

таты и сокращает сроки реабилитации больных с поражениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, что связано, по-видимому, в первую очередь, с влиянием рефлексотерапии на восстановление гемостаза. Исследования биофизических параметров репрезентативных точек акупунктуры позволяют индивидуализировать и оптимизировать процесс восстановительного лечения, прогнозировать осложнения и вносить при необходимости своевременную коррекцию в лечение.

УДК 617.51—001.036.8:614.1:313.12

**В. Е. Крылов, П. С. Андреев, С. Н. Сафронова, Р. В. Зайнуллин (Казань). Летальность больных с сочетанной черепно-мозговой травмой**

Целью настоящего исследования было выявление основных ошибок в диагностике, особенностей локализации повреждений, причин смерти пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой в зависимости от возраста.

Проведен клинико-анатомический анализ историй болезни 368 больных, погибших от сочетанной черепно-мозговой травмы. Все пострадавшие были разделены по возрасту на три группы: 1-я — до 15 лет, 2-я — от 15 до 60 лет, 3-я — старше 60 лет. Основной причиной смертности явились механические повреждения, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий (в 1-й группе — у 62%, во 2-й — у 47,3%, в 3-й — у 77,5%). Обращала на себя внимание большая частота случаев бытового травматизма у детей (31,6%) и падения с высоты у взрослых (23,0%).

В первые часы после травмы умерли 32% пострадавших. Наиболее высокая летальность в 1—3-и сутки (40,6%) наблюдалась среди лиц 1 и 2-й групп; в 88% случаев она была обусловлена церебральными нарушениями и осложнениями. Среди пострадавших 3-й группы констатирована высокая летальность в поздние сроки — на 3—7-е сутки, что объяснялось развитием серьезных осложнений со стороны витальных органов.

При клинической оценке состояния тяжести больных были выявлены особенности изменений гемодинамических показателей. У 43,8% пострадавших АД колебалось от 10,7 до 13,3 кПа, лишь у 12,0% лиц оно было ниже 10,7 кПа. Частота пульса у 38,6% больных была в пределах 100—120 уд. в 1 мин. Показатель отношения частоты пульса к АД в 1-й группе был меньше или равен 1, во 2 и 3-й группах — значительно больше 1. Несмотря на наличие у больных при поступлении шока (у 77%), повреждений внутренних органов с внутриорганным кровотечением (у 27%) у них были отмечены стабильные показатели гемодинамики.

Изучение структуры причин смертности от сочетанной черепно-мозговой травмы по характеру доминирующего повреждения показало, что первое место занимает черепно-мозговая травма (у 84% детей, 92% взрослых и у 72% лиц преклонного возраста). У 50% больных были повреждены кожные покровы головы; у большинства выявлены переломы костей черепа (в 1-й группе — у 81,3%, во 2-й — у 66,4%, в 3-й — у 67,8%). У детей преобладали закрытые проникающие переломы, что обусловлено особенностями строения костей черепа.

Трепанация черепа по поводу удаления ин-

тракраниальных гематом и гидром, вдавленных переломов и очагов размягчения головного мозга, отека-набухания головного мозга была произведена у 43,8% детей и у 35,3% лиц преклонного возраста. У детей были в основном эпидуральные гематомы, у взрослых и лиц преклонного возраста — субдуральные и внутримозговые.

При поступлении в стационар у детей была выражена общемозговая и очаговая неврологическая симптоматика (психомоторное возбуждение, анизиокория, парезы, параличи), несмотря на более редкие, чем у взрослых, случаи обнаружения в ликворе крови. У лиц преклонного возраста при массивных субарахноидальных кровоизлияниях и ушибах головного мозга, наоборот, отмечалась затуманенность общемозговой и очаговой симптоматики, что затрудняло диагностику доминирующего поражения.

У 42,6% больных с сочетанной черепно-мозговой травмой было выявлено повреждение органов живота, причем с большей частотой у детей (например, разрыв печени и селезенки — в 1,5 раза, образование забрюшинных гематом — в 3 раза). В связи с описанной выше неврологической симптоматикой, клиническая картина этих повреждений была затуманена, поэтому врачи уделяли внимание лишь патологии головного мозга. Диагностических лапароскопических и лапаротомий производилось меньше (соответственно 1% и 5,6%), чем во 2-й группе (соответственно 25,6% и 15,4%). Отсюда диагностические ошибки при повреждениях органов живота были допущены у 11% детей.

Повреждения грудной клетки как единственный сочетающийся компонент диагностированы у 33,8% больных с сочетанной черепно-мозговой травмой. У детей преобладали односторонние переломы ребер, у взрослых — множественные одно- и двусторонние. Несмотря на это различие, пневмоторакс встречался с одинаковой частотой. У лиц 3-й группы отмечалось увеличение частоты гемоторакса.

Диагностика травм грудной клетки представляла большие трудности. Из общего числа пострадавших множественные переломы ребер своевременно не обнаружены у 18%, одиночные — у 42%, гемопневмоторакс и повреждения легкого — у 6%. Трудности диагностики в первую очередь были связаны с расстройством сознания у пострадавших. Плевро-пульмональный шок на фоне выраженной кровопотери с циркуляторной гипоксией, вследствие которых развивается коматозное состояние (причем нередко с очаговой неврологической симптоматикой) в 18% случаев также воспринимался как проявление тяжелой черепно-мозговой травмы.

Повреждения черепа и грудной клетки в 68% случаев возникали на одной стороне. Вентиляция легких при этом нарушалась как на одноименной, так и на противоположной стороне за счет ушиба головного мозга (центрального генеза).

