

составили беременные с резус-отрицательной кровью без антител (13). У 49 беременных был инсулинзависимый сахарный диабет, у 34 — пиелонефрит, у 32 — генитальная инфекция, у 11 — ревматизм неактивной формы.

Наиболее часто встречающейся формой гестоза беременных при многоводии и сопутствующей патологии является отек. При сахарном диабете отек был у половины беременных. Нефропатия наблюдалась в основном при тяжелом течении сахарного диабета. У беременных с резус-отрицательной кровью нефропатия встречалась чаще, чем у беременных, у которых не было антител. При пиелонефрите у половины женщин была диагностирована нефропатия, тогда как при ревматизме и генитальной инфекции почти у всех был отек.

Отек беременных чаще предшествовал многоводию, а нефропатия возникла одновременно или после его развития. Отек появлялся преимущественно в сроки беременности от 26—27 до 36—37 нед, нефропатия — от 29—30 до 39—40 нед, многоводие — от 29—30 до 38—39 нед. При резус-конфликтной беременности с наличием антител нефропатия определялась раньше. У беременных с многоводием помимо гестоза имели место следующие осложнения: угроза прерывания беременности (32%), токсикоз ее первой половины (7,7%), многоплодие (3,5%), тазовое предлежание (3,5%), меняющееся положение плода (1,4%). У 29% беременных была анемия, у 14,8% — ОРЗ при беременности, у 7,7% — сердечно-сосудистые заболевания, у 4,9% — заболевания дыхательной системы.

Из 142 женщин с многоводием и гестозом исход беременности был прослежен у 95: срочными родами беременность закончилась у 58 (61,0%), преждевременными — у 35 (36,8%), запоздалыми — у 2 (2,2%). Преждевременные роды чаще наблюдались у беременных с инсулинзависимым сахарным диабетом и резус-конфликтом, а также при сочетании пиелонефрита и сахарного диабета. У 14 из 35 женщин с преждевременными родами было произведено досрочное прерывание беременности (при сахарном диабете — у 10, при резус-конфликте с наличием антител — у 2 и при хроническом пиелонефрите — у 2) в основном по показаниям со стороны плода.

В родах возникли следующие осложнения: несвоевременное отхождение вод (у 32,6%), аномалии родовой деятельности (у 12,6%), отслойка нормально расположенной плаценты (у 3,2%), нарушение жизнедеятельности плода (у 35,8%). Роды закончились оперативно у 23 женщин: кесарево сечение произведено у 19 (по показаниям со стороны плода — у 15, со стороны матери — у 4), акушерские щипцы наложены у 4. У 18 женщин с сахарным диабетом роды разрешены кесаревым сечением, у 4 — наложением акушерских щипцов. При хронической инфекции кесаревым сечением роды завершены у 3, при резус-конфликте — у 2.

У 95 женщин родились 90 живых детей, из них в хорошем состоянии (по шкале Апгар — 8—10 баллов) — 53 ребенка: 28 — у женщин с сахарным диабетом, 16 — при резус-отрицательной крови и несовместимости по АВО и 9 — при хронической инфекции. В удовлетворительном состоянии (по шкале Апгар — 6—7 баллов) рождены 23 ребенка: 15 — при сахарном диабете, 2 — при резус-отрицательной крови с наличием антител, 6 — при хронической инфекции. Асфиксия возникла у 14 детей: у 8 — при инсулинзависимом сахарном диабете, у 3 — при резус-отрицательной крови без антител, один — при резус-отрицательной крови с наличием антител, 2 — при хронической инфекции.

Таким образом, неблагоприятные результаты встречались чаще у беременных при резус-отрицательной крови с антителами и инсулинзависимом сахарном диабете. Из 93 детей перинатально погибли 8 (8,2%): антенатально — 4, интранатально — один, умерли в 1-е сутки — 3. Причиной антенатальной гибели детей (в сроки беременности 29—33 нед) во всех случаях была отечная форма гемолитической болезни. Интранатальная смерть плода наступила у повторнородящей 34 лет при тяжелом инсулинзависимом сахарном диабете, нефропатии II и многоводии. Ребенок родился на сроке 35 нед с массой тела 4500 г; у него были диабетическая фетопатия, коарктация аорты и родовая травма. Из 3 умерших в 1-е сутки у одного доношенного ребенка была отечная форма гемолитической болезни. Другой недоношенный ребенок погиб через 15 ч от рождения — причиной смерти явились гиалиновые мембраны. Его мать страдала инсулинзависимым сахарным диабетом, гломерулосклерозом и хроническим пиелонефритом. У матери третьего ребенка, умершего от внутриутробной пневмонии и гиалиновых мембран, были ревматизм, митральный порок сердца; кроме того, в 32 нед беременности она перенесла ангину.

