

в) кальцимин на димексиде, который относится к поверхностно-активным веществам, нетоксичен, легко проникает через биологические мембраны, обладает противовоспалительным действием и способностью длительно депонироваться в тканях;

назначение: а) иммуностимулирующих средств, повышающих резистентность, б) витаминов группы В (B_6 по 0.05 г 10-14 дней), в) УФО № 15-20, г) фитотерапии (травы мать-и-мачеха, термопсис, которые стимулируют секрецию слюнных желез и снижают кариесогенную ситуацию).

Эффективность проводимого патогенетического лечения оценивали по снижению темпов роста кариеса зубов, контролировали постановкой прогностических проб.

После окончания курса лечения осмотр проводили через 2-3 мес. Если в течение года у детей с 3-ей степенью активности кариеса зубов не появилось ни одного нового кариозного дефекта, и в запломбированных зубах не развился вторичный кариес, лечение считали высокоэффективным.

Наши наблюдения подтверждают необходимость учета степени активности кариеса при оп-

ределении кратности санации и комплексного лечения с учетом патогенеза заболевания.

THE EXPERIENCE OF THE DISPENSARISATION OF CHILDREN WITH VARIOUS DENTAL CARIES ACTIVITY DEGREE

O.N. Klushnikova, E.N. Zakharova,
M.O. Klushnikova

(Irkutsk State Medical University)

The results of the oral cavity examination of schoolchildren at the organized children body have been given. The high incidence of dental caries (97.7 percent) was revealed. The treatment included the suspended filling of the teeth with the usage of odontotropic preparations, immunostimulating drugs administration of remineralizing therapy and others. The necessity to take into consideration the dental caries activity degree was confirmed, when the number of follow and complex therapy considering pathogenesis of the disease was to be determined.

Литература

1. Виноградова Т.Ф., Максимова О.П., Мельниченко Э.М. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей. - М.: Медицина, 1983. - 208 с.
2. Овруцкий Г.Д., Леонтьев В.К. Кариес зубов. - М.: Медицина, 1986. - 142 с.
3. Рыбаков А.И., Гранин А.В. Профилактика кариеса. - Кемерово: Книжное изд-во, 1972. - 42с.

© БЛАГОДАТСКИЙ М.Д., РУНОВИЧ А.А., РЫЧКОВ А.В. - 1999

УДК 616.711:616.832

СЛУЧАЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭКЗОСТОЗНОЙ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ ПОЗВОНОЧНИКА С КОМПРЕССИЕЙ СПИННОГО МОЗГА

М.Д. Благодатский, А.А. Рунович, А.В. Рычков

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода; курс нейрохирургии, зав. - проф. М.Д. Благодатский)

Резюме. Представлен редкий случай множественной экзостозной хондродисплазии позвоночника с локализацией в шейном и грудном отделах и грубой компрессией спинного мозга на уровне $D_{IV}-D_V$. Произведена торакотомия слева, удален костно-хрящевой узел с тел $D_{IV}-D_V$ позвонков и из позвоночного канала через расширенное межпозвонковое отверстие. Спинной мозг освобожден от сдавления. Катамнез спустя два года благоприятный. Неврологическая симптоматика значительно регрессировала, больной вернулся к активной жизни.

Юношеские костно-хрящевые экзостозы - экзостозная хондродисплазия - это отнюдь не редкое заболевание, проявляющееся возникновением и экспансивным ростом плотных костно-хрящевых наростов, исходящих из метаэпифизарных хрящей, которое часто передается по наследству и может поражать несколько поколений одной семьи. Установлен ауто-сомно-доминантный тип

передачи данной болезни. Мальчики болеют в 1.5-2 раза чаще девочек [1, 6]. Появление и рост экзостозов происходит, как правило, в период физиологического роста и полового созревания, когда идет активный рост скелета. Чаще поражаются кости, обладающие наибольшей потенцией роста: плечевая и бедренная кости, кости предплечья и голени; несколько реже - плоские кости (ребра,

лопатки, кости таза); очень редко поражаются кости кистей, стоп, позвоночника. Кости соединительно-тканного происхождения (свода черепа, лицевого скелета и др.), которые в своем развитии не имеют хрящевой стадии, при данном заболевании не страдают. В большинстве случаев костно-хрящевые экзостозы прекращают свой рост по мере окончания периода полового созревания [4].

