973 по 1977 г., в отделении опухолей головы и шеи Казанского городского клинического онкологического диспансера мы наблюдали 45 больных со злокачественными опухолями носоглотки (26 мужчин и 19 женщин), из них 4 — в возрасте до 20 лет (13, 16, 17 и 19 лет), 3 — от 21 до 30 лет, 5 — от 31 до 40 лет, 11 — от 41 до 50 лет, 10 — от 51 до 60 лет и 12 — старше. 3 больных прибыли на лечение из других республик, остальные 42 — жители Татарской АССР.

Как видно из приведенных выше данных, злокачественные опухоли носоглотки встречаются во всех возрастных группах, но преимущественно — после 40 лет.

Согласно сведениям литературы и нашим наблюдениям чаще злокачественные опухоли возникают в своде носоглотки. Такая локализация новообразования была у 20 наших пациентов. Из боковой стенки опухоль исходила у 19 больных: из правой — у 13, из левой — у 6 (соотношение 1:2, что совпадает с данными П. Д. Фирсова, 1969). Из передней стенки опухоль исходила у 2 больных.

38 человек обратились в онкодиспансер в III и IV стадиях заболевания (соответственно 26 и 12); 1 — в I стадии и 6 — во II.

Частота характерных симптомов и стадия заболевания в момент установления диагноза при злокачественных опухолях носоглотки

Симптомы	Число больных	Стадия заболевания			
		I	II	III	IV
Носовые (затрудненное носовое дыхание; насморк; изменение голоса — гнусавость, носовое кровотечение)	29	1	6	18	4
Ушные (заложенность ушей; отолгические боли; понижение слуха; шум в ушах)	14		1	7	6
Офтальмо-неврологические	8			3	5
Увеличение лимфоузлов шеи как первый симптом заболевания	10			7	3

Изучение анамнеза показало (см. табл.), что у 29 больных преобладали такие симптомы, как затрудненное носовое дыхание, слизисто-гнойные выделения из носа, кровотечения из носа, гнусавость. Ушные симптомы — понижение слуха, шум, боль в ушах, гноетечение из ушей — отмечали 14 больных. Многие из больных долгое время получали лечение по поводу заболеваний уха, подвергаясь стимулирующим опухолевый рост процедурам и вмешательствам.

Так, А., 34 лет, у которого опухоль развилась в толще трубной миндалины справа, длительное время (около года) проходил обследование и получал лечение в поликлиниках и стационарах города по поводу «отита». Ему назначали УВЧ-терапию, ионофорез, ультразвук, витамины В₁, В₆, алоэ. В связи с подозрением на мастоидит больному была произведена правосторонняя мастоидотомия. Когда появились метастазы на шее, вновь был назначен электрофорез. Лишь через 1 год была распознана опухоль носоглотки III—IV стадии.

У 10 больных единственным признаком заболевания, заставившим их обратиться за медицинской помощью, были метастазы в регионарные шейные лимфатические узлы с одной или обеих сторон. Опухолевый процесс в носоглотке у этих пациентов развивался до I—II (редко III) стадий, не беспокоил больных, а метастазы достигали больших размеров, образуя конгломераты, опережая рост опухоли в носоглотке. В основном этот симптом наблюдался при низкодифференцированных формах опухолей.

Увеличение лимфоузлов при первом обращении выявлено у 33 из 45 больных. Следовательно, более 2/3 больных поступали с распространенным за пределы носоглотки опухолевым процессом.

Такие симптомы, как парезы и параличи черепномозговых нервов, возникали на более поздних сроках болезни. У 4 больных отмечено поражение отводящего нерва, у 3 — подъязычного и у 1 — одновременно отводящего, подъязычного и лицевого. Лишь при эндолитных формах наряду с явлениями ринита у 4 больных появились симптомы, связанные с невралгическими болями.

Клиническая картина злокачественных новообразований носоглотки во многом зависит от гистологического строения опухоли, степени зрелости и формы роста опухоли.

Экзофитная форма роста характерна для сарком, которые растут, заполняя просвет носоглотки. Саркомы чаще исходят из свода носоглотки. По данным задней риноскопии, саркомы имеют округлую и крупнонольчатую форму, покрыты неизменной истонченной слизистой, через которую просвечиваются более или менее развитая сеть сосудов и опухолевая ткань различных оттенков красного цвета — от бледно-розового до ярко-красного.

В дальнейшем, после распада опухоли, при задней риноскопии определяется обширная опухолевая зловонная язва с гнойно-некротическим налетом, занимающая несколько или почти все стенки носоглотки. Состояние больных после распада опухоли обычно резко ухудшалось, что было связано с развитием воспаления вокруг язвы, всасыванием продуктов распада опухоли. По мере распространения процесса на соседние органы и структуры проявлялись симптомы поражения этих органов.

