

лась. Заболевание прогрессировало — нарастала мышечная слабость, прекратилась менструация, появились стрии, артериальное давление было высоким. Проведен курс рентгенотерапии на область гипоплазии с двух полей суммарной дозой 1109 мКл/кг. Улучшения не наступило, из-за мышечной слабости больная не могла без постоянной помощи подняться с постели. В суточной моче: 17-ОКС свободные — 0,88 мкмоль/сут, суммарные — 20,4 мкмоль/сут, 17-КС — 67,9 мкмоль/сут. Проба с дексаметазоном: 17-ОКС свободные — 0,61 мкмоль/сут; суммарные — 15,2 мкмоль/сут, 17-КС — 55,5 мкмоль/сут. Содержание калия плазмы — 4,9 ммоль/л, натрия — 137,7 ммоль/л, глюкозы — 6,1 ммоль/л.

21.09.1975 г. была произведена правосторонняя тотальная адреналэктомия, однако симптомы заболевания прогрессировали. Тем не менее больная отказывалась от удаления оставшегося надпочечника. Лишь 19.04.1976 г. были выполнены левосторонняя тотальная адреналэктомия и имплантация 4 кусочков коры надпочечника по 1—2 г в подкожную клетчатку поясничной области. При гистологическом исследовании была выявлена гиперплазия коры надпочечников. Еще до выписки из стационара у больной появилась менструация, снизилось АД, уменьшилась масса тела. До 1978 г. больная принимала в сутки 10 мг преднизолона, периодически проводили подсаду ДОКА по 100 мг. В 1979 г. у нее была выявлена язва двенадцатиперстной кишки, которая после лечения зарубцевалась. После этого больной был назначен кортизон по 25 мг в сутки. Этой же весной дополнительно принимает 5 мг преднизолона (в стрессовых ситуациях дозу гормонов увеличивает). Является инвалидом II группы, но по договору дома выполняет чертежные и канцелярскую работы, делает все по дому. В марте 1990 г. уровень глюкозы крови — 3,9 ммоль/л, холестерина — 4,2 ммоль/л. В суточной моче: 17-ОКС свободные — 0,77 мкмоль/сут, суммарные — 16,4 мкмоль/сут, 17-КС — 60,7 мкмоль/сут. Рентгенография черепа — турецкое седло обычной формы и размеров. Обызвестление.

Проведенное наблюдение демонстрирует хороший эффект двусторонней тотальной адреналэктомии с имплантацией надпочечника на отдаленных сроках после операции при болезни Иценко — Кушинга. В современных условиях, перенасыщенных стрессовыми ситуациями, трудоустройство таких больных представляет порой неразрешимую задачу.

УДК 616.34—007.43—053.2—031:611.957

Г. М. Мухаметзянов, В. Д. Никифоров, О. Н. Иванов, Ю. Г. Филиппов (Ленингорск, ТССР). Прямые паховые грыжи у детей

Как известно, прямой паховой называют такую грыжу, которая выпячивает брюшину в области медиальной паховой ямки и проникает в паховый канал вне семенного канатика через паховый промежуток. Она всегда является приобретенной.

Редкость грыж этого вида у детей и недостаточная настороженность детских хирургов к ней побудили нас поделиться собственными наблюдениями.

С 1980 по 1989 г. в нашем отделении произведено 667 грыжесечений. 5 (0,7%) операций было выполнено по поводу прямых грыж. У одного ребенка 2 лет с паховой эктопией яичка прямая грыжа сочеталась с косой. Четверо детей ранее

(от одного до 4 раз) подвергались оперативному лечению в других районах республики. Приводим наблюдения.

К., 9 лет, поступил в межрайонное отделение детской хирургии 14.08.1985 г. по поводу правосторонней пахово-мошоночной грыжи. В 2- и 4-месячном возрасте он был дважды прооперирован в связи с ущемленной паховой грыжей справа. Рецидив грыжи наступил через 7 и 10 дней. В 4 года ребенок был прооперирован вновь, рецидив отмечен через один мес. В данном случае многократные оперативные вмешательства привели к разрушению медиального отдела задней стенки пахового канала и образованию прямой грыжи.

