

но завязанными узлом на кольце аппарата Илизарова с помощью спиценонагивателя. Спицы максимально (в пределах длины отломка) удалены друг от друга. Их фиксируем и натягиваем в полукольцах аппарата Илизарова специальными винтами с продольно расположенным каналом в центре для спицы или приспособленным спиценонагивателем от аппарата Гудушаури, Волкова — Оганесяна. Для репозиции отломков в сагиттальной плоскости используем кронштейны со штангами, расположенными перпендикулярно оси голени, позволяющие смещать отломки относительно друг друга.

Применяемые нами двухмиллиметровые спицы при относительно небольшой длине (размер полуколец — 110—120 мм) свободно выдерживают осевую нагрузку и предотвращают смещение отломков по длине при косых, винтообразных и оскольчатых переломах. Достаточным условием, препятствующим смещению отломков в сагиттальной плоскости, является максимальное расстояние между спицами в пределах длины отломка при периодической поддержке напряжения спиц путем дозированного удаления или сближения крайних полуколец аппарата на штангах. Упоры на центральных спицах предохраняют отломки от смещения во фронтальной плоскости.

Описанным методом выполнен остеосинтез 16 взрослым больным с закрытыми диафизарными переломами костей голени. Дозированную нагрузку на поврежденную конечность начинали с первых суток с момента остеосинтеза, полную нагрузку разрешали через 4—6 нед с момента операции. Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила 25 дней. Средние сроки иммобилизации в аппарате с момента травмы — 88 дней, средняя продолжительность лечения до восстановления функции конечности у неработающих — 108 дней.

Нагноение мягких тканей вокруг спиц было отмечено у 2 больных: воспалительный процесс купирован обкалыванием мягких тканей растворами антибиотиков.

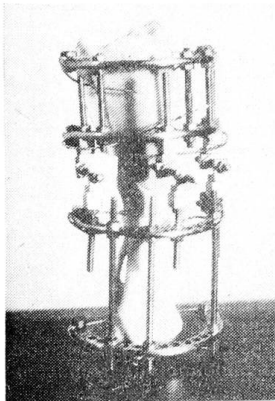
Приводим клинический пример.

М., 31 г., поступила в больницу скорой медицинской помощи с жалобами на боли, нарушение опорной функции правой нижней конечности. За час до поступления упала на правую голень. Общее состояние удовлетворительное. В нижней трети правой голени определяется патологическая деформация. На рентгенограмме — винтообразный перелом обеих костей правой голени в нижней трети со смещением отломков.

На следующий день после травмы под внутрикостной анестезией 0,5% раствором новокаина (100 мл) произведен по нашей методике чрескостный остеосинтез аппаратом внешней фиксации (см. рис.).

Дозированную нагрузку на правую голень осуществляли с первых дней после операции. Больная находилась в стационаре 21 день. Полная нагрузка в аппарате на правую голень была разрешена через 6 нед после остеосинтеза. Аппарат снят через 85 дней. Трудоспособность восстановлена через 102 дня: ходит с полной нагрузкой на правую голень, движения во всех суставах конечности в полном объеме.

Предложенный метод остеосинтеза костей голени технически прост, малотравматичен, не требует сложных методов обезболивания и длительной предоперационной подготовки, а ранняя репозиция отломков с их последующей стабильной фиксацией создает благоприятные условия для консолидации переломов.



УДК 618.318

#### Ф. М. Сабилов (Казань). Доношенная брюшная беременность.

Приводим случай брюшной беременности, представляющий практический интерес.

Ч., 33 лет, поступила в клинику 29.10.84 г. В 1979 г. перенесла аппендэктомию и тубэктомии по поводу внематочной беременности справа.

Менструации с 17 лет, через 4 нед по 7 дней. Половая жизнь с 22 лет. Были два самопроизвольных аборта и внематочная беременность. Последняя менструация отмечена 21.01.84 г. Госпитализирована во 2-й роддом 26.10.84 г.

При поступлении состояние тяжелое. Жалобы на общую слабость. После приема пищи — тошнота, рвота. Периодически кашель с кровавой мокротой. Боли в эпигастриальной области. Шевеления плода не чувствует уже в течение 7—10 дней. Бросается в глаза кахексия. До беременности масса тела была 57 кг, при поступлении в стационар — 47 кг. Кожа и видимые слизистые бледные. Дыхание учащенное. Пульс среднего наполнения — 110—120 уд. в 1 мин, ритмичный. Температура — 36,8°, АД — 18,6/10,8 кПа. Живот овоидной формы, напряжен. Создается впечатление, что в брюшной полости имеется свободная жидкость. Контуры матки четко не определяются. Над лоном пальпируется плотное образование величиной с голову новорожденного. Другие плотные образования выше пупка не имеют отчетливых границ; их точные размеры установить не удалось. Плод мертвый.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка полуконической формы, наружный зев закрыт, контуры матки не выявляются из-за напряжения передней брюшной стенки. Диагноз: беременность 39—40 нед. Внутриутробная смерть плода. Хорионэпителио-

ма матки? Беременность в сочетании со злокачественной опухолью яичника (дисгерминомом)? 29.10.84 г. больная переведена в гинекологическое отделение ГИДУВа.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости виден плод в тазовом предлежании. Биологические реакции на беременность отрицательные. При повторном влагалищном исследовании цервикальный канал пропустил с трудом один палец; над внутренним зевом определялась мягкая ткань (плацента?); выделения кровянистые.

