

# 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

стекловидного тела при бельмах роговицы трахоматозного и другого происхождения (Б. Н. Мелик-Мусьян, 1956). В 1962 г. появилось сообщение Н. С. Дозоровой о применении подконъюнктивальных инъекций стекловидного тела для лечения различных заболеваний глаза, в том числе паннуса и рубцовых изменений роговой оболочки в результате трахомы.

Проверка метода лечения трахоматозного паннуса и стойких помутнений роговицы электрофорезом со стекловидным телом предложена нам научно-исследовательским институтом глазных болезней им. Гельмгольца.

Электрофорез проводился ежедневно. Продолжительность сеансов от 5 до 15 мин., сила тока — от  $\frac{1}{4}$  до 2 мА, курс лечения — 15—20 сеансов. Интервалы между курсами лечения 1—3 месяца, преимущественно 1 месяц.

Мы пользовались стекловидным телом, приготовленным в производственных условиях (в ампулах емкостью в 2 мл). Непосредственно перед сеансом лечения стекловидное тело разводилось двумя частями дистиллированной воды.

По нашим наблюдениям находилось 13 мужчин и 32 женщины. С односторонним процессом было 19 чел., с двухсторонним — 26 (71 глаз).

В возрасте до 20 лет было 6, от 21 до 40 лет — 6, от 41 до 60 лет — 24 и старше — 9 больных. Длительность заболевания трахомой до года была у одного, до 5 лет — у 10, до 10 лет — у 7, до 20 лет — у 6 и свыше — у 21 больного.

У всех была трахома III ст. с различного вида паннусами и стойкими помутнениями. У 10 больных на 18 глазах клинически и биомикроскопически состояние конъюнктивы соответствовало трахоме IV ст., а у остальных на фоне грубого рубцевания конъюнктивы наблюдалась умеренно выраженная остаточная инфильтрация.

Тонкий паннус был у 9 больных (14 глаз), сосудистый — у 22 (35 глаз) и мясистый — у 2 (3 глаза). Паннус захватывал преимущественно верхнюю  $\frac{1}{2}$  и  $\frac{2}{3}$  роговицы. У всех был активный паннус.

На 36 глазах, кроме паннуса, были обнаружены стойкие старые помутнения роговицы. У 18 (28 глаз) они располагались в глубоких слоях ее, у 6 (8 глаз) — в поверхностных. Помутнения роговицы у большей части больных сопровождалась понижением чувствительности. Трихиаз, заворот век отмечены у 12 больных.

У одной из наших больных, кроме трахоматозных поражений, был и скрофулезный керато-конъюнктивит. У этой больной мы проводили специфическую терапию (паст. стрептомицин, фтвизид). У 6 больных, кроме трахоматозного процесса, были и другие заболевания органа зрения (дакриоцистит, косоглазие, скрофулезный керато-конъюнктивит, хориоретинит, старческая катаракта).

Электрофорез стекловидным телом назначался при отсутствии эффекта от других медикаментозных средств после их отмены (кроме атропина).

Все больные с последствиями трахомы (12) до начала лечения электрофорезом подвергались операции.

У 10 больных (18 глаз) наступило выздоровление, у 29 (45 глаз) — улучшение. Состояние осталось без перемен у 6 больных на 8 глазах. Ухудшения процесса мы не наблюдали.

Наилучшие результаты получены при лечении трахоматозного паннуса; он регрессировал или полностью исчезал. Так, из 33 больных (52 глаза) выздоровление наступило на 18 глазах, улучшение — на 31 глазу. При стойких помутнениях роговицы от трахомы (12 больных — 19 глаз) электрофорез стекловидного тела вызвал улучшение процесса на 14 глазах. Благоприятное действие выражается в исчезновении явлений раздражения, снятии субъективных симптомов, исчезновении и уменьшении воспалительных явлений, частичном просветлении стойких помутнений роговицы, повышении ее чувствительности, повышении остроты зрения.

Процесс просветления роговицы начинался с рассасывания инфильтрации. В дальнейшем наблюдалось полное или частичное запустевание новообразованных сосудов. Под влиянием проводимого лечения мы наблюдали частичное или полное просветление роговицы у 40 больных на 60 глазах. В подавляющем большинстве наблюдалось частичное просветление роговицы. Чем меньше была давность помутнения, тем лучше получались результаты. Запустевание сосудов на роговице имело место из 39 больных (62 глаза) с васкуляризацией роговицы у 32 (на 52 глазах). Полное запустевание сосудов наблюдалось у 12 больных на 21 глазу, значительное — у 16 на 25 и умеренное уменьшение васкуляризации — у 4 на 6. Васкуляризация осталась прежней у 7 больных на 10 глазах.