Экзостозы - доброкачественные по своему течению опухолевидные образования, могут вызывать довольно большие нарушения функции тех или иных органов, подвергшихся компрессии [3, 8]. Может наступить малигнизация экзостозов в 4-5% случаев [5]. В нейрохирургической практике экзостозы, как причина компрессии нервного ствола или спинного мозга, встречается чрезвычайно редко [2, 7], что и побудило нас представить очень интересный случай компрессии спинного мозга хрящевыми экзостозами.

Больной О., 17 лет, и/б № 2794, не работает, поступил в нейрохирургическое отделение ГKB № 3 5.09.96. с жалобами на резкую слабость в нижних конечностях, больше слева (не может ходить, с трудом сидит), расстройство чувствительности в нижних конечностях и туловище, задержку мочеиспускания, наличие множественных опухолевидных образований, расположенных на правой лопатке, правом плече, правом предплечьях, IV пальце левой кисти, левой подвздошной кости, на обоих бедрах, на правой голени.

Страдает «опухольями» костей с детского возраста. Обследовался в НИИТО, где поставлен диагноз: «Множественная экзостозная хондродисплазия». Опухолевидные образования на костях медленно, постепенно увеличивались в размерах. В сентябре 1996 года без видимых причин, почувствовал нарастающую слабость в ногах, перестал самостоятельно передвигаться, а в октябре появилось затруднение при мочеиспускании, расстройство чувствительности на грудной клетке, передней брюшной стенке и в ногах.

Установлено, что мать и дед больного страдали подобным заболеванием, отец и родственники по его линии здоровы.

При осмотре: состояние больного средней тяжести, положение в постели пассивное. На правой лопатке, правой плечевой кости, правой лучевой кости, проксимальной фаланге IV пальца левой кисти, на левой подвздошной кости, в нижней трети обеих бедер, правой большеберцовой кости имеются плотные бугристые, различного размера опухолевидные образования, не смещаемые при пальпации. В коленных и тазобедренных суставах разгибательные контрактуры, сколиоз позвоночника. Перкуссия остистых отростков умеренно болезненна на уровне $D_{IV}-D_{VI}$.

В неврологическом статусе: отмечает снижение зрения (близорукость) на оба глаза. Брюшная стенка напряжена, брюшные рефлексы не вызываются. Тонус мышц нижних конечностей резко повышен, сила в ногах снижена до 1-2 баллов. Коленные рефлексы очень высокие, ноги переразогнуты в коленных суставах, клонусы коленных чашечек, больше слева. Ахилловы рефлексы поликинетичны, клону-

сы стоп, выше слева. Патологические стопные рефлексы сгибательной и разгибательной группы (Бабинского, Оппенгейма, Россолимо, Мендель-Бехтерева). Снижение болевой и температурной чувствительности по проводниковому типу с дерматомом D_6 . Мышечно-суставное чувство в ногах сохранено. Задержка мочеиспускания, мочу дважды в сутки выводят через мочевого катетер, стул со слабительными.

В анализе крови умеренный лимфоцитоз (33%) и моноцитоз (11%). В анализе мочи отмечается повышение белка до 0.099 г/л, большое количество лейкоцитов, микрогематурия (до 10 эр.). На рентгенограмме грудной клетки обнаружено объемное образование костной плотности в реберно-позвоночном углу слева на уровне 4-5 грудных позвонков. МРТ выявила у больного кифосколиотическую деформацию позвоночника; на уровне $D_{IV}-D_V$ в грудной полости слева костно-хрящевой узел, размерами 3.3×4 см, распространяющийся в переднее субарахноидальное пространство позвоночного канала и компрессирующий спинной мозг спереди и сбоку. Второй узел с четкими контурами визуализируется на уровне C_{IV} , сужающий заднее субарахноидальное пространство на 3 мм, но не вызывающий компрессии спинного мозга, (рис. 1). 13.11.96. операция (А.А. Рунович): Торакотомия слева. Удаление костно-хрящевых образований с тел позвонков $D_{IV}-D_V$ и четвертого ребра. Транстеловой доступ к позвоночному каналу на уровне $D_{IV}-D_V$ с расширением межпозвонкового отверстия, удаление костно-хрящевых образований размерами 0.6×0.8 см., находящегося в позвоночном канале и сдавливающего дуральный мешок на уровне D_{IV} .