15.09.1985 г. больного прооперировали в хирургическом отделении Ленингорской детской больницы. Под масочным наркозом после обработки операционного поля косым паховым доступом полностью вскрыли паховый канал. В проекции медиальной паховой ямки имелось грыжевое выпячивание; диаметр грыжевых ворот — около 5 см. По стенке грыжевого мешка с наружной стороны проходили элементы семенного канатика. После выделения элементов семенного канатика грыжевой мешок был вскрыт, его содержимым оказался тонкий кишечник. Грыжевой мешок изнутри ушили кисетным швом, отсекали. Произвели пластику задней стенки пахового канала по Бассини. Наступило выздоровление.

С., 12 лет, поступил в отделение 01.08.1988 г. по поводу левосторонней пахово-мошоночной грыжи. Впервые был прооперирован в 1979 г. в ЦРБ одного из прикрепленных районов. Через год наступил рецидив грыжи. После грыжеотсечения слева с пластикой задней стенки пахового канала, выполненного 02.08.1988 г., ребенок выздоровел.

Описанные нами прямые паховые грыжи были диагностированы интраоперационно. На операции привлекли к себе внимание большой размер грыжевых ворот, достигающих 5 см в диаметре, расположение грыжевого мешка внутри по отношению к семенному канатику, простота отделения последнего.

Таким образом, при прямых паховых грыжах у детей эффективно грыжесечение с пластикой задней стенки пахового канала по одному из известных способов.

УДК 617.586—001.6—089.8

А. Г. Хабибуллин (Бугульма, ТССР). Наружный подтаранный вывих стопы с интерпозицией сухожилия задней большеберцовой мышцы

Поскольку в доступной литературе мы не встретили ни одного описания невраimbного подтаранного вывиха стопы, у которого препятствием к вправлению являлось сухожилие задней большеберцовой мышцы, считаем целесообразным привести одно из наших наблюдений.

Ф., 28 лет, упал на работе с высоты 2 м на правую стопу, резко подвернув ее кнутри. Самостоятельно подняться не смог. Доставлен в травматологическое отделение машины скорой помощи через 45 мин с момента получения травмы в транспортной иммобилизационной шине Крамера.

Жалобы на боли в правой стопе, невозможность передвижения с нагрузкой на ногу.

При осмотре: область правого голеностопного сустава отека, отчетливо распространяется на стопу. Стопа резко деформирована, сдвинута кнаружи и находится в положении вальгуса. Внутренняя лодыжка выступает, кожа над ней

натянута, багрового цвета, с раной ($0,5 \times 0,5$ см), имеющей неровные края. Наружная лодыжка контурируется нечетко. С внутренней стороны стопы прощупывается головка таранной кости, а с наружной стороны и слегка книзу — ладьевидная кость. Тщательную пальпацию произвести не удалось из-за резкой болезненности. Движения в голеностопном суставе отсутствовали. Функция стопы полностью расстроена. Рентгенологически определялось нарушение суставных связей в таранно-ладьевидном и таранно-пяточном сочленениях; стопа вывихнута под таранной костью наружу в подошвенную сторону и кзади.

Под внутривенным наркозом в положении больного на спине произведена попытка вправления вывиха по следующей методике. Зафиксировав стопу обеими руками, постепенно придали положение крайнего отведения, пронации и небольшой флексии, после этого произвели тракцию и подавление на стопу снаружи кнутри при ее супинации и приведении. Повторная попытка после неудачи была предпринята по несколько измененной методике — резкая дорзальная флексия стопы. Поскольку вывих нельзя было вправить бескровно, больному осуществили открытое вправление.

После разреза над выступающей головкой длиной 10 см было обнаружено, что повреждены связки таранно-ладьевидного сустава, сухожилие задней большеберцовой мышцы вышло из нормального положения у дистального края большеберцовой кости, прошло над медиальной и передней поверхностями большеберцовой кости и, проскользнув над головкой таранной кости, легло латерально по отношению к ее шейке.

Вывих правой стопы после устранения интерпозиции был вправлен без особого труда. Рана послойно ушита, наложена гипсовая повязка «сапожок».

Контрольные рентгеновские снимки после открытого вправления показали, что соотношения суставных поверхностей восстановлены.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, частичная нагрузка была разрешена через 4 нед, полная — через 6 нед. Гипсовая повязка снята через 8 недель.

