

локоп. Это нарушение функции обмена влечет за собой и нарушение функциональной деятельности нервных элементов, а именно точной регулировки процессов возбуждения и торможения в коре мозга.

В нормальных условиях процессы возбуждения и торможения протекают адекватно определенным раздражителям, имеется полное соответствие между возбуждением и торможением, и первая клетка, находясь в состоянии возбуждения, впадает в тормозное состояние в случае повышения интенсивности раздражения, переходящего физиологические нормы возбуждения клетки.

Быстрота и точность процессов обмена, определяющих специфическую нервную деятельность таким образом обусловлена по нашей теории динамичностью глиозной ткани. Нашими исследованиями установлены резкие изменения физиологических свойств коры головного мозга у эпилептиков, которыми, по видимому, и обуславливается та "готовность к эпилептической реакции", о которой говорит Редлих. Нарушение ликворообращения, с одной стороны, повышенная секреция ликвора, с другой стороны, выявляется и в изменениях мозговых желудочков, что определяется при энцефалографиях.

Практически важно, чтобы каждый случай травмы головного мозга был под длительным врачебным наблюдением. Возможность повышенной секреции ликвора диктует необходимость спинномозговых пункций и вдувание воздуха с целью разорвать образующиеся нежные спайки в субарахноидальных пространствах, развитие которых в дальнейшем создает затруднение ликворообращения. При наличии внутренней окклюзионной гидроцефалии можно рекомендовать пункцию желудочков для эвакуации жидкости.

Вдувание воздуха при энцефалографии имеет не только диагностическое значение, оно дает и определенный терапевтический эффект.

Хирургическое лечение безусловно показано в случаях ранней травматической эпилепсии, где удаление осколков, эвакуация гематомы дает длительный терапевтический эффект. Сложнее обстоит дело с поздней эпилепсией травматического происхождения, где уже резко изменилась кора, приобретя эпилептические свойства.

В этих случаях хирургическое вмешательство часто результата не дает. Только в случаях наличия типичных Джексоновских припадков, обусловленных очаговыми ограниченными изменениями коры, хирургическое вмешательство, а именно операция Горслея, может иметь место.

2. Военврачи Н. И. Любина и В. В. Митин. *Опыт физиотерапии отморожений в условиях тылового госпиталя.* Доклад напечатан в этом №.

Председатель проф. Н. В. Соколов.
Секретарь В. Осиповский.

Заседание от 15-го июня 1940 г., посвященное XX-летию юбилею Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.
Доклады: Асс. А. А. Айдаров. *Материалы к вопросу о черепно-мозговых ранениях.*

Автор поделился опытом лечения черепно-мозговых ран в условиях госпитальной армейской базы. Констатирует, что все раненые черепно-мозговые и спинальные концентрировались в одном специальном отделении, куда доставлялись большей частью после первичной обработки из передового района; как правило, операции с целью ревизии производились в госпитале в ближайшее после ранения время, причем послеоперационный период проводился оперировавшим хирургом в течение длительного срока, а иногда до выздоровления. Прошедшие через отделение раненые распределялись следующим образом: с закрытой травмой и спинного мозга — 10⁰/₁₀₀ и с прочими ранениями, куда относится повреждение нервных сплетений, нервных стволов и др. — 10⁰/₁₀₀. Ранения от осколков снарядов и мин — 46,1⁰/₁₀₀, пулевые — 36,9⁰/₁₀₀, комбинированные осколочные и пулевые — 0,2⁰/₁₀₀, неустановленные — 11,9⁰/₁₀₀, не оружием — 4,9⁰/₁₀₀.

При закрытых травмах черепа применялось следующее лечение: постельный режим, люминаль и бромиды в комбинации с кофеином; осмотерапия — 40⁰/₁₀₀ раствор глюкозы внутривенно по 40—60 куб. см. при систематическом измерении ликворного давления. При ранении мягких тканей черепа как бы мала ни была рана — производилась ее ревизия, а при наличии трещины наружной пластинки считали необходимым убедиться в состоянии внутренней пластинки — для чего рядом с трещиной делалось трепанационное отверстие. Докладчик отмечает, что на передовых этапах нередко накладывали на мягкие ткани черепа глухие швы без ревизии дна раны и не считаясь с неврологическим статусом. Стальные шлемы на головах бойцов оправдали себя — благодаря им было снижено число черепных ранений. Каждый раненый в череп, кроме ревизию раны, подвергался неврологическому обследованию и широко применялась рентгенография. Благодаря этому нередко выявлялось наличие костных повреждений

