

3. Интракраниальная гипотензия. В положении лежа ЛД менее 981 Па, а сидя — менее 1961 Па.

4. Интракраниальная дистензия. Максимальное давление при пробе Квеккенштедта более чем в 3 или менее чем в 2 раза выше исходного.

5. Картина частичного блока в системе церебральной ликвороциркуляции. Минимальное давление при пробе Квеккенштедта более чем на 196 Па превышает исходное.

6. Гидроцефалия. ЛД после выпуска ликвора снижается менее чем на 98 Па на каждый 1 мл выпущенного ликвора. О гидроцефалии свидетельствует также синдром «разведенного» или «разжиженного» ликвора, при котором в ликворе снижено содержание белка, хлоридов и кальция.

Для регистрации показателей ликвородинамики и результатов их анализа мы использовали бланки следующей формы:

ЛЮМБАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ

Ф. И. О. _____

Дата _____

Цвет ликвора, его прозрачность и другие данные визуального изучения. _____

Ликворное давление в положении больного сидя, Па	Ликворное давление в положении больного лежа, Па				
	проба Квеккенштедта			выпущено ликвора, мл	после выпуска ликвора, перед извлечением иглы
	исходное — сразу после люмбального прокола	максимальное — через 10 с компрессии	минимальное — через 10 с после прекращения компрессии		
1961—2942	981—1471	в 2—3 раза выше исходного	равно исходному	3—6	на 294—588 Па ниже исходного

Заключение (нужное подчеркнуть): 1) норма, 2) гипертензия, 3) гипотензия, 4) дистензия, 5) частичный блок церебральной ликвородинамики, 6) открытая гидроцефалия.

По этой методике люмбальной пункции, регистрации и анализа полученных данных нами обследовано 278 больных с отдаленными последствиями закрытых травм головного мозга. У всех обследованных больных обнаружены отдельные варианты нарушений ликвородинамики или различные их сочетания. Интракраниальная гипертензия выявлена у 88% обследованных, интракраниальная гипотензия — у 19,1%, интракраниальная дистензия — у 46%, картина частичного блока в системе ликвороциркуляции — у 23%, гидроцефалия — у 54%.

Наш опыт комплексного изучения состояния ликвородинамики у больных с отдаленными последствиями травм головного мозга показывает, что использование ликвородинамической пробы расширяет диагностические возможности люмбальной пункции. Внедрение единого унифицированного бланка регистрации данных люмбальной пункции значительно облегчает их трактовку и дальнейшую научную обработку.

УДК 616.831.959—003.215—089

Канд. мед. наук В. И. Данилов, Р. В. Сарымсаков, П. А. Зельцер (Казань).
Хроническая травматическая эпидуральная гематома в затылочной области

З., 43 лет, 24/1 1977 г. упал и ударился головой. Потерял сознание на несколько минут. В первые часы после травмы была многократная рвота. 25/1 З. был госпитализирован в нейрохирургическое отделение. При поступлении жаловался на головную боль и головокружение.

Сознание ясное. АД 16/10,7 кПа, пульс 70 уд. в 1 мин, число дыханий 16. Симптомы раздражения оболочек головного мозга не выявляются. Очаговая симптоматика представлена левосторонней гемианопсией. В детстве болел менингитом. Последние пять лет периодически отмечались сенсорные джексоновские припадки в левой руке, иногда с кратковременным выключением сознания. На обзорных рентгенограммах черепа не обнаружено признаков травматических повреждений. Усилен рисунок пальцевых вдавлений по своду черепа. Произведена правосторонняя каротидная ангиография. Однако ангиограммы были неправильно оценены и сделано заключение лишь о внутренней гидроцефалии. Предположение об объемном интракраниальном процессе травматического происхождения было отвергнуто. На фоне дегидратационной терапии

к 31/І 1977 г. головная боль уменьшилась. Вместе с тем появились левосторонний гемипарез и нарушение глубокой чувствительности в пальцах левой стопы. Глазное дно без особенностей.

5/ІІ по желанию родственников З. был транспортирован в Казань для дальнейшего лечения и обследования (переезд осуществлялся на машине скорой медицинской помощи, расстояние примерно 1000 км) и госпитализирован в нервное отделение.

6/ІІ усилилась головная боль, углубился парез левого лицевого нерва, появились птоз справа и симптомы орального автоматизма. В последующие дни развилась левосторонняя пневмония. 16/ІІ обнаружены застойные соски на обоих глазах.

