

ства — лишь у единиц. Атрофия мышц рук констатирована более чем у половины обследованных, гипотония мышц рук — у 60%. Как правило, обнаруживалась арефлексия и гипорефлексия с рук (90%). Атрофия мышц ног не встречалась. Гипотония мышц ног отмечена крайне редко. Гипо- и арефлексия с нижних конечностей выявлена у единичных больных. Атрофия мышц туловища наблюдалась крайне редко. Чувствительность в области плечевого пояса и рук была нарушена в 100% наблюдений, а на ногах — у единичных больных. Трофические нарушения, среди которых встречались и такие, как гипергидроз одной половины лица, диагностированы в 30%. Хейромегалии и артропатии выявлены в 20%. У ряда больных заболевание осложнилось остеоартропатиями верхних конечностей, спонтанными отрывами сухожилий двуглавой мышцы плеча.

У многих больных имеются сопутствующие заболевания. Особенно часты хронические гастриты, колиты, язвенная болезнь, хронические заболевания легких (бронхиты, неспецифические пневмонии, туберкулез), что может быть связано с дистрофическими нарушениями внутренних органов.

Большинство обследованных проживает в селах со стабильным составом жителей; родители их происходили из одной местности, что может указывать на наличие единого генетического корня. Имеются семейные случаи заболевания: 2 сестры, мать и сын, 2 брата-близнеца. Однако семейные случаи заболевания синрингомиелией еще не доказывают наследственную природу этой болезни. Скорее есть основание полагать, что постоянное пребывание людей в определенной среде обитания, имеющей какой-то скрытый патогенетический фактор, способствует развитию заболевания сразу у нескольких членов семьи.

УДК 595.799:616.832—007—235

Б. Ю. Крупник (Казань). Опыт применения пчелоужалений при синрингомиелии

За 16 лет под нашим наблюдением находился 141 больной синрингомиелией. Апитерапия была применена у 67 из них, однако у 9 больных в связи с аллергическими реакциями курс лечения был прерван в самом начале. Обращают на себя внимание участвовавшие в последние годы аллергические реакции на ужаления пчел, в связи с чем нередко после проведения больному биопробы приходится отказываться от применения этого метода.

При отборе больных на апитерапию мы руководствовались инструкцией, утвержденной Ученым медицинским советом Министерства здравоохранения СССР от 10 марта 1959 г.

Из 58 больных, леченных ужалениями пчел (35 мужчин и 23 женщины в возрасте от 23 до 65 лет), у 26 давность заболевания была более 10 лет, у 15 — от 5 до 10 лет, у 12 — от 2 до 5 лет и у 5 — менее 2 лет. 25 человек ранее подвергались рентгенотерапии (от 1 до 12 курсов).

Переднероговая форма была у 3 больных, заднероговая — у 13, смешанная форма с амиотрофиями и сегментарными нарушениями чувствительности — у 42. Трофические расстройства отмечались у 41 больного, из них у 3 были длительно не заживающие трофические язвы. 10 пациентам курсы лечения пчелоужалениями проводили повторно от 2 до 6 раз. Отдаленные результаты на сроках до 10 лет прослежены у 15 пациентов.

Мы проводили апитерапию по следующей методике: в начале лечения ставили биологическую пробу дважды через день с оставлением жала в коже поясничной области на время до одной минуты максимально. После этого делали контрольные анализы мочи и крови. При отсутствии в них изменений и хорошем состоянии больных проводили пчелоужаление на область позвоночника и конечностей соответственно пораженным сегментам. Во время первой процедуры проводили ужаление двумя пчелами, а в каждую последующую число пчел увеличивали на 2, доводя общее количество до 12 у женщин и до 25 у мужчин за сеанс. Курс лечения включал от 130 до 350 пчелоужалений в зависимости от того, как скоро заболевание поддавалось воздействию апитерапии в каждом отдельном случае. Возникновение температурной реакции, резко выраженного местного отека, общих аллергических проявлений служило показанием для отмены лечения.

В результате апитерапии улучшение достигнуто у 52 больных, незначительное улучшение наблюдалось у 4; у 2 больных лечебный эффект отсутствовал. Уменьшение боли отмечали 32 человека, уменьшение или исчезновение чувствительных нарушений — 25 больных, двигательные нарушения уменьшились у 14. У больных с трофическими язвами произошло их рубцевание.

Таким образом, уменьшение чувствительных нарушений достигнуто у половины больных, у $\frac{3}{4}$ исчезли или уменьшались боли, у $\frac{1}{3}$ увеличился объем движений и возросла сила паретичных мышц.

Наши результаты в значительной мере совпадают с данными, полученными при длительных повторных курсах рентгенотерапии.

Все больные, леченные пчелоужалениями, указывали на улучшение общего состояния, нормализацию сна, улучшение настроения. Ремиссия длилась от 8 мес до 2 лет;

в дальнейшем появление боли, нарастание нарушений чувствительности и движений требовали повторных курсов лечения.