там, где они при предшествовавшей первичной обработке не были обнаружены. Отмечаются случаи, когда после расширения костного дефекта — зашивался наглухо кожный лоскут. В дальнейшем вследствие отека мозга последний проляблировал под кожу, расплюснулся и, раздвигая кожные швы, ущемлялся между ними. Это также способствовало развитию менингита, энцефалита, абсцесса мозга. Докладчик высказывает за открытый способ лечения с расчленением операции на 2 или даже 3 момента: а) рассечение кожи, б) расширение костного дефекта, в) рассечение твердой мозговой оболочки и вмешательство на мозговой ткани. Общая смертность при черепных повреждениях, включая и ранения мягких тканей, равна 50%, причем при проникающих ранениях смертность выражалась в 12,2%. В заключение докладчик останавливается на роли твердой мозговой оболочки при ранениях, последующих ее рубцеваниях с развитием травматической эпилепсии.

Для замещения твердой мозговой оболочки предложены различные ткани: фасция, жировая клетчатка, сальник, брюшина, грыжевой мешок и прочее с целью предотвратить образование плотного рубца. Докладчик с 1937 года, по предложению проф. Ратнера Ю. А., изучает экспериментально судьбу пересаженного сальника в черепно-мозговую полость. В эксперименте, а теперь в условиях госпитальной работы убедился в целесообразности применения сальника в черепной хирургии как при свежих, так и при инфицированных ранениях. Консервированный гомосальник оказался хорошим гемостатическим средством, — при инфицированных ранах уменьшает инфекцию, предотвращает развитие остеомиелита. Отдаленные результаты подлежат изучению.

Асс. Г. С. Самойлов. *Опыт лечения огнестрельных переломов диафиза плеча в условиях госпитальной базы армии.*

В передовом районе первая помощь раненым была оказана в пределах 2—3 часов в 85% сл. Она состояла в хирургической обработке ран и транспортной фиксации. Последняя в 71% случаев осуществлялась Крамеровскими шинами. 3% было иммобилизовано гипсовыми лонгетами Турнера. Пулевые ранения преобладали над осколочными. Первых было 64,7%, а вторых 35,3%. Часть пулевых ранений протекала по типу закрытых переломов. Они составляли 17,7%, 82,3% были типичными открытыми огнестрельными переломами. Раневая инфекция в 17,7% отсутствовала, в 65,7% обнаруживалась обычная раневая инфекция: стрептококк, стафилококк и др. В 15,6% определялась анаэробная инфекция. При лечении переломов плечевой кости применялось два способа: 1) способ одномоментной репозиции отломков, с последующим наложением отводящей гипсовой повязки; 2) способ ликолаплярного вытяжения на отводящих шинах НИИСИ — Виноградова и МОИТОП. Способом иммобилизации лечение переломов проводилось в 15,1%. Сюда относятся не смешанные, а также и множественные переломы. В остальных случаях (84,9%) при лечении переломов применялись отводящие шины.

Первичная консолидация в преобладающем большинстве случаев наступила от 28 до 35 дней.

Выводы: 1) При выборе метода для лечения огнестрельных переломов плечевой кости необходимо индивидуализировать каждый случай, 2) Способ экстензии в ряде случаев оказался наиболее приемлемым, 3) Техника наложения больших гипсовых повязок должен овладеть каждый военно-полевой хирург.

Асс. В. С. Ефимов. *О лечении огнестрельных ранений крупных суставов в армейском районе.*

В период войны с белофиннами автор, работая в госпитальной базе № Армии, проводил лечение огнестрельных ранений крупных суставов. Остановившись на патофизиологических особенностях суставов, отмечает, что синовиальная оболочка реагирует на инфекцию не сразу, а по прошествии 24—36 часов, и это дает возможность производить первичную обработку ран суставов на протяжении этого срока. Первичная обработка должна состоять в иссечении краев раны до синовиальной оболочки, дезинфекции последней и, по возможности, наложении глухих швов на синовиальную оболочку для создания герметичности полости сустава. Опыт войны показал, что такая первичная обработка ран суставов почти не производилась, а в большинстве случаев применялась лишь тугая тампонада раны с хлорамином. Демонстрируются таблицы, из которых видно, что ранений крупных суставов правой стороны было 45% и левой 55%, что объясняется большим выстоянием левой половины тела во время боя. Пулевых ранений суставов было 64% и осколочных — 36%, причем особенно высок процент пулевых ранений для плечевого сустава. Превалирование пулевых ранений над осколочными объясняется особенностями ведения войны в лесу и применением противником автоматического оружия. Ранения плечевого сустава капсуло-синовиальные и с ограниченным повреждением эпифизов протекали гладко при консервативном лечении, а при обширном разрушении эпифизов производилась преимущественно резекция, которая давала хороший ближайший результат. Лечение ранений локтевого и голеностопного суставов проводилось преимущественно консервативно.