

ли разделены на 2 группы. К 1-й группе отнесен 21 больной с кровопотерей от 0,1 до 0,25 л. Во 2-ю группу включены 6 больных, у которых кровопотеря была от 0,85 до 2,6 л (у 2 больных — 0,85 л, еще у 2 — 1 л, у 1 больного — 2 л и у 1 — 2,6 л).

В ответ на операционную кровопотерю наблюдалась активация всех фаз гемостаза, ведущая к повышению коагулирующего потенциала крови (см. табл.). При этом количественные изменения некоторых факторов свертывания крови обнаруживали линейную зависимость от величины операционной кровопотери.

У больных 2-й гр. закономерно снижалось содержание фибриногена. Уменьшение концентрации последнего можно было бы отнести за счет кровопотери. Тем не менее мы не можем связывать снижение содержания фибриногена только с кровопотерей, так как последняя полностью восполнялась. Так, больным 1-й гр. перелито 0,361 л, больным 2-й гр. — 1,285 л при средней кровопотере 0,190 л и 1,385 л соответственно. По-видимому, уменьшение концентрации фибриногена обусловлено также и повышенным использованием его в процессе внутрисосудистой коагуляции, особенно при длительных и травматичных операциях, которым подверглись больные 2-й группы.

Уменьшение концентрации фибриногена, как правило, сопровождалось обнаружением в нем фракции Б, т. е. его качественными изменениями. В свою очередь выявление фракции Б фибриногена, по мнению ряда авторов, имеет диагностическое значение для целей своевременного выявления предтромботического состояния в послеоперационном периоде.

Как видно, в условиях оперативного вмешательства кровопотеря способствует развитию гиперкоагуляции.

УДК 615.843:617.7

**Н. А. Валимухаметова, Н. В. Федорова, заслуж. врач РСФСР**  
**В. А. Идиатова (Казань). Лечение диадинамическими токами заболеваний глаз**

В офтальмологической практике используются три вида диадинамических токов: двухтактный непрерывный, ток коротких периодов и ток длинных периодов, однако единая методика диадинамотерапии пока не разработана.

В настоящей сообщении представлены результаты применения диадинамических токов для снятия болевого синдрома и воспалительных явлений при различных заболеваниях глаз. Из 25 получавших диадинамотерапию больных 3 были в возрасте от 5 до 10 лет, 8 — от 11 до 20 лет, 7 — от 21 до 40 лет, 5 — от 41 до 60 лет и 2 — старше 60 лет. Флегмона слезного мешка диагностирована у 2 больных, аллергический конъюнктивит — у 1, химический ожог роговицы с иридоциклитом — у 2, иридоциклит при проникающем ранении глаза — у 9, эндофтальмит — у 2, иридоциклит экстракционной катаракты — у 3, воспаленные конъюнктивы и век после различных операций (дермоидная киста, птоз и т. п.) — у 4, герпетический кератоиридоциклит — у 2. Среди больных с проникающими ранениями глаз у 2 кроме иридоциклита была вторичная катаракта, у 2 — гемофтальм и у 2 — экссудат в стекловидном теле. У большинства пациентов заболевание сопровождалось болевым синдромом или неприятными ощущениями в больном глазу.

Лечение диадинамическим током чаще проводили в период, когда другое комплексное лечение уже не давало положительной динамики, реже — в сочетании с другими видами лечения.

Для диадинамотерапии использовали отечественный аппарат «СНИМ-1». Процедуры начинали с применения двухтактных непрерывных токов на 30 с, затем включали токи короткого периода на 150 с и (с 3-й процедуры) токи длинного периода на 390 с. Для предупреждения привыкания к току следует всегда менять полярность на обратную в пределах каждого вида тока. Один электрод устанавливали на глаз, другой — у внутреннего отдела брови или на височную область. Силу тока повышали постепенно с 0,5 до 2,5 мА до появления ощущения вибрации. 2—3 процедуры получили 5 больных, 4—5 процедур — 4, 6—10 процедур — 11, 11—15 процедур — 5.

Терапевтический эффект проявлялся быстро. Нередко уже после первой процедуры наступает анальгезирующий эффект, который держится 6—8 ч. У большинства больных после 2—3 процедур стихали боли, уменьшалась интенсивность блефароспазма, инъекции глазного яблока. Так, у Ф., 22 лет, у которого вследствие проникающего ранения обоих глаз, несмотря на усиленное комплексное лечение, были настолько упорные боли в левом глазу, что он не мог спать, уже после первого сеанса диадинамотерапии боли значительно ослабли, после второго исчезли, заметно уменьшились воспалительные явления. При перерывах в лечении воспалительные явления в глазу усиливались. Больной получил 10 сеансов диадинамотерапии, боли не возобновлялись.

У одного из двух больных с гемофтальмом диадинамотерапия привела к заметному просветлению стекловидного тела. Больной получил 15 сеансов. У 2 больных с кератоиридоциклитами после диадинамотерапии наступили положительные сдвиги: ускорилась эпителизация роговицы, стали рассасываться инфильтраты.

