

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,

костная створка на мягкотканной ножке откинута кверху. Из полости излилось большое количество тягучей жидкости соломенно-желтого цвета. Полость однокамерная, выстлана плотной гладкой тканью толщиной от 1 до 3 мм белого цвета. Внутренние стенки полости соединены костными перекладинами, которые также покрыты гладкой белой тканью. После иссечения костных перекладин, эвакуации жидкости и экскохлеации мягкотканной выстилки произведена пломбировка полости аллотрансплантатами с укладкой на место откинутой костной створки (рис. 1, б). Сразу же после операции больной отметил значительное уменьшение болей.

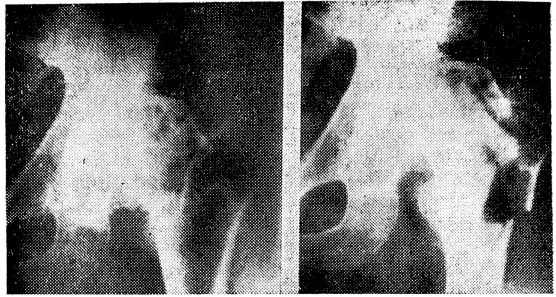


Рис. 1, а.

Рис. 1, б.

При микроскопическом исследовании операционного материала установлено, что оболочка, выстилающая полость, представляет собой плотную волокнистую соединительную ткань, местами приобретающую фиброзный характер. Внутренняя поверхность, обращенная в полость, состоит из большого количества молодых соединительно-тканых клеточных элементов и обширной сети кровеносных сосудов. Нередко в толще оболочки обнаруживались некротически измененные участки, геморрагические инфильтраты и очаги продуктивного воспаления, характеризующиеся значительным скоплением лимфоидно-гистиоцитарных элементов.

Трабекулы, локализованные внутри полости, построены из зрелой компактной костной ткани с признаками усиленной перестройки, о чем свидетельствует наличие своеобразных «обломков» остеонов, увеличение количества и выраженность линий склеивания, сужение просвета гаверсовых систем, сопровождающееся усиленным отложением новых порций костного вещества на стенках сосудистых каналов (рис. 2). Подобное новообразование костной ткани отмечено и по краям трабекул, в то время как в центральных отделах костных перекладин количество остецитов было крайне незначительным.



Рис. 2.

Макро- и микроскопическая картина обнаруженного патологического процесса может свидетельствовать о гигантском кистозном образовании в результате реактивной резорбции кости,

возникшей в ответ на дегенеративно-дистрофический процесс в суставе. Разнонаправленные трабекулы симулировали на рентгенограмме ячеистую структуру полости. Быстрое исчезновение болевого синдрома после операции подтверждает роль внутрикостной гипертензии в его генезе.

УДК 618.315—07—089

**А. М. Батраков, В. Ф. Диденко, Н. П. Силитрин, В. М. Батракова (Саранск).  
Об интенсивной терапии шеечной беременности**

Шеечная беременность в настоящее время является относительно редкой, но чрезвычайно опасной патологией, требующей неотложной квалифицированной помощи. Нами проведен анализ историй болезни 22 женщин, из которых у 17 была шеечная и у 5 — шеечно-перешеечная беременность. Одна больная была моложе 20 лет, 6 — в возрасте от 20 до 29 лет, 12 — от 30 до 39 лет и 3 — старше 40 лет. У 1 женщины данная беременность была первой, 3 женщины были повторнородящие и 18 — повторнородящие повторнородящие. Сроки беременности: до 6 нед — у 1 женщины, 6—10 нед — у 8 и 11—14 нед — у 13. Прогрессирующая беременность наблюдалась у 5 больных, нарушенная — у 17.

У 21 женщины наступлению данной беременности предшествовали искусственные аборты на раннем сроке (общее число абортов в этой группе женщин — 82). У одной первобеременной имелись признаки полового инфантилизма.

Из-за разнообразия клинических проявлений шеечной беременности диагностика ее затруднена. Поэтому в женской консультации при нарушенной шеечной беременности правильный диагноз был поставлен лишь у 3 больных из 17. Другие больные