18/ІІ больной переведен в нейрохирургическое отделение. Сомнолентен. Критика снижена. АД 13,3/9,3 кПа, пульс 56 уд. в 1 мин., число дыханий 16. Птоз справа. Зрачки правильной формы, равны. Парез отводящих нервов, больше слева. Горизонтальный нистагм, грубее вправо. Левосторонняя гемипарезия. Парез левого лицевого нерва по центральному типу. Девиация языка влево. Глубокий, преимущественно дистальный, левосторонний гемипарез, доходящий до плечги в кисти. Нарушение мышечно-суставного чувства в дистальных отделах левых конечностей. Оболочечных знаков нет. При эхоэнцефалографии выявлено смещение срединных структур головного мозга влево на 6 мм. На ЭЭГ определяется очаг патологической активности в правой теменно-затылочной области. Данные каротидной ангиографии от 26/І 1977 г.: фас — незначительное смещение передней мозговой артерии на участке А₃ влево, сильвиева точка дислоцирована вниз. Патологическая извитость внутренней сонной артерии на экстракраниальном участке; профиль — магистральные сосуды напряжены, увеличено расстояние между передней и средней мозговыми артериями. В затылочной области определяется бессосудистая зона в форме вертикально расположенного серпа.

На 26-й день после травмы диагностирована интракраниальная гематома в затылочно-теменной области. Произведена костнопластическая трепанация. Обнаружена эпидуральная гематома объемом примерно 250 мл. После ее удаления твердая мозговая оболочка отстояла от внутренней пластинки черепа в центральной части гематомы на 6 см. Площадь, занимаемая гематомой, имела форму круга диаметром 10 см (над затылочной долей и задними отделами теменной доли).

Послеоперационное течение было без осложнений. З. выписан спустя три недели в удовлетворительном состоянии со значительным регрессом неврологических нарушений.

При осмотре через 2 года здоров, работает по специальности.

УДК 616.716.1+616.716.4+617.52]-001.45-036.88

Доц. И. Г. Ямашев, В. Б. Матвеев (Казань). О летальных исходах огнестрельных ранений и воспалительных процессов челюстно-лицевой области

Мы проанализировали летальные исходы, которые наблюдались в стоматологическом отделении за последние 18 лет (с 1957 по 1974 г.). Умерло 9 больных (лиц женского пола — 4, мужского — 5), в том числе в возрасте 11 лет — 1, от 31 года до 40 лет — 2, от 41 до 50 лет — 4, старше 50 лет — 2. У 4 больных летальный исход был связан с огнестрельным ранением и у 5 — с воспалительным процессом.

Причиной летального исхода при огнестрельном ранении челюстно-лицевой области являлись, как правило, тяжелейший шок и повреждение головного мозга. Такие больные погибали в первые сутки после получения ранения.

Гибель больных с воспалительным процессом в челюстно-лицевой области была связана, как правило, с тромбозом твердой мозговой оболочки, септикопиемией, медиастинитом, дистрофическими изменениями внутренних органов. В качестве иллюстрации приводим выписку из истории болезни.

О., 41 года, поступил в отделение 5/VIІ 1974 г. с жалобами на припухлость в подбородочной и подчелюстной областях, слабость, головную боль, боли при глотании. Болен свыше 10 дней. Появление припухлости в подчелюстной области связывает с зубной болью. В связи с ухудшением общего состояния 4/VIІ обратился в районную больницу, откуда был переведен в стационарное отделение Республиканской стоматологической поликлиники.

При поступлении общее состояние больного тяжелое, сознание ясное. Температура 36,6°, АД 16/9,3 кПа. Со стороны внутренних органов патологии не определяется.

Местно: резкая асимметрия лица за счет отека и инфильтрации мягких тканей подчелюстной, подбородочной, щечной и скуловой областей справа. Отек распространяется на шею до ключицы. Кожа в указанных областях багрово-цианотичного цвета. Пальпаторно в подчелюстной и подбородочной областях выявляется флюктуация. Открывание рта ограничено до 1 см. Слизистая оболочка за 8-м зубом эрозирована, из имеющегося здесь свищевого хода выделяется гной. Все зубы интактны.

5/VIІ под инфильтрационной и проводниковой анестезией произведено вскрытие флегмоны подчелюстной и подбородочной областей с удалением 8-го зуба. Выделилось большое количество гноя. Рана дренирована резиновыми полосками. Назначены антибиотики, сульфаниламидные и антигистаминные препараты, комплекс витаминов, сердечные средства. 6—7/VIІ общее состояние продолжало оставаться тяжелым. Больному