

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ КИСТОЗНОЕ ПЕРЕРОЖДЕНИЕ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА

И. С. Капитанский и А. А. Беляков

Травматологическое отделение (зав.— А. А. Беляков) Саранской 3-й объединенной больницы (главврач — А. В. Тарасов)

Кистозное перерождение мениска встречается относительно редко. Диагностика этого заболевания не всегда бывает легкой, а недостаточное знакомство практических врачей с этой патологией приводит к неправильному лечению.

За период с 1957 по 1964 гг. мы наблюдали двух больных с кистозным перерождением травмированного мениска коленного сустава.

Приводим одно из наших наблюдений:

К., 31 года, в июне 1963 г. после небольшой травмы стал отмечать постоянные боли при нагрузке конечности и небольшую припухлость в левом коленном суставе.

Больной периодически получал физиотерапевтическое лечение в поликлинике, где ему был поставлен диагноз: «Артрозоартрит». Через шесть месяцев после перенесенной травмы и при безуспешности лечения больной был госпитализирован. Вначале диагноз оставался тот же, и в течение 20 дней проводились физиотерапия, массаж, ЛФК, трехкратное введение в полость сустава гидрокортизона. Боли и припухлость в коленном суставе исчезли, и больной был выписан.

С 18/1 1964 г. больной стал отмечать постоянные боли в левом коленном суставе, опухолевидное образование наружной поверхности левого коленного сустава и 20/1 был повторно госпитализирован.

Левый коленный сустав на 0,8 см больше правого, движения в суставе свободные, но болезненные. По наружной поверхности сустава в области суставной щели определяется округлая опухоль 3—4 см, эластической консистенции, незначительно смещаемая в полость сустава при сгибании, отчетливо контурирующаяся при разгибании. На рентгенограмме обнаружено небольшое заострение наружного края мыщелка большеберцовой кости. При контрастной артрограмме патологических изменений не обнаружено.

Диагноз: посттравматическое кистозное перерождение латерального мениска.

4/II 1964 г. под местной анестезией вскрыт коленный сустав. Обнаружена кистовидная опухоль, располагающаяся спереди от суставной щели, не спаянная с окружающими тканями и исходящая от переднего рога наружного мениска. По выделении опухоли обнаружен продольный разрыв переднего рога мениска; передняя часть мениска, свободно вывихивающаяся из полости сустава, вместе с кистой удалена.

Киста 3,5 × 4 см состоит из слизисто-фиброзной ткани. На разрезе обнаружено множество камер различной величины и формы, выполненных серозной жидкостью. Мениск рубцово изменен, продольно расслоен. Волокна мениска переходят нечетко в капсулу кисты.

Второе наше наблюдение аналогично вышеприведенному.

При проверке отдаленных результатов лечения у больных функция в суставе полностью восстановилась, больные вернулись к прежней работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березкин Ф. Ф. Сов. хир. 1936, 4. — 2. Коган С. М. Ортопедия, травматология и протезирование. 1961, 1. — 3. Лиходед С. И. Нов. хир. арх. 1938, 7. — 4. Ткаченко С. С. Ортопедия, травматология и протезирование. 1956, 4.

Поступила 30 июня 1964 г.

УДК 616.988.41

ЛЕЧЕНИЕ ТРАХОМАТОЗНОГО ПАННУСА И СТОЙКИХ ПОМУТНЕНИЙ РОГОВИЦЫ ЭЛЕКТРОФОРЕЗОМ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА

Ф. Г. Валиуллина

Кафедра глазных болезней (и. о. зав. — доц. Ф. Г. Валиуллина)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Д. Г. Свердлов (1950) применил подкожные инъекции стекловидного тела при симблефаронах и выворотах век в результате огнестрельных повреждений или ожогов. Проведенные наблюдения дали вполне ободряющие результаты. В литературе имеются указания на положительный эффект от применения подконъюнктивных инъекций