

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 входа 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.

Одному больному с двусторонней невралгией V нерва вмешательство проведено сразу с обеих сторон.

Во время операции у 31 больного получена цереброспинальная жидкость, в двух случаях горячую воду вводили при отсутствии ликвора. Никаких осложнений во время вмешательства и после него не отмечено. У 9 больных после операции в течение 2 суток была гипертермия, головная боль, которые быстро проходили при соответствующем лечении. Среднее количество койко-дней — 11,6.

У одной больной через 1 год 8 мес. после операции было до 4—6 легких приступов боли в день в зоне иннервации 1-й ветви левого тройничного нерва. Во время поступления больной на лечение в первый раз приступов боли в 1-й ветви не было, а потому орбитальные волокна не разрушались. У остальных пациентов рецидивов не наблюдалось.

У 1 больного с невралгией всех трех ветвей V нерва произведено полное разрушение чувствительного корешка и возник нейропаралитический кератит, который удалось ликвидировать консервативными мерами. У всех больных в той или иной степени был затронут при вмешательстве двигательный корешок тройничного нерва и возникал парез жевательной мускулатуры на стороне операции, который ликвидировался через 6—8 мес. Легкие парестезии в зонах нарушенной чувствительности были почти у всех больных, но не причиняли им значительного беспокойства.

УДК 616—056.3

Г. Ананьева и Ю. Ананьев (Чебоксары). Осложнения при лечении пенициллином

Несмотря на редкость осложнений пенициллинотерапии, каждый новый случай настораживает врачей, заставляя более внимательно подходить к инъекциям пенициллина.

Приводим наши наблюдения.

1. Р., 28 лет, по поводу правосторонней пневмонии произведена инъекция пенициллина (100 000 ед.) внутримышечно. Сразу появилась тошнота, небольшая слабость, которые быстро прошли. Через 4 часа больному повторно ввели пенициллин в той же дозе. Через 1—2 мин. возникло затемнение сознания, резкая слабость, затруднение дыхания, зуд кожи, головная боль, озноб, сильная потливость. Резкая гиперемия кожи всего тела, выраженный отек языка, губ, ушей. Тоны сердца глухие, пульс пониженного наполнения и напряжения, АД 60/40 мм.

Немедленно были введены кофеин, камфара, хлористый кальций, димедрол, преднизолон. Состояние больного постепенно улучшилось. Через 2 часа пульс 78, АД 110/70 мм.

2. Т., 17 лет, поступил с активной фазой ревматизма. В течение 20 дней проводились внутримышечные инъекции пенициллина по 100 000 ед. через 4 часа.

В связи с появлением абсцесса в области правой стопы через 4 дня после отмены пенициллина он вновь был назначен по 150 тыс. ед. 4 раза в сутки. Через несколько минут после первой же инъекции пенициллина на коже лица, груди, живота появилась обильная уртикарная сыпь, отек Квинке. Больному назначены димедрол и хлористый кальций. Явления отека Квинке и сыпь на теле держались в течение 5 дней, постепенно снижаясь в интенсивности.

УДК 616—001.4

Д. М. Церенця (Горловка). Заклеивание послеоперационных ран клеем БФ-6

Мы с 1965 г. применяем клей БФ-6 для заклеивания послеоперационных ран. Клей обладает приятным запахом, по консистенции близок к глицерину, на воздухе быстро густеет, образуя желтую прозрачную эластичную пленку. Он стерилен. Проведенные у нас исследования смылов с кожи после удаления пленки из клея через 3—5 дней оказались стерильными.

Методика применения. После обычной обработки раны, тщательного гемостаза и наложения швов на кожу стеклянной палочкой наносится тонкий слой клея по ходу послеоперационной раны с захватом кожи от краев ее на 1—2 см с каждой стороны. Через 3—5 мин. клей высыхает, образуя прозрачную желтоватую эластичную пленку, которая плотно удерживается на послеоперационной ране в течение 5—7 дней. При этом имеется возможность постоянно наблюдать за раной. Если клей применен после обработки ран на лице и кистях рук, то пленка не снимается и во время туалета больных.

При наступлении сроков снятия швов пленка легко снимается пинцетом всем слоем либо к этому сроку самостоятельно начинает отслаиваться. Отеков, гиперемии кожи и других воспалительных явлений в послеоперационной ране под пленкой не отмечалось. После снятия швов послеоперационный рубец снова заклеивают на 5—8 дней. Мы применяли клей у 340 больных, осложнений не наблюдали.

Клей нельзя наносить на загрязненные раны, воспаленную кожу и при кровотечении из раны.