

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи удалены на 6-й день. Рана зажила без нагноения. Т. выписан на 15-й день по выздоровлении. Осмотрен через 3 мес. Жалоб не предъявляет, по-прежнему работает столяром. Функция тазовых органов не нарушена.

УДК 617.559: [616—089.21 + 615.838.7

Ф. А. Хабилов (Казань). Лечение больных с синдромами поясничного остеохондроза тракциями в комплексе с грязевыми процедурами

Под нашим наблюдением было 143 больных с компрессионными синдромами поясничного остеохондроза (длительность заболевания — от 5 до 12 лет, возраст больных — от 32 до 58 лет). Все пациенты подвергались нейроортопедическому и рентгеноспондилографическому обследованию.

Комплекс лечения включал тракции в сочетании с грязевыми процедурами. Бальнеогрязелечение мы проводили на фоне дегидратационной терапии (гипотиазид по 50—100 мг 1 раз в день в утренние часы, зуфиллин по 0,15 3 раза в день). Продолжительность процедуры — 15—20 мин. В первый день больные получали лишь общие грязевые аппликации на область позвоночника и конечностей (температура грязи — 38—40°, экспозиция — 10 мин). Со второй процедуры начинали растяжение позвоночника грузом 10 кг через 1—2 мин после грязевых аппликаций. Через 10—15 мин груз снимали и больной оставался на кушетке в течение 1—2 мин. С 3—4-й процедуры максимальный груз составлял 20 кг (с плавным уменьшением его в конце процедуры), а продолжительность тракции — 15—20 мин. С 5—6-й процедуры груз составлял $\frac{1}{4}$ массы тела больного. После процедур пациент осторожно переходил в комнату отдыха, где в течение 1,5—2 ч отдыхал лежа.

Для оценки эффективности лечения, наряду с общепринятыми приемами, мы пользовались коэффициентом выраженности болезни (КВБ) по Я. Ю. Попелянскому и соавт. (1977).

Пеллоидомеханотерапию проводили на фоне лечения массажем, гимнастикой и сероводородными ваннами, назначавшимися в свободные от тракции дни.

На 2—3-е сут от начала лечения уменьшались или исчезали болевые проявления. К концу 1-й недели КВБ снизился у половины больных, на 2-й неделе — еще у трети пациентов. В то же время в группе больных (48 чел.), леченных только растяжением (без грязи), КВБ к концу 1-й недели уменьшился лишь у 9%, на 2-й неделе — у 43%. У 3 пациентов в процессе лечения после приема 3—4 процедур коэффициент КВБ повысился до 8 ед., после чего лечение тракциями было прекращено. Прогноз при тракционном лечении хуже у больных с пириформис-синдромом, при резких ишиалгических сколиозах и фиксированных гиперлордозах.

Преимущество пеллоидно-тракционного лечения сравнительно с тракциями без грязи проявилось не только в большем числе положительных результатов, но и в более быстром снижении коэффициента выраженности болезни, что позволяет рекомендовать этот метод врачам санаториев.

УДК 616.728.2—089

А. Л. Гиммельфарб, Г. М. Харин (Казань). К казуистике гигантской кистовидной перестройки при коксартрозе

Кистовидная перестройка костной ткани нередко сопутствует дегенеративно-дистрофическим поражениям суставов. Кистовидные образования на рентгенограммах обнаруживаются в виде округлых или овальных просветлений, имеющих диаметр в несколько миллиметров, реже 1—3 см. Представляет интерес гигантская псевдокиста, обнаруженная нами у больного коксартрозом.

Я., 57 лет, разнорабочий, поступил в ортопедическую клинику института 21/IV 1978 г. с жалобами на боли в тазобедренных суставах (преимущественно левом) и в пояснице. Диагноз при поступлении: двусторонний диспластический коксартроз (справа II ст., слева III ст.), остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Я. считает себя больным в течение 15 лет. Многократно проводившееся консервативное лечение желаемого эффекта не дало. Больной при ходьбе хромотает на левую ногу. Определяется атрофия мышц левого бедра на 5 см; амплитуда сгибательно-разгибательных движений в левом тазобедренном суставе сохранена в пределах 160—90°, в остальных направлениях движения резко ограничены и болезненны.

На рентгенограмме левого тазобедренного сустава (рис. 1, а) головка бедренной кости увеличена в размерах, уплощена. Верхне-латеральный квадрант ее выходит из-под края крыши вертлужной впадины, угол наклона впадины увеличен. Имеется гигантская ячеистая полость, распространяющаяся на шейку, вертельную область и метадиафиз бедренной кости.

13/V 1978 г. — операция под общим обезболиванием. Нанесен продольный разрез Лангенбека, в латеральной стенке метафиза образовано окно размером 4 × 6 см,