

ребенка, оно должно быть направлено прежде всего на неврологический очаг поражения с учетом его локализации в спинном мозге.

УДК 618.33—001.31:616.711—053.31—02:616.3—053.3—009.2

В. И. Морозов, В. Г. Малышев (Казань). Связь родовых повреждений шейного отдела позвоночника с дискинезиями желудочно-кишечного тракта у детей

Обследовано 43 ребенка в возрасте до 6 мес с синдромом срыгивания и рецидивирующей рвотой фонтаном. У всех детей хирургическая патология желудочно-кишечного тракта была исключена. При пассаже бариевой взвеси были выявлены признаки пилороспазма — одного из самых распространенных симптомов дискинезии желудка у грудных детей. Нередко дискинезия желудка сочеталась со спастической или спастико-атонической дискинезией тонкого кишечника.

Из перинатального анамнеза было установлено, что из 24 мальчиков и 19 девочек лишь 27 детей родились с нормальной массой тела; у 4 масса тела была равна 4 кг и больше, у 12 — менее 3 кг. Токсикоз I половины беременности отмечался у 9 матерей, II половины — у 4, I и II половины — у 3. У 22 матерей ввиду слабости родовой деятельности применяли родостимуляцию; у 7 наблюдались преждевременное отхождение околоплодных вод. 3 детей родились в стремительных родах, 8 — в быстрых, 3 — в ягодичном предлежании, 10 — с признаками асфиксии. Большинство детей родились от первых родов (33), 10 — от вторых и последующих. В связи с тем, что или иными осложнениями в родах 22 ребенка к груди были приложены только через 48 и более часов после рождения. 25 детей сосали вяло. 12 новорожденных по тяжести состояния из родильного дома сразу были переведены в соматический стационар.

Неврологический осмотр детей позволил выявить в одних случаях негрубую, но однотипную двустороннюю пирамидную симптоматику в руках и ногах при отсутствии поражения черепно-мозговых нервов, в других — вялый парез в руках в сочетании с пирамидной симптоматикой в ногах. Данный симптомокомплекс обычно наблюдается у новорожденных с повреждениями шейного отдела позвоночника. У 75% детей рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника выявило признаки натальной травмы этой локализации. Таким образом, неврологические и рентгенологические данные позволили выдвинуть гипотезу о роли родовой травмы шейного отдела позвоночника в развитии дискинезий желудка вплоть до пилороспазма у грудных детей. Это предположение было проверено в эксперименте на белых крысах-самцах массой тела 120—150 г, у которых была смоделирована травма шейного отдела позвоночника, напоминающая по биомеханизму натальную травму шейного отдела позвоночника в родах. Через 10 сут практически у всех подопытных животных отмечался различной выраженности гипертонико-гиперкинетический тип моторики желудка. Именно такой тип моторики и отсутствие рефлекторного торможения во время кормления и сна у новорожденных с нарушением мозгового кровообращения играют важную роль в механизме срыгиваний и рецидивирующей рвоты фонтаном.

УДК 616.718.19—018.46—002—053.2—089.8

Р. М. Мухаметзянов (Ленинград, ТАССР). Опыт лечения детей с остеомиелитом таза

С 1983 по 1986 г. мы прооперировали 5 больных с остеомиелитом таза. В возрасте от 8 до 10 лет было 2 ребенка, от 11 до 15 лет — 3. Длительность заболевания у 3 больных — до 14 дней, у 2 — от 2 до 4 мес. У 3 больных диагностирован острый гематогенный остеомиелит, у 2 — хронический. Воспалительный процесс у всех 5 детей локализовался в правой половине таза: у 4 — в подвздошной кости, у одного — в подвздошной, лобковой, седалищной костях с поражением тазо-бедренного сустава.

Во время операции под эндотрахеальным наркозом с применением доступа Ларги — Бергмана у 4 больных произведена широкая поднадкостничная резекция подвздошной кости с экстирпацией гнойных затеков. Для обеспечения полноценного оттока из полости раны введены два резиновых дренажа, и рана была зашита наглухо. В послеоперационном периоде проводили проточное промывание с активной аспирацией раневого содержимого.

После операции назначали интенсивную инфузионную, антибактериальную, симпатоматическую, стимулирующую терапию.

Из 5 больных выздоровление наступило у 4. Один больной умер во время операции: до поступления в наше отделение в течение 4 мес его лечили консервативно в других лечебных учреждениях, нами он был оперирован по поводу аррозивного кровотечения из подвздошной вены.

УДК 616—006.6

С. Б. Петров (Казань). Фибробласты стромы и инвазивный рост раковых опухолей

Изучены фибробласты стромы 230 раковых опухолей различной локализации.

Фибробласты располагались в строме раковых опухолей сравнительно равномерно — в среднем $2430,9 \pm 133,7$ на 1 мм^2 стромы, но так как строма занимает лишь часть опухоли, то количество фибробластов на 1 мм^2 гистологического препарата новообразования было несколько меньшим и колебалось от 58,1 до 2772,0 (в среднем $1114,4 \pm 107,8$), причем в ряде случаев фибробласты оказались преобладающим клеточным типом. Осевая ориентация этих стромальных клеток, особенно в участках зрелой стромы, в основном совпадала с направлением пучков коллагеновых волокон, а в зонах отечной и неорганизованной соединительной ткани была часто хаотичной. Однако вблизи ракового эпителия фибробласты разных функциональных типов приобретали обязательное перпендикулярное направление оси ориентации самих раковых клеток, образуя совместно с лимфоидными элементами клеточный вал на пути возможной раковой инвазии в стро-му. При ультраструктурном исследовании на границе эпителия и стромы иногда обнаруживались фрагменты базальной мембраны различной толщины. Подобная морфологическая картина наблюдалась при замедлении роста ракового эпителия и сохраняющихся эпителиально-стромальных взаимоотношениях, причем в таких случаях вблизи раковых клеток чаще встречались фиброциты. В большинстве же случаев базальная мембрана отсутствовала, и раковые клетки примыкали не-