

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

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

18/II 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 плечей 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/I 1977 г.: фас — незначительное смещение передней мозговой артерии на участке A_3 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 бессудистая 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/VII 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/VII 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 подбородочной, 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/VII 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/VII общее состояние продолжало оставаться тяжелым. Больному

делали перевязки с обильным и частым промыванием послеоперационной раны растворами перекиси водорода, марганцевокислого калия, ферментов.

8/VII общее состояние резко ухудшилось. Температура повысилась до 38°. Отек и гиперемия кожи распространились на грудь. При пальпации шеи и верхнего отдела грудной клетки выявляется крепитация. Из послеоперационных ран обильно выделяется гной с пузырьками газа. Для лучшего оттока гноя расширена рана в подчелюстной области. АД упало до 8/4 кПа, пульс 160 уд. в 1 мин. Произведена венесекция. Введены полиглюкин, гидрокортизон, комплекс витаминов, эуфиллин, хлористый кальций, кордиамин, глюкоза, кокарбоксилаза, противогангренозная сыворотка. Через 30 мин АД 12/9,3 кПа, через 5 ч — 16/10,7 кПа. В дальнейшем продолжалась интенсивная терапия, которая включала кровезаменители, сердечные средства, витамины, мочегонные и другие препараты по показаниям; введение противогангренозной сыворотки.

9—10/VII общее состояние продолжает ухудшаться. Интенсивная терапия проводится в полном объеме. 11/VII состояние больного крайне тяжелое. Он с трудом вступает в контакт. Тоны сердца глухие, отмечается некоторое увеличение границ сердечной тупости. АД 16/10,7 кПа, пульс 120 уд. в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения. В легких — ослабленное дыхание, разнокалиберные влажные хрипы. В 11 ч из послеоперационной раны открылось кровотечение. Проведен гемостаз. В 15 ч сознания нет. Пульс не прощупывается. Дыхание Чейна—Стокса. В 15 ч 30 мин наступила смерть.

Заключение патологоанатома: острый остеомиелит нижней челюсти; газовая гангрена подбородочной, подчелюстной областей шеи, передней поверхности верхней трети грудной клетки; передний медиастинит; двусторонний гнойно-геморрагический плеврит; двусторонняя очаговая нижнедолевая пневмония; дистрофические изменения и венозное полнокровие внутренних органов.

Больные с воспалительными процессами челюстно-лицевой локализации поступали, как правило, в крайне тяжелом состоянии, с уже развившимися серьезными осложнениями в виде сепсиса, медиастинита, пневмонии, менингита, абсцесса или отека мозга, причем до поступления в отделение они либо не получали лечения, либо их лечили консервативными методами.

УДК 617.553—005.1—076.3:616—008.853.2

Ш. Г. Сатдаров (Казань). Прогностическое значение уровня лимфоцитов в крови при забрюшинных кровоизлияниях

Для определения реакции лимфатической системы с учетом ее повреждения при тяжелых сочетанных травмах с забрюшинными кровоизлияниями нами изучены истории болезней 62 больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении по поводу закрытой травмы живота.

У 53 больных была выявлена лимфопения, выраженность которой зависела от тяжести состояния больного, локализации и распространенности забрюшинной гематомы. Тотальная забрюшинная гематома, заполнившая все забрюшинное пространство от тазовых костей до диафрагмы с двух сторон, наблюдалась у 37 больных; при этом показатели лимфоцитов были наименьшими — от 2 до 8%. При правосторонней локализации гематомы у 10 больных лимфопения составляла от 5 до 14%, т. е. была менее значительной, чем при тотальных гематомах, но более выраженной, чем при левосторонней их локализации (от 12 до 18%), что связано, вероятно, с топографоанатомическими особенностями грудного протока.

У больных, у которых заболевание привело к смертельному исходу (11 чел.) число лимфоцитов еще больше уменьшилось или же оставалось предельно малым — от 2 до 5%; у остальных 42 больных количество лимфоцитов через 2—3 сут увеличилось и при выписке из стационара приближалось к норме. Увеличение лимфоцитов сопровождалось также последующим улучшением общего состояния, нормализацией содержания эритроцитов, гемоглобина, гематокрита и лейкоцитов.

У 9 больных, у которых лимфопения отсутствовала, травма и забрюшинная гематома были относительно не тяжелыми.

Следовательно, лимфопения может иметь диагностическое и прогностическое значение (в совокупности с другими клиническими и лабораторными данными) в экстренной хирургии и травматологии.

УДК 616.718—053.9—001.5—07:612.398.132

Проф. Г. М. Николаев, А. Н. Гаджиев, И. Х. Гарифуллин (Казань). Содержание сульфгидрильных групп крови у лиц пожилого и старческого возраста при переломах длинных трубчатых костей

Нами проведено исследование содержания сульфгидрильных (SH-) групп крови по модифицированной методике В. В. Соколовского у 98 пострадавших с переломами длинных трубчатых костей в возрасте от 60 до 90 лет и старше. Концентрацию SH-групп определяли в динамике — в день поступления в клинику и на 2—4—5—10—15—30—45-й дни госпитализации.

В норме содержание SH-групп в цельной крови у лиц молодого возраста колеба-