При гестозе беременных и многоводии перинатальная смертность на фоне сахарного диабета составила 4,1% при резус-конфликтной беременности с наличием антител — 25% (все погибли от отечной формы гемолитической болезни), при хронической инфекции — 5,6%. Таким образом, сочетание гестоза беременных и многоводия чревато большой частотой неблагоприятных исходов для плода.

Итак, своевременное выявление диабета беременных, адекватная компенсация сахарного диабета, выявление очагов хронической инфекции и антибактериальная терапия с учетом характера возбудителя и переносимости препаратов могут явиться методом профилактики развития гестоза беременных.

УДК 616.284/288--006

В. М. Бобров, Н. А. Кирьянов (Ижевск). Новообразование наружного и среднего уха

Мы наблюдали с 1977 г. по настоящее время 50 больных (мужчин — 22, женщин — 28) с опухолью уха. 2 пациента были моложе 20 лет, 8 — в возрасте от 21 до 30 лет, 13 — от 31 до 40, 12 — от 41 до 50, 6 — от 51 до 60, 9 — старше 61 года.

Наиболее часто встречались опухоли и опухолеподобные образования из покровного эпителия (19) и мезенхимы (16), затем невусы (9). Преимущественно все они располагались в ушной раковине и перепончатом отделе наружного слухового прохода.

Среди доброкачественных опухолей из покровного эпителия чаще обнаруживалась папиллома (4). Кератоакантома была диагностирована у 4 больных. Данная опухоль характеризуется быстрым ростом, циклическим течением и склонностью к самоизлечению. Клинически имеет вид узла, которой растет 3—4 нед, затем его рост прекращается. Через 6—12 нед узел уменьшается и на его месте образуется рубец. Однако опухоль может иметь и длительное рецидивирующее течение на протяжении ряда лет.

Под нашим наблюдением находился больной 31, 77 лет, который поступил в ЛОР-отделение с жалобами на опухолевидное образование в области правой ушной раковины, шелушение кожи, зуд

Небольшая сухая корочка на правой ушной раковине появилась около 13 лет назад с последующим изъятием и зудом. В последнее время отмечал появление и рост опухоли. Объективно: в треугольной ямке правой ушной раковины расположено полушаровидное образование до 1 см в диаметре в виде бледно-розового узла плотной консистенции с кратерообразным углублением в середине. Больному была произведена частичная резекция правой ушной раковины. Микроскопически в центральной части образования видны роговые массы, над которыми нависал эпителий в виде воротничка. Дно и края были представлены многослойным плоским эпителием с явлениями гипер- и паракаратоза, акантоза. Послеоперационное течение гладкое. Выписан в удовлетворительном состоянии. Во время контрольных осмотров в течение 4 лет рецидива заболевания не выявлено.

Эпидермоидные кисты кожи уха были у 4 больных.

По сравнению с онкологическими заболеваниями других ЛОР-органов злокачественные эпителиальные новообразования уха встречались значительно реже. Под нашим наблюдением находился один больной с базиломой ушной раковины и 7 — с раком уха (мужчин — 4, женщин — 3, возраст — от 39 до 76 лет). У 3 пациентов раковая опухоль локализовалась на ушной раковине, у 4 — в среднем ухе. У всех 7 больных рак имел строение плоскоклеточного ороговевающего. При локализации опухоли в ушной раковине (у 3) производили резекцию последней. Больные находятся под наблюдением в течение 3—4 лет — рецидивов нет. 3 больным с раком среднего уха были выполнены радикальные операции на ухе. Один больной в запущенной стадии заболевания (рак IV стадии) умер через 4 мес после операции; у второго больным после операции и облучения наблюдаем 9 лет, за третьим — один год; четвертый пациент от предложенной операции отказался, получил лучевую терапию, на учете находится один год.

