

жественные ветряночные корочки; жажда, физических симптомов обезвоживания нет (дегидратация I ст.); зрачки расширены равномерно с обеих сторон, реакция их на свет живая, редкий горизонтальный нистагм («легкое беспокойство глазных яблок»). Менингейальных знаков нет. Не сидит, стоять не может даже с поддержкой, чувствует при этом головокружение. Движения в конечностях сохранены, тонус и сила в мышцах диффузно снижены больше слева. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, равные с обеих сторон. Патологических рефлексов нет, брюшные — вызываются. Пальцесосовую и колено-пяточную пробы выполняет неуверенно.

Тахикардия (PS — 120 уд. в 1 мин.), частота дыхания — 16 в 1 мин., АД — 10,6/5,3 кПа. Сердце — тоны несколько приглушины, границы в пределах нормы. Легкие и органы брюшной полости без патологии.

Лабораторные анализы: Hb — 2,2 ммоль/л, э. — $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, л. — $8,4 \cdot 10^9$ /л, п. — 9%, с. — 66%, лимф. — 23%, мон. — 2%; СОЭ — 5 мм/ч. Уровень глюкозы в крови — 3,3 ммоль/л. Общий анализ мочи патологии не выявил; резкоположительная реакция мочи на ацетон (+), на сахар — отрицательная.

Клинический диагноз: ветряная оспа в стадии реконвалесценции, осложненная мозговыми энцефалитом, ацетонемическая рвота. Проведена терапия, направленная на купирование ацетонемической рвоты с коррекцией дегидратации I ст. и с учетом развития мозгового энцефалита. Суточную потребность жидкости определяли по Гроссу из расчета 80 мл/кг массы, что составило 1600 мл, из них 600 мл было назначено внутрь в виде охлажденных растворов (лимонада, минеральной воды, отвара кураги), 1000 мл жидкости внутривенно со скоростью введения 20 капель в одну минуту (400 мл 10% раствора глюкозы, 300 мл физиологического раствора, 200 мл гемодеза, 100 мл альвецина) фракционно с чередованием растворов по 100 мл; 4% раствор хлорида калия, панангина, аскорбинат натрия, кокарбоксилаза. В последующие 2 дня в связи с купированием рвоты до 2—3 раз за сутки

на фоне улучшения реакции мочи на ацетон внутривенное введение жидкости ограничили до 500 мл с увеличением вливания ее внутрь до 1000—1200 мл, одновременно назначили описанную выше терапию мозгового энцефалита.

На 3-й день лечения прекратилась рвота, на 4-й — уменьшилась сонливость, на 6-й — больная начала сидеть с поддержкой, на 7-й — неуверенно выполнять пальцесосовую пробу, промахиваясь в пяточно-коленной; восстановился тонус мышц, на 9-й день — начала самостоятельно сидеться, но быстро уставала; сохранялась шаткость в положении стоя, исчезла сонливость, восстановился аппетит, исчез мидриз, уверенно выполняла координационные пробы, но появился негативизм. На 13-й день уменьшилась шаткость в походке, восстановились сила и тонус мышц. С 15—20-го дня лечения стала сидеть уверенно, самостоятельно вставать с постели, ходить с поддержкой, а с 18-го дня — без поддержки, исчез негативизм. Больной были разрешены дозированные прогулки. При выписке через 21 день пребывания в стационаре сохранилась небольшая шаткость при ходьбе. Рекомендованы дозированные прогулки с постепенным увеличением нагрузки, общий массаж, энцефабол, эссенциальное форте, поливитамины в течение одного месяца.

При осмотре через один и 2 мес после выписки из стационара ребенок общителен, хорошо ходит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верценер В. Н. // Ветряная оспа. М., Медгиз, 1963.
2. Нисевич Н. И., Учайкин В. Ф. // Инфекционные болезни у детей. — М., Медицина, 1985.
3. Острые нейроинфекции у детей / Под ред. проф. А. П. Зинченко. — Л., Медицина, 1986.
4. Футтер Д. С. // Заболевания нервной системы у детей. — М., Медицина, 1965.
5. Цукер М. Б. // Клиническая невропатология детского возраста. — М., Медицина, 1986.

Поступила 09.02.88.

УДК 616.711—002.5—089.8

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ СПОНДИЛИТОВ В УСЛОВИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

И. В. Усманов

Альметьевская ЦРБ (главврач — Л. И. Чувашева) МЗ ТАССР, кафедра травматологии и ортопедии (зав. — заслуж. деят. науки ТАССР, проф. А. Л. Латыпов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Излечение туберкулезных спондилитов в условиях противотуберкулезных диспансеров остается трудной задачей. Консервативное лечение туберкулеза позвоночника эффективно лишь в начальной стадии поражения. Однако в последние годы среди вновь выявленных больных очаговые формы встречаются реже, а запущенные и осложненные формы этого заболевания, наоборот, чаще, что связано с диагностическими ошибками. В таких случаях консервативное лечение и применение антибактериальных средств неэффективны, они используются

лишь в периоде предоперационной подготовки и особенно после операции.

