

можно полагать, что только на 2—3-й неделе организация может стать причиной отслойки сетчатки.

Большое количество отслоек сетчатки на патогистологическом материале (клинически она диагностировалась только в 2 случаях из 53) можно объяснить трудностью клинической диагностики вследствие помутнения сред глаза. При нарастающей гипотонии на фоне иногда очень слабого воспалительного процесса диагностируется субатрофия или атрофия и рекомендуется энуклеация. При патогистологическом исследовании атрофия обнаруживается далеко не всегда, а отслойка сетчатки является частой гистологической находкой.

Так как симпатическая офтальмия не является в настоящее время столь частым осложнением, следует, вероятно, пересмотреть вопрос о показаниях и сроках профилактической энуклеации и направить внимание окулистов на лечение гипотонии, являющейся следствием отслойки сетчатки.

## ВЫВОДЫ

1. Отслойка сетчатки у больных, перенесших диасклеральную операцию, клинически была установлена в 8,3%, при патогистологическом исследовании удаленных глаз — в 86,8%.

2. В большинстве проникающих ранений осколком повреждение роговицы и склеры было незначительным и не могло вызвать отслойку сетчатки.

3. В месте диасклерального извлечения инородного тела образуется спайка сетчатки, сосудистой оболочки и склеры. Следовательно, разрыв сетчатки не является причиной отслойки ее, и профилактическая диатермокоагуляция склеры нецелесообразна.

4. Отслойка сетчатки на фоне выраженного ретинита и увеита объясняется образованием субретинальной белковой жидкости.

5. В более поздние сроки причиной отслойки сетчатки является сморщивание стекловидного тела и образование тяжей.

6. Внимание окулистов должно быть направлено на профилактику экссудативной и тракционной отслойки сетчатки и лечение гипотонии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бродский Б. С. Офтальм. журн., 1958, 7.—2. Кацнельсон А. Б., Смелянский Р. И. Вестн. офтальмол., 1942, 3.—3. Корневич И. А. Сов. вестн. офтальм., 1936, 4.—4. Корнилова А. Ф. Проникающие ранения глаз, осложненные гнойным воспалительным процессом. Саратов, 1967.—5. Краснов М. И. Вестн. офтальм., 1966, 1.—6. Кроль А. Г. Там же, 1948, 2.—7. Круглов А. Н. Сб. к 70-летию акад. Б. П. Филатова, 1946.—8. Розенблюм М. Е. Сов. вестн. офтальм., 1937, 6; Вестн. офтальм., 1941, 1.—9. Stokes W. H. Arch. Ophthalm., 1938, 19, 205.—10. Würdemann H. V. Injuries of the Eye. London, 1932, 331—345.

УДК 617.583—616—002.5—616—089

## ДОСТУП К ЭПИ-МЕТАФИЗАРНЫМ ОЧАГАМ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

Канд. мед. наук В. Н. Воробьев

*Кафедра костно-суставного туберкулеза (зав.—проф. Б. Н. Постников, науч. консультант — действ. чл. АМН СССР проф. П. Г. Корнев) Ленинградского  
ордена Ленина ГИДУВа им. С. М. Кирова*

При очаговом туберкулезном поражении костей коленного сустава наиболее труден подход к эпи-метафизарным очагам бедренной кости, так как чаще они располагаются в заднем или заднебоковом отделах ее. В литературе мы не нашли описания доступов к таким очагам.

Наша работа основана на рентгенологическом исследовании и препаровке коленных суставов трупов взрослых людей после наливки артериальных сосудов контрастной массой.

Доступ к дистальному отделу внутренней поверхности бедренной кости и подколенной ямке всегда вызывает больше опасений из-за близкого расположения сосудисто-нервного пучка. В области гунтерова канала (canalis vastoadductorius) внутренняя широкая мышца бедра и сухожилие большой приводящей мышцы плотно спаиваются между собой, под спайкой находится сосудистое ложе, с внутренней поверхности к этому месту прилежит портняжная мышца, под которой находится довольно

значительное клетчаточное пространство, где проходит *n. saphenus*. Для подхода к задней поверхности бедренной кости в области подколенной ямки отделяют переднюю стенку гунтерова канала с незначительной частью волокон внутренней широкой мышцы бедра и оттягивают все сосудистое ложе вместе с сухожилием большой приводящей мышцы; при этом открывается бедренная кость. Надкостницу рассекают и отделяют распатором кзади до *planum popliteum*. Весь сосудисто-нервный пучок остается надежно изолированным в канале.

