

19/V-59 г. б-ному сделана контрастная клизма. Весь толстый кишечник находится в левой половине брюшной полости. Слепая кишка расположена рядом с сигмовидной, восходящая идет параллельно нисходящей, поперечно-ободочная кишка небольших размеров, расположена в левой половине брюшной полости.

Поступила 23 июня 1959 г.

## ТРОМБОЗ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЛИЦА С ПЕРЕЛОМОМ КОСТЕЙ НОСА И ГЛАЗНИЦЫ

А. Ю. Ратнер

Медсанчасть № 1 г. Зеленодольска (главврач — Н. С. Зеликова) Татарской АССР

Тромбоз кавернозного синуса относится к редким и тяжелым заболеваниям. Обычно встречаются описания синустромбозов как осложнений гнойных процессов верхней губы, придаточных полостей носа, глазницы, одонтогенных процессов.

Заболевание протекает обычно с высокой температурой и септической картиной крови, хотя некоторые авторы описывают случаи так называемых «афебрильных» синустромбозов (А. А. Кантор, М. К. Елин). Особенно редко наблюдается синустромбоз после травмы. О. С. Никонова за 23 года наблюдала 90 случаев тромбоза кавернозного синуса, и лишь у одного он возник после травмы.

До применения пенициллина и сульфаниламидов эти больные, как правило, погибали.

Синустромбоз сопровождается головной болью, а иногда и затемнением сознания, резким отеком век и корня носа, экзофтальмом (обычно двусторонним), поражением глазодвигательного нерва. Часты невралгии верхней и средней ветвей тройничного нерва. Со стороны глазного дна нередко удается отметить расширение вен с отеком сетчатки. Основными осложнениями являются гнойный менингит, тромбоз других синусов, метастатические абсцессы.

Хирургическая обработка очага гнойной инфекции, массивная пенициллинотерапия в комбинации с другими антибиотиками и внутривенным введением глюкозы и уротропина дают, по свидетельству большинства авторов, удовлетворительные результаты.

Мы наблюдали больного с явлениями тромбоза кавернозного синуса, развившегося спустя 2 недели после обширной травмы носа с переломом носовых костей, глазничной поверхности лобной кости и левой височной кости.

Б-ной К., 47 лет, поступил 11/XII-57 г. с жалобами на головные боли и припухлость в окружности правого глаза. 23/XI упал с высокой лестницы, терял сознание, доставлен в хирургический стационар с обширными рвано-ушибленными ранами носа. Произведено ушивание ран. 25/XI больной выписан. 10/XII состояние ухудшилось. Появились сильные головные боли, преимущественно справа<sup>1</sup>.

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Справа птоз верхнего века, очень вялая реакция зрачков на свет и аккомодацию, слева — удовлетворительная. Резкий отек в окружности правого глаза. Хемоз конъюнктивы. Правосторонний экзофтальм. Болезненность в точках выхода первых двух ветвей V нерва справа. Парез нижней ветви правого лицевого нерва. Брюшные рефлексы  $d < s$ . Справа непостоянный симптом Бабинского. Менингеальные симптомы отсутствуют. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Глазное дно в пределах нормы. Температура при поступлении — 36,9°, на следующий день — 38,4°. РОЭ — 40 мм/час, лейкоцитов — 13 800. Формула крови в пределах нормы.

На рентгенограмме черепа определяются резкое понижение пневматизации правой гайморовой пазухи (возможно, выпот), трещины носовых костей в области глазничной поверхности левых лобной и височной костей. Выраженная деформация носовой перегородки и носовых ходов.

Назначены: пенициллин по 100 000 ед. 6 раз в день, биомидин по 100 000 ед. 5 раз в день, внутривенное вливание 40% раствора глюкозы по 20 мл в чередовании с раствором уротропина 40% по 5 мл.

На следующий день появились выраженная отечность в окружности левого глаза и основания носа, легкий экзофтальм слева. Диагностирован тромбоз кавернозного

<sup>1</sup> Ухудшение возникло в результате активизации раневой инфекции, поскольку не было произведено необходимой хирургической обработки раны и ее дренирования с применением антибиотиков. — Ред.