С 1983 г. мы прооперировали 40 больных в возрасте от 6 до 72 лет (мужчин — 24, женщин — 16). Давность заболевания колебалась от 1,5 мес до 4 лет. У 34 больных были поражены по 2 позвонка, у 6 — по 3 и более. Свищевых форм не установлено. У 6 больных мы наблюдали глубокие неврологические нарушения в виде нижних параплазий с дисфункцией тазовых органов. Грудной отдел был поражен у 15 больных, грудопоясничный — у 14, пояснич-

ный — у 11. Окончательный диагноз туберкулезного поражения позвоночника ставили по результатам комплекса клинических, рентгенологических, лабораторных, иммунологических исследований.

Предоперационная подготовка длилась от 1 до 3 мес у 30 больных, от 4 до 6 мес — у 5, менее 30 дней — у 5. На наш взгляд, продолжительность предоперационного лечения при спинномозговых нарушениях с параличами должна быть минимальной, и оперативное вмешательство у таких больных следует проводить по неотложным показаниям.

Методика оперативных вмешательств зависела от локализации, распространенности деструктивных изменений и наличия тех или иных осложнений. Общим принципом оперативных вмешательств являлось радикальное удаление очага деструкции с сохранением непораженных тканей. В показанных случаях производили ревизию спинномозгового канала, которая предусматривает, кроме того, удаление патологических продуктов и измененных тканей, а также декомпрессию спинного мозга. В круг основных задач входило и обеспечение условий для восстановления опорной функции позвоночника.

До операции по рентгенограммам определяли участок позвонков, подлежащий резекции и предполагаемую длину трансплантата. При поражении грудных позвонков торакотомию выполняли на 1 или 2 межреберья выше. При этом ребро резецировали с учетом дальнейшего его использования как аутотрансплантата свободного или на питающей ножке. Подход к позвоночному столбу производили путем коагуляции сегментарных кровеносных сосудов, после этого поднадкостнично освобождали переднебоковые отделы тел позвонков, удаляли абсцессы, резецировали пораженные отделы позвонка и удаляли остатки дисков. Во всех случаях завершающим этапом операции является переднебоковой спондиледез аутокостью с целью стабилизации пораженного отдела позвоночника.

В целях более совершенной фиксации трансплантата к телам позвонков мы разработали методику спондиледеза, которая заключается в следующем. После реклинации позвоночника с помощью остеотома в переднебоковых отделах тел позвонков делаем зарубки и формируем костный паз. С целью увеличения площади соприкосновения и прочной фиксации трансплантата в пазе нами создан замок: концы паза расширили в виде трапеции, широкие основания паза обратили к здоровым позвонкам (рис. 1 а). Соответственно размерам паза формируем концы трансплантатов из 3—4 фрагментов ребра или подвздошной кости, которые укладываем в пазе параллельно друг другу (рис. 1 б).

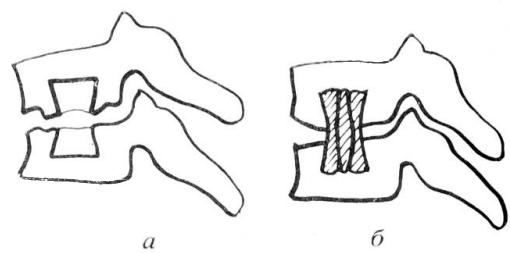


Рис. 1. Схема замка: а) трапециевидная зарубка на телах позвонков; б) спондиледез фрагментами ребра.

При ревизии спинномозгового канала с образованием дефекта в передней стенке канала специальным направителем укладываем первый трансплантат в паз над дефектом канала, обеспечив защиту спинного мозга, второй — параллельно на передние боковые отделы тел позвонков. Между трансплантатами внедряем остальные фрагменты. При обширных поражениях позвонков применяем трансплантаты из ребра на питающей ножке, одинарные или в сочетании со свободными (рис. 2).

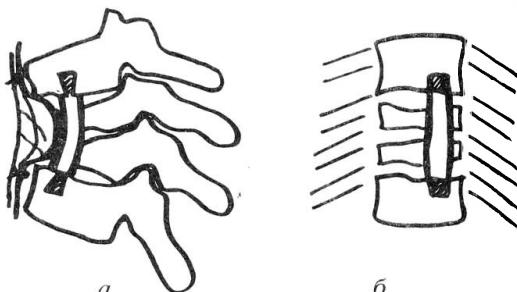


Рис. 2. Спондиледез фрагментами ребра на питающей ножке: а) боковая проекция; б) прямая проекция.