Острота зрения повысилась у 34 больных на 49 глазах, осталась без изменений у 9 на 18. У 2 больных на 4 глазах до и после лечения острота зрения равнялась 1,0.

В случаях сочетания трахоматозного паннуса со старыми помутнениями роговицы после курса электрофореза не только рассасывались помутнения, вызванные паннусом, но наблюдалось и некоторое просветление старых помутнений роговицы.

Улучшение остроты зрения отмечено не у всех больных, у которых наступило просветление роговицы. У этих больных трахома сочеталась с хориоретинитом (у 1 больного на 2 глазах), старческой катарактой и вторичной катарактой (у 2 больных на 3 глазах).

Больные с катарактой в дальнейшем успешно прооперированы.

Следует отметить, что у 9 больных на 9 глазах острота зрения до лечения была в пределах от светоощущения до счета пальцев у лица, причем у 3 на 3 глазах она равня-

лась светоощущению, у 5 (5 глаз) — движению руки у лица и у 1 (1 глаз) — счёту пальцев у лица. После проведенного лечения у большинства больных острота зрения повысилась. Повышение остроты зрения на 0,01—0,02 наблюдалось на 8 глазах, на 0,03—0,05 — на 12, на 0,06—0,09 — на 4, на 0,1 — на 13, на 0,2 — на 11, на 0,3 — на одном.

Под влиянием лечения у ряда больных отмечалось незначительное рассасывание инфильтрации конъюнктивы век, но у большинства состояние конъюнктивы осталось без изменений. Этим больным после курса электрофореза назначались различные химиотерапевтические препараты.

Мы не отмечали каких-либо местных или общих осложнений при применении электрофореза, больные переносили его хорошо.

27 больных получили 2 курса лечения, а 4—3. Повторные курсы лечения улучшали состояние роговицы и обуславливали дальнейшее повышение остроты зрения.

Спустя 6—20 месяцев после окончания лечения наблюдался стойкий эффект от примененного лечения у 38 больных на 60 глазах.

## ВЫВОДЫ

Электрофорез со стекловидным телом может быть рекомендован для лечения трахоматозного паннуса и стойких помутнений роговицы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дозорова Н. С. Вестн. офтальмол., 1962, 3. — 2. Мелик-Мусьян Б. Н. Там же, 1956, 5. — 3. Свердлов Д. Г. Там же, 1950, 4.

УДК 616.981.47

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ПРОТЕЕМ

*Л. Г. Максимова*

Кафедра общей хирургии (зав.— проф. В. Н. Шубин) на базе Республиканской клинической больницы (главврач К. Л. Свечников), кафедра микробиологии (зав.— доц. З. Х. Каримова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Роль протей в гнойных заболеваниях еще недостаточно ясна. Большинство авторов считает протей микробом, лишь осложняющим гнойную инфекцию, не приписывая ему самостоятельной роли.

За последнее время участились находки протей в гнойных очагах, но он рассматривался как микроб, присоединившийся к основному возбудителю, в крайнем случае условно патогенным (А. И. Туржецкий).

М. П. Корсакова и О. П. Кирикова изучали способность токсинообразования у 39 штаммов протей и пришли к выводу, что выраженной способностью к токсинообразованию обладает группа вульгарного протей, менее активного по биохимическим свойствам. Штаммы американского протей в их опытах были более токсигенными.

М. Г. Гимранов вводил внутрибрюшинно мышам суточную культуру протей 16 различных штаммов. Вирулентные штаммы вызывали у мышей септицемию, приводившую их к гибели.

Все вышесказанное свидетельствует о том, что протей обладает свойствами патогенных микроорганизмов: токсин его при внутрикожном введении у кроликов вызывает некроз, а внутрибрюшинное введение культуры приводит к гибели кроликов при явлениях судорог.

В настоящее время протей привлекает к себе внимание в связи с широким применением антибиотиков, к большинству которых он нечувствителен.

Гноеродный протей совершенно не фагоцитируется лейкоцитами крови людей и кроликов (З. Е. Матусис). Это служит, очевидно, одной из существенных причин длительности и упорства процессов, вызванных этим микроорганизмом.

Нами было обследовано 5 женщин и 15 мужчин с гнойно-воспалительными процессами в возрасте от 3 до 56 лет. С острым гематогенным остеомиелитом было 4, хроническим гематогенным остеомиелитом — 13, гнойным маститом — 1, флегмоной обеих ягодиц — 1, ушиленно-рваной раной тыла стопы — 1 больной.

У этих больных выделялись возбудители из гнойного отделяемого ран и определялись антитела к найденным возбудителям в сыворотке крови методом агглютинации.