У 3 из 25 больных (с аллергическим конъюнктивитом, эндофтальмитом и флегмоной слезного мешка) диадинамотерапия не дала положительного эффекта. Ухудшения состояния глаз в процессе лечения описанным методом мы не наблюдали.

Диадинамотерапия показана при воспалительных заболеваниях переднего отдела глаза, особенно сопровождающихся болевыми ощущениями: кератитах и иридоциклитах различной этиологии, эписклеритах, склеритах и проникающих ранениях глаз. В острый период иридоциклитов диадинамотерапия повышает эффективность мидриатических и противовоспалительных средств. Больные всех возрастных групп хорошо переносят лечение.

УДК 616.76—002.2—089.8

**Е. П. Архипов, Г. И. Павлов, В. И. Устьянцев (Бугульма, ТАССР).  
Опыт лечения больных с хроническими бурситами**

Для лечения больных с хроническим бурситом коленного и локтевого суставов мы применяем модифицированный нами метод бурсотомии с вакуум-отсасыванием. Сущность его заключается в следующем. После обработки операционного поля спиртом и 5% раствором йода под местной новокаиновой анестезией делают пункцию бурсы толстой иглой, отсасывают синовиальную жидкость, полость бursы заполняют 2% раствором новокаина. В нижнем полюсе бursы делают разрез около 1 см длиной и через него ложечкой Фолькмана удаляют разрастания ворсин с синовиальной сумки и рисовидные тела. В очищенную полость бursы вставляют полихлорвиниловую трубку малого диаметра, другой конец которой соединен со сжатым баллончиком для клизмы. 2—3 узловыми швами зашивают рану, герметизируя полость, накладывают давящую повязку на 3 дня. Расправляясь, баллончик обеспечивает вакуум-отсос содержимого сумки. С 4-го дня вакуум-отсос заменяют давящей повязкой. После снятия швов пациент может быть выписан на работу.

Этим методом прооперировано 18 больных. Каких-либо осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Обследование через 6—12 мес показало полное излечение всех 18 чел. и отсутствие рецидивов.

Простота описанной операции, ее малая травматичность и высокая лечебная эффективность позволяют рекомендовать ее для лечения больных с хроническими бурситами как в амбулаторных условиях, так и стационарно.

УДК 618.595:616.711—053.31—02:616.833.24

**Г. М. Кушнир (Симферополь). Родовые повреждения позвоночника  
и межпозвоночных дисков и их роль в генезе раннего остеохондроза**

Нами исследованы препараты позвоночника 70 трупов мертворожденных и новорожденных, взятых без предварительного отбора, и проанализированы истории родов. Выявлена большая частота патологических отклонений в родах: 14 плодов родились в тазовом предлежании и 1 в лицевом; у 3 женщин применялись щипцы, у 2 — вакуум-экстракция и у 1 — бинт Вербова; у 4 женщин было сужение таза, у 8 — стремительные и быстрые роды, у 17 — первичная и вторичная слабость родовой деятельности, у 23 — преждевременное вскрытие околоплодного пузыря и длительный безводный период, у 16 — патология со стороны плаценты и пуповины; у 3 женщин роды осложнялись гидроцефалией плодов. В большинстве случаев эти патологические состояния комбинировались. По степени зрелости погибшие плоды и новорожденные распределялись следующим образом: недоношенных — 29, доношенных (с массой тела 2500—3499 г) — 21, переношенных (3,5 кг и более) — 20.

При макроскопическом изучении в 7 случаях обнаружены переломы позвонков или дисков на уровне С<sub>5</sub>—D<sub>2</sub>. В случае перелома тела позвонка открывалась эпифизарная, еще хрящевая, его часть. Перелом позвоночника сопровождался кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани. В ряде случаев повреждения были настолько грубыми, что выявлялся разрыв позвоночника с диастазом до 0,5 см, полный разрыв спинного мозга на шейном уровне. Значительно чаще перелом наблюдался при родах в тазовом предлежании, чем в головном (соответственно в 21% и 7%). Переломы отмечались преимущественно у плодов с большой массой тела (4 случая) и у недоношенных (3 случая). Массивные кровоизлияния в продольные связки, мягкие ткани, окружающие позвоночник, обнаружены у 25 обследованных, при этом в 76% они локализовались на шейном или шейном — верхнегрудном уровнях, преобладая у крупных плодов. Эпидуральные кровоизлияния обнаружены в 77% вскрытий, субдуральные — в 61%.

Микрокровоизлияния в тела позвонков встречались очень часто. В 37 случаях они были резко выражены (26 — на шейном уровне, 1 — на грудном, 10 — на поясничном). Особенно явным было преобладание кровоизлияний в шейный отдел при тазовом предлежании (в 93%), у глубоко недоношенных и у крупных плодов (80%).

В результате расстройства кровообращения геморрагического или ишемического характера нарушается трофика хрящевой части тел позвонков, в них возникают дистрофические и некротические изменения. Мы установили их на шейном уровне в 41 препарате, на грудном — в 14, на поясничном — в 23.

При микроскопическом исследовании межпозвоночных дисков в 8 случаях выявлены кровоизлияния в пульпозные ядра (см. рис. 1), в 39 случаях — геморрагии в