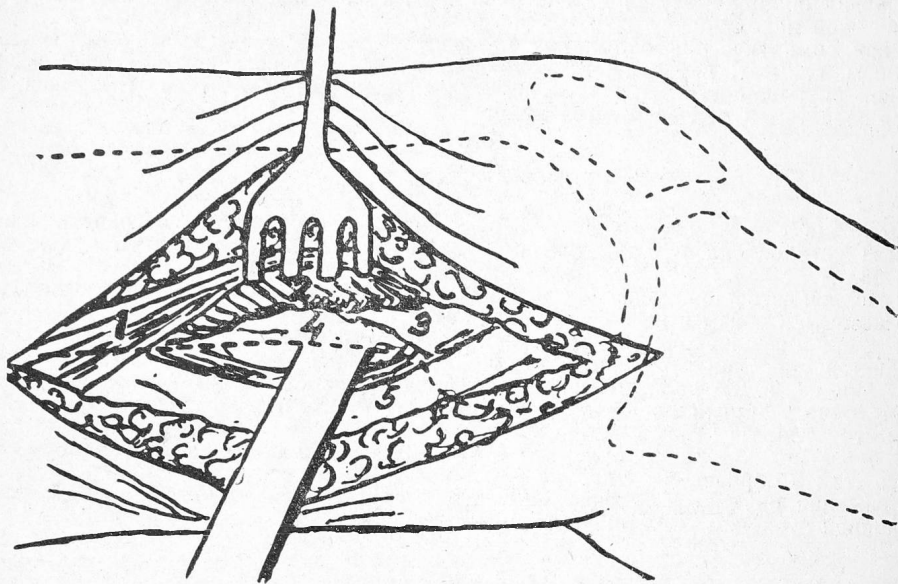


Рис. 1. Подход к подколенной ямке снизу. Крючком отведены *m. sartorius* et *m. vastus medialis*, остеотомом отведена стенка *canalis vastoadductorius* вместе с *adductor magnus*. Открыта бедренная кость в области подколенной ямки.

1 — портняжная мышца; 2 — внутренняя широкая мышца бедра; 3 — отслоенная надкостница бедренной кости; 4 — открытая бедренная кость в области мета-диафиза; 5 — стенка гунтерова канала и сухожилие большой приводящей мышцы.

Нижнее отверстие гунтерова канала в 6 случаях из 15 находилось очень высоко (на расстоянии 8—10 см от верхнего края надмыщелка), и только в 7 оно было на 5—6 см проксимальнее последнего. При высоком расположении нижнего отверстия канала сосудисто-нервный пучок переходил на заднюю поверхность бедра очень высоко и при воспроизведении доступа переходил вне зоны операционного действия. Только на 7 суставах при подходе к эпи-метафизарному отделу бедра элементы сосудисто-нервного пучка были видны в задне-внутреннем отделе раны, но также на значительной глубине; при внимательном и анатомичном оперировании можно легко избежать их травмы. Однако в 2 случаях нижнее отверстие гунтерова канала находилось на 3—4 см выше надмыщелка, и сосудисто-нервный пучок в зоне вмешательства был непосредственно в ране, что создает опасность для его целостности.

Подход к области задней поверхности бедренной кости и к подколенной ямке в промежутке между полуперепончатой мышцей и большой приводящей более опасен, ибо в этом случае при низком расположении нижнего отверстия гунтерова канала оператор сразу подходит к сосудисто-нервному пучку (в нашем материале в 9 случаях из 15). По данным В. В. Бабука, именно в этой области сосудисто-нервный пучок наиболее раним, поэтому автор предостерегает от подобного вмешательства. Однако если сосудисто-нервный пучок находится на задней поверхности бедренной кости (в 6 случаях высокого расположения нижнего отверстия канала), то этот доступ очень удобен, ибо края раны растягиваются свободно и подколенная ямка широко открывается, оператор выходит на нее под значительно большим углом операционного действия, что облегчает манипуляции на кости.

С наружной поверхности бедра массивный тракт хорошо пальпируется через кожу, спереди он переходит в тонкий фасциальный листок, а сзади заканчивается крутым краем, также переходящим в тонкое фасциальное растяжение. Если по переднему краю массивного тракта сделать продольный разрез длиной 10 см и тракт сместить кзади (при согнутой в колене ноге), то надмыщелок бедренной кости остается открытым только тонким слоем жировой клетчатки, расположен он внесуставно, и через него можно с успехом произвести некрэктомию эпи-метафизарных очагов в любом возрасте.

