

Предположено, что спонтанные переломы ребер являются, возможно, результатом резкого кашля у истощенной больной.

18.05.84 г. больная консультирована ортопедом-травматологом (проф. А. Л. Ла-тыповым), который сделал следующее заключение: на рентгенограммах от апреля—мая 1984 г. определяются зоны поперечной перестройки V—IX ребер справа и VI—IX — слева (зоны Лоозера), возникшие в результате неадекватно повышенной нагрузки на них. Патология костей связана с основным заболеванием.

При ретроспективном анализе рентгенограмм выяснилось, что первые изменения в двух правых ребрах были отмечены еще в январе; рентгенограммы от 04.04.84 г. показали аналогичную перестройку и в других ребрах. В связи с повторным формированием инфильтратов в легких и высокой эозинофилией антибиотики отменены. Назначение небольших доз преднизолона (15 мг в день) привело к нормализации СОЭ и количества эозинофилов в периферической крови. В дальнейшем инфильтраты в легких не появлялись.

Диагноз: хронический бронхит с бронхоспастическим компонентом и частыми обострениями. Диффузный пневмосклероз. Эозинофильные инфильтраты в легких. Перестройка V—IX ребер справа и VI—IX — слева.

При амбулаторном осмотре больной в октябре—ноябре 1984 г. — самочувствие удовлетворительное. В легких — жесткое дыхание, справа в подмышечной области — влажные хрипы.

Патологическая перестройка кости возникает в результате повышенной нагрузки на нормальную кость или обычной нагрузки на патологически измененную кость при несовершенном костеобразовании, гиперпаратиреоидной остеодистрофии, болезни Педжета, рахите, синдроме, остеопатии голодающих. Иногда причины остаются невыясненными. В основе анатомических изменений лежит последовательная смена некроза костной ткани репаративным процессом. Перестройка кости завершается, как правило, образованием нового вещества, благодаря чему восстанавливаются морфологические и функциональные свойства пораженной кости. Продолжительность клинического течения процесса перестройки кости — от нескольких месяцев до одного года и более.

УДК 616.832.9—007.43:611.711.7+618.2

А. С. Абрамчук, А. В. Чиркова, З. Я. Соболева (Устинов). Родоразрешение при передней крестцовой оболочечно-мозговой грыже

Образование передней крестцовой оболочечно-мозговой грыжи связано с западением тел позвонков. Грыжа заполнена церебральной жидкостью и обычно выступает через вентральный дефект в крестце. Диагностика вентрально-сакральной грыжи представляет собой большую трудность. Она не вызывает изменений в неврологическом статусе и чаще диагностируется как пресакральная дермоидная киста. Единственной жалобой больных является хронический запор.

Приводим наше наблюдение крестцовой оболочечно-мозговой грыжи в сочетании с беременностью.

С., 26 лет, находилась под наблюдением нейрохирурга в связи с наличием у нее описанной выше аномалии развития. Отец ее страдал запорами, умер в 46 лет на 8-е сутки после операции по поводу нагноившейся пресакральной дермоидной кисты, осложнившейся гнойным менингитом. На вскрытии была выявлена передняя крестцово-оболочечная мозговая грыжа, не распознанная при жизни, что обусловило ошибочную тактику хирургического вмешательства. С. с раннего детства также страдала запорами. Перенесенные заболевания: инфекционный гепатит, грипп, корь, ангина, артериальная гипотония, хронический фарингит, гиперплазия щитовидной железы II степени, искривление носовой перегородки.

С. среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания, несколько эйфорична. Кожные покровы и видимые слизистые — чистые, бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, непостоянно выслушивается систолический шум в области сердца. Пульс — от 78 до 86 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД — 133/80 кПа. Менструации начались с 14 лет, установились сразу, по 7—8 дней, через 30 дней, регулярные, обильные, болезненные. Половая жизнь с 23 лет, в первом браке. Передняя крестцовая оболочечно-мозговая грыжа была обнаружена через 2 мес от начала половой жизни при осмотре гинекологом.

При обследовании членов семьи подобная аномалия развития оказалась у младшего брата беременной, брата отца и двух его дочерей. Все они страдали запорами.