С целью сопоставления результатов лечения мы проанализировали исходы в группе больных синингомиелией (31 чел.), леченных общепринятыми медикаментозными и физиотерапевтическими средствами (за исключением рентгенотерапии). В этой группе давность заболевания составляла: у 5 чел — до 5 лет, у 12 — свыше 5 лет, у 14 — свыше 10 лет; переднероговая форма была у 2, заднероговая — у 6, смешанная — у 23. Улучшение наступило у 5 больных, незначительное улучшение — у 19, без улучшения выписаны 7. Боли уменьшились у 8 чел., объем движения увеличился у 2, у 1 пациента сузилась зона нарушенной чувствительности. Таким образом, при применении апитерапии эффект лечения оказался выше.

Наши наблюдения за больными синингомиелией, леченными пчелоужалениями, указывают, что данный метод способствует снятию болей, уменьшению чувствительных, двигательных и трофических нарушений. Это дает нам основание рекомендовать апитерапию как одно из средств лечения синингомиелии и сопутствующих трофических язв. Следует подчеркнуть доступность этого метода в любых амбулаторных или стационарных условиях.

УДК 617.713—001.5—089

**К. И. Соловьева, канд. мед. наук Р. А. Шамсутдинова, Л. П. Гуськова (Казань).
Опыт микрохирургической обработки проникающих ранений роговицы**

С 1971 по 1975 г. под нашим наблюдением было 195 больных с проникающими ранениями роговицы, из них детей — 52 (26,7%). Первичная хирургическая обработка роговичной раны произведена у 124 больных; остальные в оперативном лечении не нуждались.

У 51 из оперированных больных рана локализовалась в оптической зоне роговицы, у 37 — в парацентральной и у 36 — в области лимба. Размеры раны у 72 больных составляли от 3 до 5 мм, а у 52 превышали 5 мм, причем у 11 длина раны достигала 8—10 мм.

Наиболее частым осложнением являлось выпадение радужной оболочки — оно возникло у 61 больного; травматическая катаракта развилась у 28; у 6 больных выпадение радужки сочеталось с травматической катарактой. У 25 больных были обнаружены осколки в глазу: в передней камере — у 8, в оболочках глаза — у 10, в хрусталике — у 3, в стекловидном теле — у 4. 5 больных поступили с инфицированной раной роговицы и 2 — с эндофтальмитом.

Первичную хирургическую обработку роговичной раны мы производили согласно современным требованиям, предусматривающим восстановление анатомической структуры и функциональных способностей глаза.

По инициативе зав. кафедрой глазных болезней Казанского ГИДУВа проф. М. Б. Вургафта в Республиканской офтальмологической больнице апробировано отсроченное хирургическое вмешательство при первичной обработке ран роговицы у больных, поступивших в ночное время. Такому больному с проникающим ранением в течение ночи проводят консервативное лечение (местную и общую антибиотикотерапию), накладывают бинокулярную повязку. Обработку проникающей раны роговицы делают в утренние часы квалифицированные врачи при оптимальных условиях (операционный микроскоп, бинокулярная лупа, общий наркоз в детской практике).

Для лучшей адаптации краев ран мы накладываем сквозные швы. В качестве шовного материала используем тонкий шелк, биошвы, но в последнее время отдаем предпочтение моноволокну нейлону (8-10-0): он переносится глазом наиболее адекватно.

Из 124 оперированных больных у 38 осуществлена только хирургическая обработка раны роговицы с восстановлением передней камеры; у 50 наряду с герметизацией раны выполнено вправление радужной оболочки, а у 11 произведено по показаниям отсечение ее. С целью профилактики роговичных сращений вводили в переднюю камеру стерильный воздух. Осколки из глаз были удалены магнитом передним путем у 8 больных и из заднего отрезка глаза диасклерально у 17. При травматических катарактах отсасывание катарактальных масс шприцевым способом выполнено непосредственно при первичной обработке проникающей раны у 6 пациентов и в более поздние сроки после травмы — у 18; обычная экстракапсулярная экстракция катаракты произведена у 10.

Непосредственные исходы: при проникающих ранениях роговицы без повреждения хрусталика (90 глаз) на 54 глазах острота зрения была от 0,3 и выше, на 36 глазах она колебалась от 0,01 до 0,2; при комбинированных поражениях роговицы и хрусталика (34 глаза) острота зрения от 0,3 и выше была на 22 глазах, от 0,01 до 0,2 — на 6; на 3 глазах отсутствовало форменное зрение и на 3 наступила полная слепота в связи с субатрофией глаза.

Герметизация ран роговицы с помощью нейлонового шва, а также отсасывание хрусталиковых масс с помощью шприца являются эффективными средствами обработки проникающих ран.