

Ingraham F. *Интраспинальные опухоли у детей*. Americ. Journ. of Surg. vol 39, № 2, 1938.

Сравнительная редкость опухолей спинномозгового канала у детей является отчасти следствием плохой диагностики. Раннее распознавание болезни у детей представляет большие трудности, так как сами дети не могут дать точных указаний, а родители иногда просматривают первые симптомы болезни. У взрослых опухоли рано проявляются болями, у детей же могут иметься значительные сдавления спинного мозга без сильных болей, привлекающих внимание.

Автор приводит 16 случаев опухолей спинного мозга у детей от 10 недель до 11 лет 3 мес., прошедших за 20 лет через детский госпиталь. Локализация опухолей: шейный отд.—7 сл., грудной отд.—7 сл., пояснич. отд.—2 сл. В анамнезе у 11 больных были жалобы на мышечную слабость, и только 5 чел. жаловались на боли. В 10 случаях цереброспинальная жидкость была изменена. Из 6 больных с злокачественной опухолью 5 умерли (из них один прожил после операции год, другой — 4½ года). В остальных случаях опухоли были доброкачественные. Непосредственно после операции результаты во всех случаях хорошие. Смерть сразу после операции наступила в одном случае, кроме этого умерло 8 человек в сроки от 1 мес. до 5 лет после операции. 7 пациентов находятся под наблюдением от 13 мес. до 10 лет, чувствуют себя хорошо. Ранняя диагностика обеспечивает хороший результат лечения. Для диагноза важно подробное неврологическое исследование, включая сюда и чувствительную сферу, даже и у маленьких детей. Необходимо также исследование цереброспинальной жидкости.

*Н. Герасимова.*

Frank R. *Остеомиелит в детском возрасте*. Americ. Journ. of Surg. vol 39, № 2, 1938.

Остеомиелит—одно из наиболее тяжелых заболеваний у детей. Лечение его недостаточно разработано, в связи с чем отмечается высокая смертность. Автор разбирает различные формы остеомиелита в отношении симптомов, патологии и лечения. Острый остеомиелит в возрасте до 2 лет проявляется внезапно; общее состояние больного тяжелое, замечают болезненную опухоль вблизи сустава, иногда бывает поражен сустав. При бактериологическом исследовании чаще обнаруживается стрептококк. Патологически (?) определяется некроз в метафизе, быстрое распространение к кортикальному слою и к периосту, затем локализованный абсцесс под кожей и фасцией. Секвестры образуются очень редко.

Рассматривая острый остеомиелит у детей в возрасте до двух лет не только как местный процесс, но как общее заболевание, характеризующееся уменьшением жидкости в тканях, автор предлагает в первую очередь проводить общее лечение. Когда образуется абсцесс, его вскрывают, гной удаляется, рана перевязывается и накладывается повязка. Перевязки делаются раз в неделю. Через 8—10 недель липкопластырная повязка удаляется. Перевязки раны продолжают раз в неделю. Этот метод лечения снизил смертность до 5%. У детей старше двух лет картина болезни та же, но здесь чаще, чем у детей младшего возраста находят стафилококки.

Жалобы детей более определены, они могут указать место заболевания. Рентгенограмма в первые 10—14 дней не дает указаний на процесс в костях, позднее можно обнаружить деструкцию.

Образуются как правило секвестры под периостом. Периост не перфорируется. Хронический остеомиелит может быть трех типов: склерозирующий, абсцесс Brodie и хронический, образовавшийся из острого.

При склерозирующем остеомиелите больные жалуются на постоянные сверлящие боли в конечности. Рентгенограмма показывает утолщение кортикального слоя в средней трети диафиза. Лечение может быть консервативное—покой и разгружающая шина и оперативное—разрез до периоста и просверливание отверстий в периосте до костномозговой полости.

Абсцесс Brodie проявляется перемежающейся болью в кости с присоединением синовита соседнего сустава. Синовит иногда бывает первым клиническим симптомом. На рентгенограмме некроз метафиза, который ограничивается обызвествленной оболочкой, иногда некроз может дойти до эпифиза и вскрыться в сустав. При бактериологическом исследовании иногда находят стафилококков.

Лечение в ранней стадии консервативное—покой и затем шина Томаса. В поздних стадиях применяется хирургическое лечение—удаление участка некроза, заполнение полости марлей с вазелином. Перевязки раз в неделю. При хроническом остеомиелите нижних конечностей рекомендуется ношение разгружающей шины в течение 2—3 лет. При остеомиелите позвоночника у детей особенно опасны те случаи, когда процесс локализуется в теле позвонка.

*Н. Герасимова.*