Эндолитная-язвенная форма типична для рака. При задней риноскопии у больных этой группы видна язва с некротическим налетом. По краям язвы опухолевая ткань имеет бледно-розовую или серую окраску, мелкобугристое строение. Раковая язва обычно медленно увеличивается в размерах, прорастая в окружающие ткани. В наших наблюдениях раковая инфильтрация чаще исходила из боковой и задней стенок. С распространением процесса на соседние органы появлялись симптомы их поражения.

Лимфоэпителиома часто имела вид плоского инфильтрата, мягкую консистенцию, нередко напоминала аденоидную ткань.

Морфологическая структура злокачественных опухолей носоглотки отличается большим разнообразием, что обусловлено наличием здесь лимфоидной ткани и различного по характеру эпителия — мерцательного, железистого, плоского. Плоскоклеточный ороговевающий рак выявлен у 3 больных, плоскоклеточный неороговевающий рак —

также у 3, низкодифференцированная форма рака — у 9, лимфоэпителиома — у 8, лимфосаркома — у 4, ретикулосаркома — у 15, прочие формы — у 3.

Основным методом лечения злокачественных опухолей носоглотки в настоящее время является лучевая терапия. Многие авторы отмечают удовлетворительные отдаленные результаты при комбинированном лечении.

Из 45 находившихся под нашим наблюдением больных лучевая терапия проведена 32, лучевое лечение в сочетании с химиотерапией — 7, дистанционная гамматерапия в сочетании с аппликационной — 4, хирургическое вмешательство по Крайлю выполнено у 1 больного и перевязка наружной сонной артерии — также у 1. Выживаемость в течение 5 лет отмечена у трети больных.

ВЫВОДЫ

1. Злокачественные опухоли носоглотки встречаются во всех возрастных группах, но чаще — у лиц старше 40 лет.

2. Начальные симптомы злокачественных опухолей носоглотки зависят от исходной точки роста опухоли, характера роста и гистологического строения опухоли.

3. Развиваясь в органе, труднодоступном для непосредственного обозрения, протекая в начальных своих стадиях почти бессимптомно или с симптомами, характерными для многих неопухлевых заболеваний, злокачественные опухоли носоглотки нередко распознаются в III—IV стадиях заболевания.

4. Всех больных с увеличением шейных лимфоузлов необходимо направлять на консультацию к ЛОР-онкологу с целью выявления скрыто протекающего опухолевого процесса ЛОР-органов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов Н. А. ВОРЛ, 1977, 1.— 2. Фирсов П. Д. Злокачественные опухоли глотки. Автореф. канд. дисс., Казань, 1969.

Поступила 30 января 1979 г.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 312.2:616—053.2

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ БОРЬБЫ С ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТЬЮ

Д. Ш. Богданов

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. — доц. И. Г. Низамов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, Азнакаевская ЦРБ МЗ ТАССР (главврач — Д. Ш. Богданов)

Реферат. Рассмотрены перспективы и резервы снижения детской смертности на основе ее анализа по материалам Азнакаевской ЦРБ. Представлен комплекс организационных мероприятий, направленных на дальнейшее укрепление здоровья детского населения в районе.

Ключевые слова: детская смертность.

Охрана здоровья детей является одной из важнейших задач советского здравоохранения. За годы Советской власти в результате претворения в жизнь ленинских идей в этой области в нашей стране достигнуто резкое снижение детской смертности. В Татарской АССР, в частности, детская смертность снизилась в 18 раз (И. З. Мухутдинов, 1977).

В Азнакаевском районе уровень детской смертности практически стабилизировался на сравнительно невысоком показателе, который по материалам последних лет значительно ниже среднереспубликанских данных. Это достигнуто благодаря активной деятельности учреждений здравоохранения по улучшению медицинского обслуживания населения, охраны здоровья матери и ребенка, по укреплению материально-технической базы больниц и поликлиник района и обеспечению их соответствующими кадрами. Много внимания уделяется в районе удовлетворению нужд акушерско-гинекологической службы. Выделены типовые здания, штаты акушеров-гинекологов полностью укомплектованы квалифицированными кадрами. Родильные койки сосредоточены при центральной районной больнице, где также развернуты дополнительные observationные койки. Организована отдельная стирка белья родильного отделения. В участковых больницах сохранены специальные палаты, предназначенные для срочных родов. Но и из них родильниц в последующем переводят в центральную районную больницу.

Всех беременных, взятых на учет, направляют в женскую консультацию, где они состоят под наблюдением не только акушеров-гинекологов, но и врачей других специальностей. Здесь они при необходимости проходят кольпоскопическое, цитологиче-