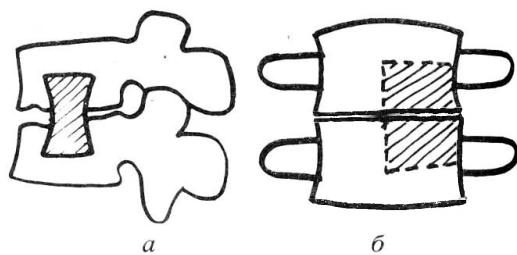


Рис. 3. Спондиледез фрагментами гребня подвздошной кости: а) боковая проекция; б) прямая проекция.

Во всех случаях спондиледез поясничных позвонков производим с помощью свободных фрагментов из гребня подвздошной кости. Паз и концы трансплантата формируем аналогично, как при спондиледезе фрагментами ребра (рис. 3 а и б). Формирование «замка» между пазом и трансплантатом в виде трапеции обеспечивает максимум стабильности.

мальный контакт между ними и предотвращает микроподвижность. Операцию заканчиваем наложением швов на мягкие ткани и на кожу наглухо с дренированием вакуумтосом в течение 2 суток.

В послеоперационном периоде больных укладываем на щит с мягкими подушками. С целью профилактики послеоперационной пневмонии и пролежней больного через каждые 6 ч переворачиваем. Назначаем ЛФК и содовую ингаляцию. Швы снимаем на 10-й день. Ни у одного больного не возникло послеоперационных осложнений и не было летальности. Каждого больного поднимаем только после рентгенологического контроля.

В целях сокращения сроков постельного режима до поднятия больных накладываем им в положении лежа корсет из поливиника по следующей методике. В положении больного на животе моделируем позвоночный отдел корсета, после застывания поливика переворачиваем его на спину и моделируем передний отдел, предварительно прогрев передние края поливика. Средняя продолжительность послеоперационного постельного режима сокращается с 5—6 до 2,8 месяцев.

Антибактериальное послеоперационное лечение осуществляем в течение 3—6 мес. В амбулаторном режиме больной получает прерывистое лечение двумя антибактериальными препаратами. Ношение корсета рекомендуем от 1 до 1,5 лет в зависимости

от профессии. У всех 6 больных с глубокими неврологическими нарушениями, оперированных по описанной методике, восстановились функции тазовых органов и движения в нижних конечностях. Отдаленные результаты проверены на сроках от 8 мес до 4 лет. Стойкий лечебный эффект отмечен в 96% случаев с образованием прочного костного блока между позвонками и отсутствием очагов деструкции. Наиболее выраженные костные спайки образовались после применения трансплантата на питающей ножке.

Таким образом, трансторакальные внебрюшинные доступы к пораженному позвоночнику с одномоментным выполнением экономной резекции тел позвонков, ревизии спинномозгового канала у больных с неврологическими нарушениями, а также переднебоковой спондиледез фрагментами аутокости на питательной ножке или свободными с формированием замка между пазом и трансплантатом в виде трапеции обеспечивают радикализм, сокращают сроки лечения и могут успешно осуществляться в условиях противотуберкулезного диспансера.

Передний спондиледез с ревизией спинномозгового канала, применяемый при лечении туберкулезных спондилитов, эффективен и у больных с компрессионным переломом позвоночника, осложненным сдавливанием передних отделов спинного мозга.

Поступила 07.07.88.

УДК 618.5—089.888.61—02:616—053.2—037

РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, ИЗВЛЕЧЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Э. Н. Ахмадеева

Кафедра детских болезней педиатрического факультета (зав.— проф. С. Е. Беляев)
Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ

В целях профилактики материнской и перинатальной смертности в последнее десятилетие наметилась отчетливая тенденция к расширению показаний для абдоминального родоразрешения [1, 4]. Частота кесарева сечения, по данным различных авторов, колеблется от 3—6,5 [3] до 21,6% [6]. В то же время в литературе недостаточно освещены непосредственные, ближайшие и отдаленные результаты кесарева сечения для ребенка, соответственно не разработаны и методические подходы к выхаживанию данной группы детей. Врачи нередко не различают детей, извлеченных абдоминальным путем и родившихся через естественные родовые пути, а в ряде случаев считают кесарево сечение оптимальным методом родоразрешения для плода и новорожденного. Первые результаты физиологических исследований детей, родившихся с помощью кесарева сечения [5], свидетельствуют о не-

различности данной операции для новорожденного.

Нами изучены исходы кесарева сечения для новорожденных (470) и для детей первого года жизни (175) при неосложненном течении беременности, когда исключалось неблагоприятное влияние тяжелой соматической и акушерской патологии на развитие плода. Контрольную группу составили 120 новорожденных, родившихся естественным путем при неосложненной беременности; у 60 из них были изучены катамнестические данные.

Новорожденные были разделены на 2 группы в зависимости от кратности кесарева сечения у матери. В 1-ю группу вошли 208 новорожденных, извлеченных путем первичного кесарева сечения по относительным показаниям в интересах плода (клинически узкий таз, неправильное положение плода, первичная слабость родовой деятельности).