

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 паракератоза, 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 вторым 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 ангиофибром 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/см<sup>2</sup>, продолжительность — 10 мин (курс — 12 процедур). 31 больной 2-й группы получал лечение дециметровыми волнами локально — на верхнечелюстные пазухи. Цилиндрический излучатель от

аппарата «Ромашка» располагали контактно на верхнечелюстные пазухи — один день на левую, следующий — на правую. Параметры процедур аналогично применены у больных 1-й группы.

21 больного 3-й группы лечили электрическим полем УВЧ с частотой 27,12 МГц, генерируемым аппаратом «Термоpulse-700». Конденсаторные пластины диаметром 13 см устанавливали во фронтально-затылочном положении с зазором по 3 см с каждой стороны. Использовали слаботепловую дозу (первые 3 ступени). Последовательность процедур УВЧ-терапии была такой же, как в 1 и 2-й группах.

Лечение дециметровыми волнами и электрическим полем УВЧ больные переносили хорошо.

В конце курса лечения у больных 1-й группы констатирована положительная динамика изучаемых показателей: жалоб не было у всех 33 больных, при микрориноскопии не выявлено признаков хронического гнойного воспаления у 31 больного, показатели ольфактометрии нормализовались у 31, ринопневмометрии — у 33, термометрии — у 31, рН содержимого пазух и носового секрета изменилось в сторону нормализации у 29. У всех пациентов исчез гной при контрольных пункциях. Больные были переведены на поддерживающую терапию с отменой антибиотиков, антигистаминных препаратов и других сильнодействующих медика-

ментов. Количество лечебных пункций верхнечелюстных пазух удалось сократить до 2—3, а средний койко-день — в 2,9 раза.

После окончания локального применения дециметровых волн на верхнечелюстные пазухи у всех больных 2-й группы жалоб также не было, показатели микрориноскопии, нормализовались у 29, ольфактометрии — у 30, ринопневмометрии — у 31, термометрии — у 31, рН носового секрета и содержимого пазух снизились у 29. Гноя при контрольных пункциях не было у 30. 17 больных перевели на поддерживающую терапию. Общее количество пункций было сокращено до 3—4, средний койко-день — в 2 раза.

У больных 3-й группы жалоб также не отмечалось: данные микрориноскопии нормализовались у 19, ольфактометрии — у 20, ринопневмометрии — у 21, термометрии — у 19; изменение соотношения кислотно-щелочного равновесия содержимого пазух и носового секрета констатировано у 19 больных. Среднее количество пункций удалось сократить до 2-7, средний койко-день — в 2,7 раза. Все больные 3-й группы получали поддерживающую терапию.

Таким образом, можно сделать вывод об эффективности применения электрических и электромагнитных полей при лечении хронического гнойного гайморита.

## СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА

УДК 616—053.2:614.88

### МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

*Р. А. Закирова, М. В. Белогорская*

*Кафедра детских болезней лечебного факультета (зав. — проф. Е. В. Белогорская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, станция скорой и неотложной медицинской помощи (главврач — Е. Е. Ефремов), Казань*

Целью исследования являлось изучение медико-социальных аспектов обращаемости за скорой медицинской помощью детям путем изучения каждого случая вызова. Результаты работы предназначены для рациональной организации службы скорой медицинской помощи детям, определения профиля и оснащения бригад.

Нами проведен анализ 331 вызова педиатрической бригады скорой медицинской помощи к детям в возрасте до 7 лет. В 75% случаев медицинская помощь требовалась детям раннего возраста (в 40% — детям до 1 года, в 35% — от 1 года до 3 лет), в 25% — заболевшим от 3 до 7 лет. Заболевания органов дыхания диагностированы у 68,2% детей, отравления и несчастные случаи — у 10,3%, хирургическая патология — у 8,2%, дисфункция желудочно-кишечного тракта — у 4,2%, инфекционные болезни — у 8,3%, прочие заболевания — у 0,8%.

У большинства детей (62,8%) с заболеваниями органов дыхания было ОРЗ, причем в основном у организованных (78,8%). Детские инфекционные заболевания (корь, скарлатина, ветряная оспа, эпидемический

паротит) отмечались также у организованных детей. Преобладание числа организованных детей с ОРЗ объясняется большой частотой заболеваний дыхательных путей в раннем возрасте в результате контактов в семье с больными родителями или другими детьми, посещающими детские учреждения. Среди заболевших 57,7% составляли мальчики, 42,3% — девочки, однако с дисфункцией желудочно-кишечного тракта девочек было больше (62,5%).

Подавляющее количество вызовов к детям поступало в первые часы и сутки от начала их заболевания, особенно при неотложных состояниях: отравлениях и несчастных случаях (64,5%), острой хирургической патологии (89,8%). Большинство родителей детей больных пневмонией (89,4%), бронхитом (88,4%), ОРЗ (53,3%) обращались за скорой медицинской помощью через 2—3 дня и позже от начала болезни, чаще после безуспешного амбулаторного лечения. В 66,2% случаев вызовы поступали поздним вечером и ночью, когда поликлинические отделения не работали. По экстренным случаям были 25,3% обращений, из-за неудов-