Первые две беременности у С. закончились самопроизвольными выкидышами на сроке 7—8 недель. Третья беременность в 7—8 нед также осложнилась угрозой прерывания и рвотой; лечилась в стационаре. В конце I триместра присоединились анемия и ринит. В течение всей беременности держались артериальная гипотония, отеки на ногах, субфебрилитет. С. жаловалась на боли и перебои в области сердца. Положение плода было стабильно косым, близким к поперечному, головка находилась в правой подвздошной области, спинка плода была обращена книзу. Дно матки в конце бере-

менности оставалось у мечевидного отростка. В конце беременности повторно перенесла острый катаральный риносинусит.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Уретра и бартолиновы железы — без патологических отклонений. Влагалище нерожавшей женщины, выполнено образованием мягкоэластической консистенции, безболезненным при пальпации. Осмотреть шейку матки при помощи зеркал мешает образование. Подойти к шейке матки можно только спереди одним пальцем и с трудом.

При ректальном исследовании было установлено, что прямая кишка смещена кпереди, между ней и крестцом пальпируется мягкоэластическое образование с ровными контурами, занимающее почти всю полость малого таза. Тело матки резко смещено опухолью кпереди и кверху, шейка матки элевирована, находится высоко на уровне верхнего края лонного сочленения. Весь малый таз занят тонкостенным флюктуирующим образованием мягкоэластической консистенции, безболезненным при пальпации, не спаянным со слизистой стенки влагалища, резко ограниченным в подвижности.

На рентгенограмме позвоночника определяются дефект тел IV и V крестцовых позвонков, расширение дистальных отделов крестцового канала.

На пневмомиеелограмме в малом тазу обнаружена шаровидная полость размера $16 \times 14 \times 15$ см, содержащая до 1 л жидкости. От уровня дефекта тел IV и V крестцовых позвонков расширен крестцовый канал, через который полость сообщается с субарахноидальным пространством. При перемене положения тела воздух свободно перемещается в желудочки головного мозга. Отмечена умеренная внутренняя гидроцефалия.

При ирриграфии установлено, что прямая кишка сужена в диаметре и значительно смещена влево и кпереди.

Во второй половине беременности диагностированы уменьшение полей зрения, незначительное расширение третьего желудочка мозга, легкая рассеянная неврологическая симптоматика.

В связи с отсутствием условий для родов через естественные родовые пути беременная родоразрешена путем абдоминального кесарева сечения в плановом порядке. Извлечен плод женского пола с массой тела 3750 г и длиной 55 см без видимых уродств; оценка по шкале Апгар — 9 баллов. Перед операцией была произведена спинномозговая пункция. Для создания возможности эвакуации ликвора (в целях исключения резкого колебания давления и предупреждения разрыва грыжевого мешка) через систему трубок игла была соединена с манометром, резервной емкостью со стерильной дистиллированной водой и системой сброса ликвора. Исходное давление ликвора было 5,5 кПа. После извлечения плода давление снизилось до 3,7 кПа, а к концу операции — до 2,9 кПа.

Во время операции под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом было отмечено, что передняя поверхность матки имеет выраженный сосудистый рисунок. Правый угол матки сглажен. Нижний сегмент матки не выражен, стенки матки очень тонкие. Наблюдалось многоводие (околоплодные вод было около 3 л).

Послеоперационный период и период новорожденности протекали без особенностей. Мать и ребенок выписаны на 13-е сутки.

Через 1,5 года женщина была оперирована повторно в плановом порядке в связи с очередной доношенной беременностью. Вновь наблюдалось косое положение плода (головка находилась в левом углу матки).

При повторной операции отмечено выраженное варикозное расширение венозных сосудов по левому ребру матки и в области нижнего сегмента. Исходное ликворное давление равнялось 2,6 кПа. При манипуляциях на матке оно повысилось до 3,7 кПа и после извлечения плода снизилось до 2,2 кПа. С помощью системы резервного управления давление было выровнено до 2,4 кПа, но продолжало колебаться от 2,3 до 3,1 кПа, установившись к концу операции на уровне 2,7 кПа.

Извлечена девочка массой тела 3850 г, оценка по шкале Апгар — 9—10 баллов. По просьбе женщины произведена стерилизация по Мадленеву. Послеоперационный период протекал без осложнений. Родильница и ребенок выписаны на 9-е сутки.

УДК 617.72—089.87:617.774

В. И. Дедуренко (Брежнев, ТАССР). Простой метод удаления ресниц из передней камеры глаза

После перенесенных проникающих ранений роговицы и корнеосклеральной области в передней камере глаза иногда находят ресницы, которые не были обнаружены и удалены во время первичной хирургической обработки раны. Их извлекают обычно пинцетом через лимбальный разрез с конъюнктивальным лоскутом. Техника данной операции сложна, так как манипулировать приходится в условиях опожившейся передней камеры глаза; кроме того, возможна потеря ресницы в строме радужки. Для проведения операции необходимы операционный микроскоп и микроинструментарий.

Мы хотим поделиться опытом более простого и менее травматичного способа