Перелом конечностей наблюдался у 41,6% больных; у детей преобладали повреждения длинных трубчатых костей, у лиц преклонного возраста — мелких костей. Переломы конечностей не диагностированы. Трудности диагностики переломов костей конечностей возникали в случае их расположения на стороне пареза или паралича и у лиц в глубокой мозговой коме.

Таким образом, у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой имеются различия в локализации, частоте повреждений и клиническом течении заболевания в зависимости от возраста.

Знание этих особенностей позволит врачу избегать диагностических ошибок и назначать правильную тактику лечения этой категории пострадавших.

УДК 616.716.4—009.12.

**А. М. Сулейманов, Ю. Н. Шестаков, В. Н. Козлов (Уфа). Редкий случай остеогенной контрактуры нижней челюсти**

Мы наблюдали одного больного, у которого злостная контрактура нижней челюсти развилась через 3 года вследствие ушиба левой околоушно-жевательной области. Приводим выписку из истории болезни.

Г., 26 лет, поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии Башкирского медицинского института с жалобами на ограниченное открывание рта. В сентябре 1981 г. он получил удар рукой в левую околоушно-жевательную область. После удара появились припухлость и болезненность в левой половине лица, открывание рта в последующем стало постепенно ограничиваться. Проведенные лечебные мероприятия (ЛФК, физиотерапия) оказались неэффективными: посттравматический отек околоушно-жевательной области уменьшился, но открывание рта ухудшилось. Более того, появилось уплотнение в области угла нижней челюсти слева. В ноябре 1981 г. была произведена первая операция; со слов больного — «удалили нарост с кости». Оперативное вмешательство дало кратковременный положительный эффект.

При осмотре больного привлекала внимание значительная асимметрия лица за счет припухлости левой околоушно-жевательной и скуловой областей. Кожа над припухлостью была физиологической окраски, легко собиралась в складку. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Открывание рта между центральными резами достигало 0,8 см. При открывании рта нижняя челюсть смещалась влево. Видимая слизистая оболочка полости рта бледно-розовой окраски. На рентгенограмме костей лицевого скелета в прямой проекции определялся контур опухолевидного образования, исходящего из области венозного отростка нижней челюсти.

02.10.1985 г. во время операции под общим внутривенным обезболиванием через разрез кожи в левой поднижнечелюстной области обнажена наружная поверхность ветви нижней челюсти. В области венозного отростка обнаружено костное опухолевидное образование (3,5×2,5 см), исходящее из основания венозного отростка. К телу скуловой кости оно прикреплялось в области основания височного отростка скулового комплекса фиброзными спайками. Опухолевидное образование удалено путем резекции венозного отростка нижней челюсти.

УДК 617.3—022—083

**А. А. Кузнецов (Саратов). Посетители травматологических стационаров как возможный источник внутрибольничной инфекции**

Пребывание посетителей в травматологических стационарах является в известной степени закономерным и желательным: общение с родственниками и знакомыми благотворно сказывается на нервно-психическом статусе

больных, перенесших травму или готовящихся к оперативному вмешательству, особенно если учесть их продолжительное стационарное лечение. В ряде случаев лица, посещающие больных, привлекаются к уходу за ними. Однако посетители травматологических стационаров могут быть дополнительными источниками инфекции, влияя на распространение внутрибольничной стафилококковой инфекции, на что до сих пор обращалось мало внимания.

Нами обследованы 98 посетителей травматологического отделения. У всех брали мазки со слизистой оболочки передних носовых ходов, наиболее подверженных инфекции. Выделение, идентификация, определение количественного показателя (степень микробного обсеменения носа), фаготипирование культур золотистого стафилококка осуществляли по общепринятой методике.

В отделении находилось около 80 человек. К больным, которые не могли самостоятельно передвигаться, посетители имели постоянные пропуски и навещали их в среднем 1—2 раза в день. Остальные больные встречались с посетителями в холлах, коридорах, на лестничных площадках. В среднем 4—5 посетителей находились постоянно в отделении, ухаживая за тяжелобольными. Время пребывания в палатах посетителей, по нашим наблюдениям, составляло в среднем 20 мин. В течение недели отделение посещали в среднем 130 человек. Результаты проведенной работы представлены в табл. 1.

Таблица 1

**Носительство золотистого стафилококка среди посетителей стационара**

Результаты обследования на носительство	Установлено носительство			Носительство отсутствует
	злостное	постоянное	временное	
Численность группы	4	8	22	64
Средняя степень микробного носительства	$7,0 \cdot 10^3$	$3,3 \cdot 10^3$	$1,0 \cdot 10^4$	
В % к числу обследованных	4,1	8,2	22,4	65,3

Таким образом, среди посетителей выявлены временные, а также постоянные и злостные носители. Массивность носительства золотистых стафилококков у различных категорий носителей была примерно одинаковой. Частота различных степеней массивности выделения возбудителя представлена в табл. 2.

Как видно из данных табл. 2, массивность носового носительства выражалась чаще всего показателем от  $10^2$  до  $10^3$ , в отдельных случаях до  $10^4$  и  $10^5$ .

При фаготипировании культур золотистого

Таблица 2

**Степень микробного обсеменения носа у посетителей стационара**

Степень обсеменения	Число носителей	% к числу обследованных посетителей
$10^2$	22	22,4
$10^3$	34	34,7
$10^4$	4	4,1
$10^5$	1	1,0