

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 бursы 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 межпозвонковых дисков и их роль в генезе раннего остеохондроза**

Нами исследованы препараты позвоночников 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, переносимых (3,5 кг и более) — 20.

При макроскопическом изучении в 7 случаях обнаружены переломы позвонков или дисков на уровне С₅—Д₂. 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 глубоконедоношенных 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 межпозвонковых дисков в 8 случаях выявлены кровоизлияния в пульпозные ядра (см. рис. 1), в 39 случаях — геморрагии в

фиброзное кольцо. В 29 вскрытиях обнаружены в пульпозных ядрах некротические изменения (см. рис. 2).

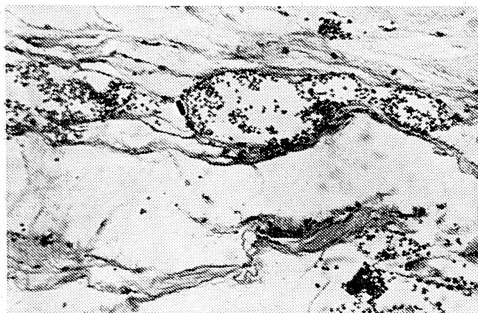


Рис. 1. Кровоизлияние и отек содержимого пульпозного ядра. Окраска гематоксилин-эозином. Ок. 10, об. 10. $\times 100$.



Рис. 2. Кровоизлияние и некротические изменения содержимого пульпозного ядра. Окраска по ван-Гизону. Ок. 10, об. 25. $\times 250$.

Наряду с натально обусловленными травматическими изменениями в позвоночнике констатированы в 19 случаях аномалии развития гиалинового хряща тел позвонков, в 2 случаях — аномалии фиброзного кольца и в 1 случае — пульпозного ядра. В 4 случаях это были дети из двоен, в 3 — дети с врожденными пороками развития; в 3 наблюдениях отмечена тяжелая нефропатия у матери. В 12 случаях установлена задержка развития нормального хряща в центрах костных тел позвонков, задержка развития костных тел позвонков.

УДК 617.559—006.2—053.2—089

Н. А. Герасимов, А. В. Акинфиев, Н. Н. Молчанов (Казань). Лечение тератом крестцово-копчиковой области у детей

В клинику детской хирургии за 12 лет поступило 17 детей с тератомами крестцово-копчиковой области — 12 девочек и 5 мальчиков. Таким образом, наши данные подтверждают наблюдения отдельных авторов о преимущественном возникновении тератом крестцово-копчиковой области у девочек. 8 детей госпитализированы в периоде новорожденности, 3 — до 2-месячного возраста, 1 — до 6 мес, 3 — до года и 2 — старше 1 года. Возраст матерей — от 16 до 39 лет. У 3 детей в направлении на листе было указание на отягощенный акушерский анамнез — большие размеры опухоли затрудняли роды; у 2 произошел разрыв оболочек с инфицированием кист тератом. 9 детей были от 1-й беременности, 2 — от 2-й, 2 — от 3-й и 1 ребенок — от 7-й беременности, у 3 матерей число беременностей не было установлено. Величина опухолей варьировала от 2×3 см до 25×20 см, вес их доходил до 1,4 кг. Относительно большие опухоли были кистозными, количество жидкости в них достигало 0,8 л. Один ребенок был недоношенным, остальные имели нормальную массу тела. У одного из больных имела врожденная аномалия мочевыводящей системы — подковообразная почка.

У 12 детей произведена обзорная рентгенография опухоли. На рентгенограммах определялась тень различной интенсивности с плотными включениями. У 11 детей для выяснения состояния тазовых органов проводили ирригографию. Этим методом обнаружено смещение опухолью толстой кишки кпереди.

С осложненной тератомой поступили 3 ребенка: 2 с разрывом оболочки и инфицированием кист и 1 — с острой задержкой мочи и частичной кишечной непроходимостью.

Только 2 из 17 больных не оперированы: один в связи с переездом родителей за пределы республики, другой — из-за общего тяжелого состояния. Операции проводили под эндотрахеальным наркозом. Радикальная операция заключалась в одномоментном удалении опухоли промежностным доступом. Исключение составила 1 больная, у которой проводили брюшно-промежностное удаление опухоли ввиду прорастания ее в малый таз. Приведем краткую выписку истории болезни.

Т., 1 мес, поступила в клинику 7/1 1969 г. Родилась с массой тела 3,8 кг. Была обнаружена опухоль размерами 10×7 см, которая стала увеличиваться. Девочка госпитализирована в связи с острой задержкой мочи и частичной кишечной непроходимостью. Опухоль оттесняет анальное отверстие и органы мочеполовой системы кпереди. Живот увеличен. Передняя брюшная стенка отечна. Мочевой пузырь переполнен, растянут, верхняя его граница выше пупка. Тонким металлическим катетером с трудом удалось выпустить 0,4 л мочи. Наложена эпицистостома. В последующем произведено брюшно-промежностное удаление тератомы.