

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 смешена кпереди, между ней и крестцом пальпируется мягкое эластическое образование с ровными контурами, занимающее почти всю полость малого таза. Тело матки резко смешено опухолью кпереди и вверху, шейка матки элевирована, находится высоко на уровне верхнего края лонного сочленения. Весь малый таз занят тонкостенным флюктуирующим образованием мягкое эластической 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 пневмомиелограмме в малом тазу обнаружена шаровидная полость размерами $16 \times 14 \times 15$ 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 перемена положения тела воздух свободно перемещается в желудочки головного мозга. Отмечена умеренная внутренняя гидроцефалия.

При ирригографии установлено, что прямая кишка сужена в диаметре и значительно смешена влево и впереди.

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. Извлечены плод женского пола с массой тела 3750 г и длиной 55 см без видимых уродств; оценка по шкале Алгар — 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 слажен. Нижний сегмент матки не выражен, стенки матки очень тонкие. Наблюдалось многоводие (околоплодных 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 Аргар — 9—10 баллов. По просьбе женщины произведена стерилизация по Мадленеру. 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 опорожнившейся передней камеры глаза; кроме того, возможна потеря ресниц в строме радужки. Для проведения операции необходимы операционный микроскоп и микроИнструментарий.

Мы хотим поделиться опытом более простого и менее травматичного способа

удаления из передней камеры ресниц, лежащих на радужной оболочке. Операцию можно производить с помощью бинокулярной лупы. Микроинструментарий не требуется.

Техника операции. Обработка операционного поля и анестезия обычные. Глазное яблоко фиксируется лигатурой за соответствующую прямую мышцу. Перпендикулярно расположению ресницы в меридиане залегания делается сквозной разрез роговицы лезвием бритвы длиной 2 мм вне оптической зоны. В разрез вводится микрокрючок, изготовленный из тонкого проволочного мандрена с диаметром кривизны 1—1,5 мм, подводится под ресницу и извлекается вместе с последней. Наложения шва на разрез не требуется, так как роговичная рана хорошо адаптирована.

Приводим выписки из истории болезни двух больных.

Б., 24 лет, поступил в глазное отделение 15.06.84 г. с диагнозом: амагнитное инородное тело в передней камере правого глаза. Перенес корнеосклеральное ранение в 1977 г. При очередном диспансерном осмотре при биомикроскопии обнаружена ресница в передней камере. По описанной выше технике инородное тело удалено. Операция и послеоперационный период протекали гладко. Больной выписан на 8-е сутки. В области разреза остался маленький рубчик длиной 2 мм. Острота зрения не изменилась.

С., 30 лет, поступила в глазное отделение 10.01.85 г. с диагнозом: проникающее корнеосклеральное ранение правого глаза. Через 20 дней после стихания воспалительных явлений и рассасывания гифемы при биомикроскопии у лимба в меридиане 3 часов обнаружена ресница. Операция произведена тем же способом. Больная выписана на амбулаторное лечение через 7 дней после оперативного вмешательства. Функция глаза не изменилась.

Данные примеры показывают, что ресницы из передней камеры могут быть удалены через минимальный разрез роговицы с использованием бинокулярной лупы и описанного нами микрокрючка. Указанный метод не отражается на функциях глаза и сокращает срок пребывания больного в стационаре.

УДК 616.314—084:546.26

A. И. Заболотный (Казань). Фторопрофилактика кариеса зубов методом фонографии

Введение непосредственно в эмаль зубов ионов минеральных веществ (фтора, кальция, фосфора и др.) с целью повышения ее резистентности является признанным способом патогенетической профилактики кариеса.

Наши предварительные исследования показали, что с помощью ультразвука можно ввести фтора в зубы в 3 раза больше, чем методом аппликации, в результате этого существенно повышается кислотоустойчивость эмали.

Целью настоящей работы являлись разработка методики и оценка противокариозной эффективности ультрафонографии фторида натрия.

Под наблюдением находились 300 школьников 9—12 лет. Детям основной группы (100 чел.) фтор в зубы вводили с помощью ультразвука, 1-й контрольной (100) — методом аппликации; учащимся 2-й контрольной группы (100) флюоризацию зубов не проводили.

Все дети обучались гигиеническому уходу за полостью рта, эффективность которого контролировали по методу Федорова — Володкиной.

Ультрафонография фторида натрия выполняли следующим образом. Учащийся набирал в рот 1% раствор фторида натрия, затем в преддверье полости рта при сомкнутых зубах вводили источник ультразвука, обращенный излучающей поверхностью к зубам. Излучатель во время процедуры перемещали по поверхности верхних и нижних зубов. В первый раз интенсивность ультразвука была 0,2 Вт/см², время — 3 мин; в последующие сеансы ее повышали до 0,4 Вт/см² при 5 мин экспозиции. Процедуру вели в непрерывном режиме с помощью аппарата ЛОР-ЗА при частоте ультразвуковых колебаний 880 кГц. Флюоризацию зубов производили один раз в год во время очередной санации полости рта, ежедневно (всего 3 сеанса), через год — 2 сеанса.

Аппликационный способ введения фтора заключался в следующем: на очищен-

Влияние фторпрофилактики на кариес зубов у детей

Группы детей	Показатели					
	КПУ			прирост кариеса		
	исходные	через год	через 2 года	за 1-й год	за 2-й год	за 2 года
Основная	1,69±0,15	2,26±0,20	2,37±0,18	0,57±0,11	0,16±0,11	0,68±0,15
1-я контрольная	1,23±0,21	2,26±0,18	2,94±0,16	1,01±0,15	0,71±0,11	1,74±0,21
2-я контрольная	1,13±0,19	2,36±0,24	3,44±0,21	1,23±0,16	1,08±0,18	2,31±0,18