

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 — 5×6 , левого — 4×5 . 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 клостилбегитом.

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).
Аплопластика 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 6×8 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 8×10 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