Гидраденома (церуминома) — опухоль из апокриновых (серных) желез наружного слухового прохода — диагностирована у 2 больных. Новообразование мягкотканное, растет медленно с выраженной тенденцией к малигнизации, часто обладает инфильтративным, деструктурирующим ростом. В начальном периоде опухоль располагается на стенке наружного слухового прохода, по мере увеличения заполняет слуховой проход и внешне напоминает полип. При распространении церуминомы в сторону барабанной перепонки может развиваться хронический гнойный средний отит с кариезом кости и холестеатомой.

Цилиндрому (тюрбанную опухоль) обнаружили у больной 82 лет. В последние полгода отмечала быстрый рост новообразования наружного слухового прохода. Своевременная диагностика и хирургическое лечение привели к полному излечению больной.

Среди опухолей из мезенхимы ангиомы и ангиофибромы диагностированы нами у 5 больных. У 3 больных новообразования локализовались в хрящевом отделе наружного слухового прохода, у 2 — в области ушной раковины. У одного новообразование развилось после травмы ушной раковины. После небольших травм все опухоли были склонны к кровоточивости. Опухоли удалены в пределах здоровых тканей. При контрольных осмотрах в течение 3—5 лет рецидива заболевания не отмечено.

Под нашим наблюдением находились 3 человека с фибромой в мочке уха. У одной женщины фиброма развилась после прокола иглой мочки уха для

ношения серег, у второго больного — после удаления невуса, у третьего — без видимых причин. Опухоли рецидивировали, иногда многократно, и требовали оперативного лечения.

У 5 пациентов были келоиды мочки уха. У 3 больных келоид возник через 0,5—2 года после проколов (в стерильных условиях) мочки уха для ношения серег, у 2 — через 1—1,5 года после резаной раны уха. Во всех случаях в мочке уха появлялось уплотнение (от 1 до 3 см), которое постепенно увеличивалось и превращалось в бугристое плотное безболезненное образование неправильной формы, без четких границ. Иногда оно было множественным. Лечение келоидов хирургическое.

Остеомы диагностированы у 3 больных. Все три новообразования были удалены эндаурально.

К наиболее частым новообразованиям уха относятся невусы. Они бывают различных видов — пигментными, беспигментными, папилломатозными и др. Врожденные невусы почти не озлокачествляются, приобретенные же могут подвергаться злокачественному перерождению. Ускорению роста, изменению окраски, появлению болезненности можно считать первыми признаками малигнизации.

Дермальный невус выявлен нами у 9 больных. Опухоль локализовалась чаще всего у входа в наружный слуховой проход в перепончато-хрящевом отделе. Новообразования были удалены эндаурально в пределах здоровых тканей.

Под нашим наблюдением в течение ряда лет находился больной В., 32 лет, с невриномой слухового прохода. 9 лет назад у него впервые была удалена невринома наружного слухового прохода, которая располагалась на передней стенке в хрящевом отделе. В 1983 г. возник рецидив опухоли, и было произведено ее удаление. Гистологический диагноз — невринома. По нашему мнению, причиной рецидива невриномы наружного слухового прохода могло быть неполное удаление опухоли при первой операции.

Наш опыт показывает, что опухоли уха являются редкой патологией, мало знакомой врачам общего профиля. Несвоевременное их лечение приводит к понижению слуха, нагноению, а в ряде случаев и к смерти больного. Обнаружение новообразований при диспансерных осмотрах населения на ранних этапах их развития позволяет провести своевременное хирургическое вмешательство без значительно разрушения окружающих тканей и сохранить слух.

УДК 616.248—056.43—022.7—085.846—032:611.91

Д. И. Тарасов, И. Б. Шеврыгин (Москва). Электролечение больных хроническим гнойным гайморитом

В условиях стационара проведено лечение 85 больных хроническим гнойным гайморитом в возрасте от 8 до 16 лет. Длительность заболевания — от 5 мес до 12 лет.

Больные были разделены на 3 группы, идентичные по полу и возрасту. В 1-ю вошли 33 пациента, которым проводили курс воздействия дециметровыми волнами на функциональноактивный комплекс «грудина — вилочковая железа». Излучатель от аппарата «Ромашка» располагали контактно, ежедневно меняя локализацию — то на правую, то на левую нагрудные области. Доза — 60 мВт/см², продолжительность — 10 мин (курс — 12 процедур). 31 больной 2-й группы получал лечение дециметровыми волнами локально — на верхнечелюстные пазухи. Цилиндрический излучатель от