Диагноз: маточная беременность 39—40 нед, внутриутробная смерть плода. Предлежащие плаценты или брюшная беременность?

Была произведена срочная лапаротомия. Срединным разрезом от лона и на два поперечных пальца выше пупка послойно вскрыта брюшная полость. К ране прилегалo плодное яйцо. Имелись сращения между плодными оболочками и париентальной брюшиной на всем протяжении их соприкосновения. Плодный пузырь был вскрыт. Выделилось около 300 мл мутной темно-коричневой жидкости с неприятным запахом. Извлечен мертвый мацерированный плод длиной 49 см и массой тела 2500 г. Плацента прикреплена к заднему листку широкой связки слева к левой трубе и верхней трети тела матки с врастанием в ее мышечную стенку (подтверждено гистологическим исследованием). Дефект стенки матки в месте прорастания ворсами хориона размером 4—5 см. Плацента удалена по частям. Плодные оболочки, прикрепленные к петлям кишечника, сальнику и париентальной брюшине, оставлены. Матка увеличена до 13—14 нед беременности. Правые придатки отсутствовали. Левый яичник замурован спайками, к нему прикреплены плодные оболочки. Произведена надвлагалищная ампутация матки с левой трубой. Брюшная полость дренирована резиновыми трубками через кольпотомное отверстие и переднюю брюшную стенку. Брюшная стенка зашита наглухо.

В послеоперационном периоде были назначены антибиотики в брюшную полость и внутримышечно, инфузионная терапия.

Выписана домой 28.12.84 г. на 61-й день после операции в удовлетворительном состоянии.

К сожалению, из-за истинного приращения плаценты у молодой женщины пришлось удалить матку. При своевременной операции возможно, удалось бы извлечь живого ребенка.

Описанное наблюдение подтверждает необходимость оснащения родовспомогательных учреждений современной диагностической аппаратурой. В данном случае при ее наличии можно было бы точнее и на более ранних сроках поставить правильный диагноз.

УДК 616—053.31—007

#### Е. В. Белогорская, Л. Я. Александрова, Р. А. Уразаев (Казань). Структура врожденных пороков развития у новорожденных

Проанализированы истории болезни 71 новорожденного с врожденными пороками развития по материалам детской клинической больницы за 1984—1985 гг.

В структуре заболеваемости новорожденных дети с аномалиями развития составили в 1984 г. 3,1% (24 ребенка из 764 больных за год), в 1985 г. — 6,6% (43 из 655 больных). Новорожденные с врожденными пороками были госпитализированы по поводу острых респираторных заболеваний и пневмоний (53) и натальной травмы центральной нервной системы (18). 80% детей поступили в больницу непосредственно из родильных домов, преимущественно на 2-й неделе жизни, 20% детей — с педиатрического участка. Доношенных новорожденных было 58, недоношенных — 13 (девочек — 30, мальчиков — 41).

Среди врожденных аномалий развития доминировали (31%) пороки сердечно-сосудистой системы (у 22). К ним были отнесены дефекты межжелудочковой перегородки, транспозиция магистральных сосудов, тетрада Фалло, незаращения боталлова протока и овального отверстия, стеноз устья аорты. Пороки центральной нервной системы (мозговые и спинномозговые грыжи, врожденные гидро- и микроцефалия) составляли 26,8% (у 19), опорно-двигательного аппарата (косопласть, полисиндактилия, синдактилия) — 21,1% (у 15), хромосомного происхождения (болезнь Дауна, синдром Эдвардса, синдром Потау, а также синдромы с неустановленным типом наследования — Видемана — Беквита и Пьера Робена) — 11,3% (у 8), органов пищеварения (пилоростеноз, атрезия желчевыводящих путей, муковисцидоз, расщелина верхней губы, твердого неба) — 9,9% (у 7).

У 55 (77,5%) больных пороки были изолированными и системными, у 16 (22,5%) — множественными. У 97,0% детей аномалии развития были отнесены к эмбриопатии, у 3% — к фетопатии.

При изучении возможных факторов риска возникновения врожденных пороков у новорожденных было выявлено, что у 22 (31%) женщин, родивших детей с аномалиями развития, был отягощенный акушерский анамнез (многочисленные аборты, выкидыши, мертворождения, гестозы). Среди них было 40 первородящих, 31 — повторнородящая. 14 (19,7%) женщин сталкивались с профессиональными вредностями на работе.

11 (15,5%) перенесли на ранних сроках беременности вирусную инфекцию: грипп (9) и инфекционный гепатит (2). У 9 (12,7%) возникла угроза прерывания беременности на ранних сроках, 2 (2,8%) страдали диабетом. У половины женщин имело место сочетание нескольких факторов риска.

Женщины, родившие детей с пороками развития, по возрасту распределялись следующим образом: до 20 лет было 3 (4,2%), от 20 до 25 — 27 (38%), от 25 до 30 — 23 (32,4%), от 30 до 35 — 11 (15,5%), старше 35 — 7 (9,9%). Следовательно, большинство женщин были