синуса. С 15/XII состояние б-ного стало улучшаться, температура пришла к норме. Постепенно указанные явления регрессировали, общее состояние улучшалось, сон и аппетит — удовлетворительные. РОЭ долго оставалась ускоренной: 52—48 мм/час.

Всего б-ной получил 10 млн. ед. пенициллина, 8 млн. ед. биомицина. 13/I-58 г. выписан в хорошем состоянии. Объективно определялись лишь легкая слабость нижней ветви правого лицевого нерва и намек на симптом Бабинского справа. РОЭ при выписке — 20 мм/час.

Таким образом, в нашем случае тромбоз кавернозного синуса возник после травмы, осложненной инфекцией в обширной ране, к тому же недостаточно обработанной. Легкая пирамидная недостаточность может быть объяснена контузией головного мозга.

Большой нами периодически наблюдается — работоспособен, состояние хорошее, жалоб не предъявляет.

## О ВЛИЯНИИ БЫСТРЫХ РОДОВ НА МАТЬ И НОВОРОЖДЕННОГО

Асс. Л. П. Кузьменко

Кафедра акушерства и гинекологии (и. о. зав.— доц. Я. Е. Кривицкий) Оренбургского  
медицинского института

Изучение быстро протекающих родов и их влияния на мать и новорожденного представляет большой интерес как для акушера, так и для педиатра.

Нами подвергнуто изучению 997 случаев быстрых родов. Они составили 24,35% по отношению ко всем родам, прошедшим в клинике за 1957—58 гг. При этом в оценке понятия быстрых родов принималась во внимание, главным образом, продолжительность периода изгнания, равная 5—30 мин.

Из 997 быстро родивших было первородящих 204 (20,46%) и повторнородящих — 793 (79,54%). Срочных родов было 949 (95,2%) и преждевременных — 48 (4,8%).

Период изгнания до 15 мин имели 60,08%; от 20 до 30 мин — 39,92%.

Травма родовых путей у матерей является наиболее частым последствием быстрых родов. Наибольшее число травматических повреждений родовых путей матери при быстрых родах приходится на первородящих. У них разрывы промежности имели место в 22%, то есть в 2 раза чаще, чем у повторнородящих — 9,58%. Число же разрывов промежности у повторнородящих при быстрых родах, по нашим данным, не отличается от количества их при нормальной продолжительности родов.

Перинеотомия по поводу угрожающего разрыва промежности у первородящих была произведена в 8,8% случаев, то есть в 8 раз чаще, чем у повторнородящих.

Разрывы шейки матки и влагалища значительно превышают средние нормы как у первородящих, так и у повторнородящих, однако наиболее высокого процента они достигают у первородящих. Так, разрывы шейки матки, на нашем материале, имели место в 2 раза чаще у первородящих — 14,2%, в сравнении с повторнородящими — 6,68%; а разрывы влагалища у них были в 3 раза чаще — 6,86% против 1,9%.

Процент кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах несколько выше у повторнородящих (8,32%), чем у первородящих (6,86%).

На 997 случаев быстрых родов не было случаев мертворождения. Однако быстрые роды часто оказывают неблагоприятное влияние на новорожденных. Так, случаи угрожающей асфиксии плода в родах встретились в 7,5%, общая ранняя детская смертность при быстрых родах составляла 0,6%, кефалогематомы имели место в 1,3%, переломы ключиц в 2,9%.

Быстрые роды в большей мере оказывают отрицательное влияние на недоношенных новорожденных. В частности, угрожающая асфиксия плода в родах среди недоношенных встретилась в 8,3%, а у доношенных — в 7,48%.

Ранняя детская смертность среди недоношенных новорожденных, на нашем материале, составляет 10,4%, а у доношенных 0,1%. Кефалогематомы и переломы ключиц нами отмечены только у доношенных новорожденных.

Для уменьшения отрицательного влияния быстрых родов на мать и плод необходимо регулировать родовую деятельность путем укладывания роженицы на бок, рекомендации глубокого дыхания во время потуг и применения различных болеутоляющих средств.

Поступила 15 июля 1959 г.