При обследовании через 3 мес мужчина жаловался на периодические боли при перемене погоды и длительной ходьбе. Стопа не деформирована, слегка отечна, своды ее сохранены; движения в голеностопном суставе, супинация и пронация стопы — в пределах нормы.

УДК 618.318—073.48

И. А. Бахтияров, Л. И. Мальцева (Казань). Значение ультразвукового исследования в диагностике брюшной беременности*

Установить брюшную беременность по данным клинического обследования в ряде случаев весьма затруднительно. Ведущая роль в диагностике данной патологии может принадлежать ультразвуковой эхографии.

Приводим наше наблюдение, подтверждающее ценность УЗИ в диагностике доношенной брюшной беременности.

Д., 28 лет, поступила в акушерскую клинику ГИДУВа 04.04.1989 г. В анамнезе: корь, скарлатина, хронический бронхит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Перенесла аппендэктом

мию в 1978 г. Гинекологические заболевания: левосторонний аднексит, первичное бесплодие в течение 7 лет. Менструации с 12 лет, через 28 дней, по 7 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 07.08.1988 г. На учет в женской консультации взята в 5—6 нед беременности. Посетила женскую консультацию 11 раз.

С первых месяцев беременности беспокоили упорные запоры. Во второй половине беременности была выявлена анемия. В периоде наблюдения врачом женской консультации на УЗИ не направлялась.

При поступлении в клинику состояние женщины удовлетворительное. Жалуются на постоянные боли по всему животу, появившиеся в течение последнего месяца и усилившиеся в женской консультации во время определения положения плода и его предлежащей части; беспокоит вздутие живота. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 70 уд. в 1 мин, АД — 14,7/10,0 кПа. Кожные покровы, видимые слизистые — несколько бледноватой окраски. Частота дыхания — 18 в 1 мин. Рост — 164 см. Масса тела — 67 кг. Размеры таза — 26—29—31—20 см.

Живот увеличен в объеме, слегка распластан. При пальпации живота женщина ощущала болезненность. Мышцы передней брюшной стенки несколько напряжены. Окружность живота — 99 см. Контуры матки не определялись. Нечетко контурировалась тугоэластической консистенции образование, в котором находился плод в продольном положении, головном предлежании. Расстояние от лона до верхнего полюса образования — 33 см. Сердцебиение плода ритмичное, до 136 в 1 мин, несколько приглушенное.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка матки не достигается, задний свод выпячен предлежащей головкой.

Была заподозрена брюшная беременность. С целью уточнения диагноза произведено УЗИ.

Данные эхографии: положение плода продольное. Предлежит головка. Контуры головки нечеткие. Первая позиция. Передний вид. Сердцебиение плода — до 136 в 1 мин. Под передней брюшной стенкой контурируется матка ($120 \times 55 \times 90$ мм) с четкими контурами, резко смещенная вверх. Сзади от матки находится плацента. Ее изображение и место прикрепления отчетливо не визуализируются.

Предварительный диагноз: брюшная беременность в 38 нед. Анемия беременной.

Произведена срочная лапаротомия. Срединным разрезом от лона до пупка послойно вскрыта брюшная полость. К ране предлежала матка, увеличенная до 10 нед беременности. В брюшной полости выявлено небольшое количество мутного выпота. За маткой, заполняя всю брюшную полость, располагалось плодоемстилице. Плод имел продольное положение. Головка находилась в маточно-прямокишечном углублении полости малого таза. Плацента прикреплялась в основном к заднему листку левой широкой связки, частично — к левой подвешивающей связке яичника и левой маточной трубе. Левый яичник визуально не определялся. Правая труба и правый яичник — в спайках. Плодный пузырь вскрыт. Излились светлые околоплодные воды в небольшом количестве. Извлечен живой плод женского пола, без видимых уродств, незрелый, с нутгум обвитием пуповины вокруг шеи (масса тела — 2800 г, длина — 49 см) с оценкой по шкале Апгар в 3 балла, что объяснялось пониженной функцией плаценты из-за патологического места ее при-

*Должено на заседании научного общества акушеров-гинекологов г. Казани в июне 1989 г.