

ма матки? Беременность в сочетании со злокачественной опухолью яичника (дисгерминома)? 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 брюшина беременности?

Была произведена срочная лапаротомия. Срединным разрезом от лона и на два поперечных пальца выше пупка послойно вскрыта брюшная полость. К ране прилегло 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 ворсинами 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 аборт, 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

зрелого детородного возраста. Новорожденные с хромосомными aberrациями (болезнь Дауна, синдром Эдвардса, синдром Потау) родились у матерей в возрасте старше 35 лет.

Изучение летальности по отделению патологии новорожденных показало, что врожденные пороки развития занимают ведущее место в структуре летальных исходов: 40% они составили за 1984 г. и 42% — за 1985 г. У 53% умерших детей были пороки, несоместимые с жизнью (комбинированные пороки сердечно-сосудистой системы, мозговые грыжи), у половины они сочетались с хромосомными aberrациями или пороками опорно-двигательного аппарата. Летальные исходы чаще встречались у новорожденных мужского пола (у 60%).

УДК 617.7—007.681—073.178

**Р. А. Шамсутдинова, Н. Х. Хасанова, А. С. Семенова, Ф. Р. Галиаскарова (Казань).
Определение толерантного внутриглазного давления для диагностики и выбора тактики
лечения больных глаукомой**

Нередко в практике наблюдаются случаи, когда у больного ухудшаются зрительные функции (снижение остроты зрения, сужение поля зрения) при казалось бы нормальном внутриглазном давлении. Таким больным обычно назначают суточную и даже почасовую тонометрию для выявления подъемов внутриглазного давления в различное время суток. Но при этих исследованиях не всегда обнаруживается повышение внутриглазного давления выше нормы.

Для выяснения причин распада зрительных функций было решено проверить индивидуально переносимое (толерантное) внутриглазное давление. А. М. Водовозовым (1981) была разработана методика, сущность которой заключается в выявлении интенсивного снижения внутриглазного давления и степени восстановления функций сетчатки. Наибольшее внутриглазное давление, при котором было обнаружено максимальное повышение зрительной функции, автор предложил считать индивидуально переносимым — толерантным.

Эту методику мы использовали с целью дифференциальной диагностики глаукомы, глазной гипертензии и глаукомы с низким давлением (1-я группа больных), а также для выбора тактики лечения больных глаукомой (2-я группа больных). Толерантное давление исследовали на 109 глазах 100 больных (мужчин — 58, женщин — 42). У 21 (28 глаз) была заподозрена глаукома и у 79 (81 глаз) — открытоугольная глаукома. В возрасте 40—50 лет было 6 человек, от 50 до 70 — остальные.

Толерантное давление мы определяли в основном методом кампиметрии (у 63%) и периметрии (у 37%). У 78 больных удалось установить толерантное давление при приеме внутрь глицероаскорбата. В тех случаях, когда глицероаскорбат оказывался недостаточно эффективным, исследование через некоторое время повторяли и большой за полчаса до приема глицероаскорбата получал диакارب. Все исследования внутриглазного давления выполняли апланационным тонометром Маклакова. Толерантное внутриглазное давление колебалось от 1,99 до 2,93 кПа у 66,7% больных и от 2,93 до 3,32 кПа у 33,3%. Ни у одного из обследованных толерантное давление не превышало 3,32 кПа.

В группе больных с подозрением на глаукому толерантное давление определено у 21 больного (28 глаз). Это были пациенты, у которых обнаружены различные отклонения: внутриглазное давление выше нормы, дефекты поля зрения, изменения на глазном дне в виде вертикально-овальной экскавации диска зрительного нерва, расширение физиологической экскавации больше 0,6 ДР при нормальном внутриглазном давлении.

Данную группу больных по результатам исследований мы разделили на две подгруппы. В 1-й подгруппе повышение внутриглазного давления выше нормы до 3,99 кПа без нарушений зрительных функций и видимых изменений на глазном дне имелось у 10 больных (17 глаз). При определении толерантного внутриглазного давления методом кампиметрии размеры слепого пятна не изменились, внутриглазное давление снизилось незначительно. Поставлен диагноз «симптоматическая гипертензия», и миотики, ранее получаемые больными, были отменены.

Во 2-й подгруппе нормальное внутриглазное давление от 2,26 до 3,59 кПа с изменениями зрительных функций и диска зрительного нерва глаукомного характера было обнаружено у 11 больных (11 глаз). При определении толерантного давления кампиметрическим способом размеры слепого пятна уменьшились до нормы. Толерантное давление колебалось от 1,99 до 2,79 кПа. Среднее тонометрическое давление было равно 2,97±0,15 кПа, среднее толерантное давление — 2,27±0,10 кПа. Поставлен диагноз «глаукома с низким давлением», и больным данной подгруппы соответственно назначены миотики.

Толерантное давление было проверено также у 79 больных с открытоугольной глаукомой (81 глаз). Несмотря на снижение внутриглазного давления до среднестатистической нормы в результате приема миотиков, зрительные функции у них продолжали падать. У 24 пациентов (26 глаз) была начальная стадия глаукомы, у 36 (36 глаз) — развитая и у 19 (19 глаз) — далеко зашедшая.

Тонометрическое давление у этих больных колебалось от 2,79 до 3,59 кПа, подъемы внутриглазного давления до 4,26—4,39 кПа были единичными. Толерантное давление оказалось ниже этих значений — от 2,26 до 3,59 кПа, средний показатель — 2,78±0,04 кПа. Для предупреждения дальнейшего снижения зрительных функций 58 (73,4%) больным было проведено хирургическое лечение. Лишь 21 (26,6%) пациент от оперативного лечения временно воздержался по разным причинам. После операции внутриглазное давление снизилось до толерантного.