В послеоперационном периоде отмечался плеврит и нижнедолевая пневмония слева. Сразу же после операции больной стал отмечать улучшение чувствительности на нижней половине туловища и ногах. Через месяц стал самостоятельно мочиться, увеличилась сила в ногах. В удовлетворительном состоянии больной выписан под наблюдение невропатолога.

Патогистологическое исследование № 27975-999 от 21.11.96: дольчатая опухоль, имеет строение зрелого гиалинового хряща с крупными, беспорядочно расположенными хондроцитами. Очаговая оссификация с формированием костных балок. Единичные очаги миксематоза.



Рис. 1.



Рис. 2.

При осмотре через 2 года больной ходит самостоятельно, тазовых нарушениях нет. В неврологическом статусе сохраняется легкий нижний спастический парез, больше слева, чувствительных расстройств нет, является студентом очного факультета Иркутского Госуниверситета.

Интерес данного клинического наблюдения заключается в чрезвычайной редкости локализации экзостозов на двух уровнях позвоночного столба. Оперативное вмешательство устранило компрессию спинного мозга в грудном отделе, что привело к значительному восстановлению нарушенных функций. В заключение следует подчеркнуть, что диагностика экзостозов не сложна. Рентгенологическое исследование, КТ или МРТ с учетом анамнеза (случаи экзостозов у родственников) позволяют безошибочно поставить диагноз. Показаниями для нейрохирургических операций являются сдавление нервных стволов или спинного мозга. Результат операции, как правило, благоприятный.

Литература

1. Бердышева О.Р. Семейный множественный костно-хрящевой экзостоз// Здравоохранение Туркменистана.- 1972.- № 4.- С. 25-26.
2. Гончарова Р.Ф., Догаева М.А., Кораиди Л.С. Экзостозная болезнь, вызывающая сдавление спинного мозга// Вопросы нейрохирургии.- 1965.- Вып. 1.- С. 60-62.
3. Марин И. М. Костно-хрящевые экзостозы// Актуальные вопросы травматологии и ортопедии.- Кишинев, 1974.- С. 78-82.
4. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов.- М.: Медицина, 1964.- Т. 1.- С. 427-432.
5. Садыхов А.Г. Множественные хрящевые экзостозы// Хирургия.- 1965.- № 2.- С. 113-118.
6. Стоянов В.И. Хирургическое лечение костно-хрящевых экзостозов: Автореф. дис.... канд. мед. наук.- Ленинград, 1975.
7. Теплицкий Ф.С. Экзостозы позвоночника с компрессией спинного мозга// Ортопедия, травматология и протезирование.- 1973.- № 8.- С. 56-58.
8. Углов Ф.Г., Лазарев С.М., Соловьев В.А., Гриценко В.В. Экзостозы и хирургическая тактика при них// Вести хирургии им. Грекова.- 1992.- Т. 148, № 1/2/3.- С. 363-368.

© ГИЛЬДЕЕВ А.Н. - 1999

УДК 616.3-002.44-037

ПРОБЛЕМЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СРОКОВ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

А.Н. Гильдеев

(Иркутский военный госпиталь, начальник - Заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы В.С. Гапеев)

Резюме. Прогнозирование сроков эпителизации гастродуоденальных язв требует интегрального подхода. Предложена формула расчета сроков эпителизации дефектов слизистой оболочки по градиенту периметра в процессе лечения язвенной болезни. Градиент периметра язвы при повторных эндоскопических исследованиях находится в линейной зависимости с градиентом ее радиуса и наиболее точно коррелирует с линейной скоростью краевой эпителизации при круглых и овальных формах язвенных дефектов. Использование формулы позволяет планировать сроки лечения, потребность в медикаментах, сроки контрольной ФГДС необходимой для принятия экспертного решения. На точность прогноза оказывают влияние различные факторы: стадия язвенного процесса и тяжесть дисплазии слизистой оболочки, фармакокинетика лечебных препаратов и эффективность эрадикации, восстановление моторно-эвакуаторных нарушений и устранение рефлексов, другие факторы.