

челюсти слева и нижнего отдела левой ветви по типу вздутия кости с разрежением костной ткани овальной формы 4,0×2,5 см. На него проецируется еще один участок разрежения костной ткани, несколько меньшего размера. В области разреженного участка кости находится фолликул [8 зуба и латеральный корень]7. Разрежение костной ткани в области переднего отдела тела нижней челюсти слева книзу от [4 зуба. Понижение прозрачности левой гайморовой пазухи.

22/II 1964 г. Гем. 90 ед., Э.—4 110 000, Л. 4800, э.—1%, п.—15%, с.—52%, л.—30%, м.—2%, РОЭ 6 мм/час.

26/II 1964 г. опухоль удалена через внеротовой разрез под углом нижней челюсти слева. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичным натяжением.

Большой выписан 23/III 1964 г. в удовлетворительном состоянии.

Патогистологическое заключение (доц. Н. А. Ибрагимова). Прролиферация различных клеточных элементов, среди которых очень много эозинофилов, расположенных кучами, крупных многоядерных клеток, частью напоминающих клетки Штернберга — Березовского, а частью — клетки Лангерганса; встречаются митозы. Местами ясно заметно развитие фиброзной ткани.

Мы пришли к выводу, что у нашего больного была эозинофильная гранулема.

УДК 616.71—018.46—002—612.015.348

Л. А. Вайсман (Куйбышев-обл.). Белковые фракции сыворотки крови при остеомиелите

Мы изучали белковые фракции сыворотки крови методом электрофореза на бумаге у 42 больных остеомиелитом. Общий белок определяли рефрактометром РЛУ. Мужчин было 32, женщин — 10. В возрасте от 10 до 20 лет было 18, от 21 до 40 лет — 14 и старше — 10 чел. У 33 больных патологический процесс локализовался на нижней конечности, у 8 — на верхней, у 2 — на костях таза, у 1 — на костях черепа и у 1 в поясничных позвонках. У 1 больного были поражены две и у одного — три кости.

Уровень общего белка сыворотки крови, независимо от степени выраженности диспротеинемии, не выходил за пределы нормы — был равен 6,70—8,4 г%.

При остром гематогенном остеомиелите наблюдалась выраженная гипоальбуминемия, гиперальфаглобулинемия и гипергаммаглобулинемия.

Нормализация белковой формулы сыворотки крови после лечения происходила очень медленно, особенно при тяжелой форме заболевания.

При хроническом остеомиелите, протекающем без обострений, существенных изменений в белковых фракциях не отмечалось.

УДК 616.833—009.7—616.833.15

Г. И. Курочкин (Магнитогорск). Гидротермическая деструкция чувствительного корешка тройничного нерва при его невралгии

С 1961 г. Л. Я. Лившицем (Саратов) разработана и успешно применяется гидротермическая деструкция чувствительного корешка тройничного нерва. Эту операцию — пункцию овального отверстия с введением горячей воды в субарахноидальное пространство меккелевой полости мы осуществляли в операционной под внутривенным тиопенталовым наркозом под рентгенологическим контролем.

Специальную иглу проводят передним доступом по Гертелю. Расстояние от точки вкола до основания черепа — в среднем 72 мм. В зависимости от анатомического строения черепа больного иглу требуется продвинуть на 9—20 мм за овальное отверстие. В подавляющем большинстве случаев подведение иглы к зоне чувствительного корешка тройничного нерва и рентгенологический контроль занимают не более 30 мин., при этом больной выходит из состояния наркотического сна, и под контролем болевой чувствительности (изменение мимики лица) производится разрушение горячей водой чувствительного корешка. При введении по 0,1—0,3 мл воды с интервалами в 5—10 мин. больные ощущали жгучие боли в соответствующей половине лица. Инъекцией 0,5—2 мл горячей воды удавалось вызвать стойкую анестезию в зоне иннервации пораженных ветвей тройничного нерва; если в течение 15—20 мин. никакими способами не удавалось вызвать приступ боли, вмешательство заканчивалось.

В процессе вмешательства всегда удавалось управлять деструкцией, сохраняя полностью или частично орбитальные волокна корешка, чтобы в послеоперационном периоде предупредить нейропаралитический кератит. Разрушение и орбитальных волокон предпринималось лишь в случаях локализации «курковых зон» в области 1-й ветви V нерва.

Нами проведено 35 гидротермических деструкций чувствительного корешка тройничного нерва у 33 больных с упорными формами тригеминальной невралгии. Мужчин было 13, женщин — 20.

Почти у всех больных удалось путем однократного вмешательства ликвидировать приступы болей, лишь у 2 операции пришлось повторить через 3—5 дней после первой.