

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 контурировалось 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. Средним 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 плодовместилище. 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.

крепления, хронической внутриутробной гипоксией и незрелостью плода; через 5 мин — 6 баллов. Плацента отделена от заднего листа широкой связки и удалена со всеми оболочками, левой маточной трубой и яйчником. Брюшная полость ушита наглухо.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Женщина выписана на 11-й день после операции в удовлетворительном состоянии.

Ребенок был переведен в детскую больницу с диагнозом: состояние после асфиксии. Аспирационный синдром. Выписан через месяц в удовлетворительном состоянии.

18.214.618.146—008.64—089.84

Л. А. Куракина (Нижекамск, ТССР). Опыт лечения истмико-цервикальной недостаточности во время беременности

Борьба с невынашиванием беременности до настоящего времени не теряет своей актуальности. Одной из причин указанной патологии является истмико-цервикальная недостаточность. Существует много методов ее лечения, однако они сложные и травматичны для шейки матки.

С 1972 г. мы применяем довольно простой и доступный метод наложения П-образного шва на шейку матки. Сущность операции заключается в следующем: шейку матки обнажаем с помощью влагалищных зеркал. Пулевыми шпильками фиксируем ее к передней и задней губе отдельно. Обнажаем левый боковой свод, оттягивая шейку матки влево. На границе перехода слизистой бокового свода на расстоянии 0,5—1 см от края сзади наперед прокалываем всю толщу шейки матки иглой со сдвоенной лавсановой или капроновой нитью. Затем обнажаем правый боковой свод и аналогично делаем вкол спереди назад. Концы нити завязываем в заднем своде. Беременной предписываем строгий постельный режим с приподнятым тазом, а также назначаем спазмолитики. Осмотр в зеркалах проводим через 3 сут. При отсутствии угрозы выкидыша и хорошем состоянии шва разрешаем беременной ходить.

По предлагаемому нами методу шов можно накладывать при небольшом пролабировании плодного пузыря, который в момент операции тупфром направляют до уровня нужного захвата шейки матки.

Были проанализированы случаи наложения П-образных швов по указанному выше методу за 1987—1988 г. у 20 беременных. По возрасту женщины распределялись следующим образом: от 20 до 30 лет — 9, от 31 до 40 — 11. У 4 женщин был один выкидыш, у 5 — 2, у 3 — 3, у 2 — 4, у 2 — 5, у 2 — 6, у 2 — 8. У 9 беременных были одни роды, у 2 — 7 женщин не рожали; у 2 — были преждевременные роды. После наложения шва 4 беременным потребовалась повторная госпитализация. 11 из 20 беременных родоразрешились в срок, в том числе 2 женщины путем кесарева сечения. Преждевременных родов было 2, поздних выкидышей — 2. Из-под наблюдения выбыли 3 женщины после выдачи им декретного отпуска в связи с переменной места жительства.

Таким образом, хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности во время беременности методом наложения одного П-образного шва на шейку матки достаточно эффективно. Операция технически проста, доступна широкому кругу практических врачей и не оказывает отрицательного влияния на состояние здоровья матери и плода. При неосложненном

течении шов снимают после 35—37 нед беременности. Метод можно рекомендовать для широкой практики.

УДК 616.832—004.2:616.155.34—092

Ю. А. Афанасьев (Казань). Участие полиморфно-ядерных нейтрофилов в механизмах формирования патологического процесса при рассеянном склерозе

Целью нашего исследования являлось изучение активности ряда ферментов и содержания неферментных катионных белков в полиморфно-ядерных нейтрофилах (ПМН) периферической крови у больных рассеянным склерозом.

Под нашим наблюдением находились 130 больных рассеянным склерозом (47 мужчин и 83 женщин). У 48 из них была фаза обострения, у 72 — фаза ремиссии, у 10 — III стадия заболевания. Рассеянный склероз диагностировали на основании общепринятых диагностических критериев. Контрольная группа состояла из 28 здоровых людей.

Анализ показал, что цитохимическая характеристика ПМН в значительной степени зависит от фазы патологического процесса. Так, у больных в состоянии ремиссии показатели активности кислой фосфатазы (КФ), пероксидазы (ПР), хлорацетат-АС-Д-эстеразы (ХААСДЭ) не отличались от нормы. Активность щелочной фосфатазы (ЩФ) была умеренно повышенной — $65,5 \pm 2,2$ ед. (норма — $54,6 \pm 4,0$; $P < 0,02$), а средний цитохимический коэффициент (СЦК) катионных белков (КБ) — слегка сниженным.

Во время обострения в ПМН имело место резкое и существенное возрастание активности изучаемых ферментов в сравнении с нормой и показателями больных в фазе ремиссии. Содержание в клетках КБ было еще меньшим, чем в ремиссии.

В зависимости от продолжительности заболевания больные были разделены на 3 группы. 1-ю группу (16 чел.) составили больные с длительностью заболевания до 2 лет, 2-ю (25) — от 2 до 5 лет, 3-ю (41) — свыше 5 лет. Анализ цитохимических показателей нейтрофилов у больных этих групп во время обострения показал достоверное возрастание активности ПФ и КФ по сравнению с нормой. Длительность заболевания на активности ПР не отражалась.

Более низкой по сравнению с нормой оказалась активность ХААСДЭ только у больных 1-й группы ($P < 0,02$), во 2 и 3-й группах она не отличалась от контроля. Содержание КБ во время обострения было уменьшено во всех группах, наиболее низким оно оказалось у больных 1-й группы по сравнению с этими же показателями у больных 2 и 3-й групп (соответственно $P < 0,001$ и $P > 0,5$). Однако только у больных 1 и 3-й групп оно достигало статистически значимого различия с контролем. Активность ХААСДЭ у больных 1-й группы во время обострения была достоверно выше, чем у лиц с большей длительностью патологического процесса в той же фазе. В фазе ремиссии у больных 1-й группы и у здоровых были отличия лишь между двумя показателями, в частности между активностью ЩФ и КБ.

Мы не обнаружили зависимости изучаемых показателей от возраста больных. Во всех возрастных группах (до 20 лет, от 21 до 30 лет и старше) происходили однотипные, связанные с фазой болезни изменения в характеристике активности ферментов: возрастание активности ЩФ и КФ и снижение СЦК КБ.

Данные, полученные у больных рассеянным