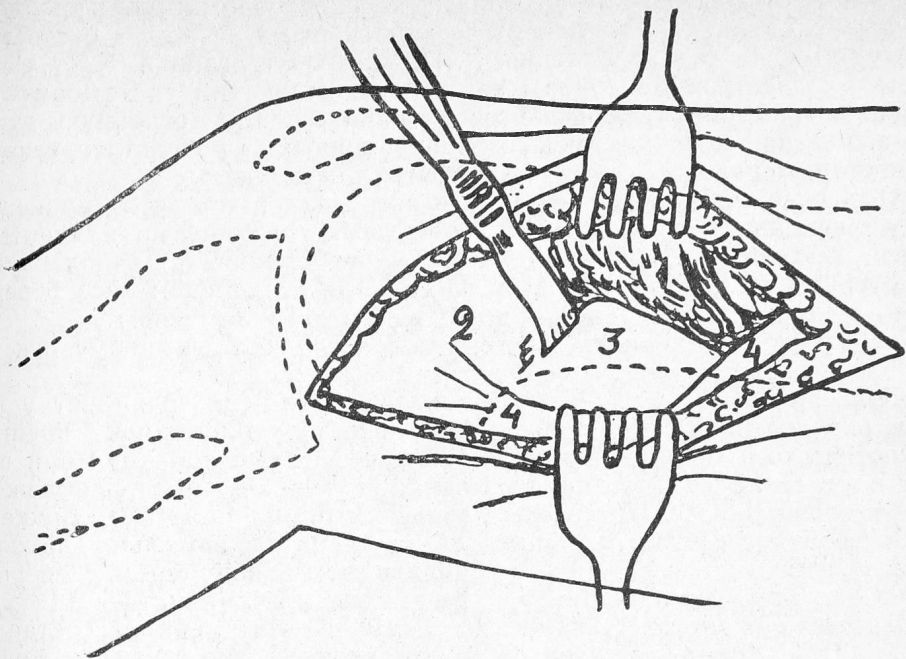


Рис. 2. Подход к подколенной ямке с наружной поверхности. Крючком кверху отведена жировая клетчатка и частично отделенная с надкостницей *m. vastus lateralis*. Надкостница смещена распатором. Книзу крючком смещены волокна *tractus iliotibialis*.

- 1 — наружная широкая мышца; 2 — фасциальное растяжение, покрывающее надмышелок;
- 3 — освобожденная от надкостницы часть бедренной кости на уровне подколенной ямки;
- 4 — *tractus iliotibialis*.

Тупо отслоив вместе с надкостницей наружный край наружной широкой мышцы бедра спереди, открывают боковую поверхность метафиза и мета-диафиза бедренной кости. Сдвинув надкостницу кзади, можно проникнуть в подколенную ямку. Пересекается только верхняя наружная артерия коленного сустава, нервные стволы проходят в клетчатке значительно кзади от места манипуляции и не травмируются.

При подходе к подколенной ямке в промежутке между массивным трактом и двуглавой мышцей бедра анатомические условия менее благоприятны, здесь в зоне операции в клетчатке находится общий малоберцовый нерв, что затрудняет широкое разведение раны и сужает зону доступности.

В 13 из 15 препарированных нами суставов на уровне подколенной ямки уже проходили отдельно большеберцовый и общий малоберцовый нервы, 2 раза деление седалищного нерва происходило на уровне верхнезадних отделов мышечков бедренной кости.

По вышеизложенным данным, к задним отделам дистального эпи-метафиза и подколенной ямке бедренной кости оперативный подход наиболее прост и целесообразен с наружной поверхности бедра, однако при соблюдении описанных правил он вполне возможен и безопасен и с внутренней стороны.

УДК 618.3—008.6

## ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

Проф. М. А. Ерзин, канд. мед. наук Л. Г. Сотникова

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. З. Н. Якубова) и кафедра патофизиологии (зав.—проф. М. А. Ерзин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В процессе многолетнего изучения поздних токсикозов для объяснения этиологии и патогенеза этого тяжелейшего осложнения беременности было выдвинуто множество гипотез и теорий. Иммунологическая