

1. Гисселевич Е. Л. Грудная хирургия, 1963, 3. — 2. Зернов Н. Г. Там же, 1960, 5; В кн.: Проблемы педиатрии. Медгиз, Л., 1962. — 3. Петровский Б. В., Кешишева А. А. Хирургическое лечение открытого артериального протока. Медгиз, М., 1963. — 4. Розенфельд Е. Л. В кн.: Химические основы процессов жизнедеятельности. Медгиз, М., 1962. — 5. Цветкова И. В. Вopr. мед. химии, 1961, 7. — 6. Ruggiero G., Salmoni E., Boccalatte A., Maisano D. Minerva pediat., 1962, 14, 39, 1011—1014. — 7. Slodki Sheldon J., Bronski D. Am. Heart J., 1964, 68, 3, 316—319.

УДК 616.714/716—616.831—616—001

## КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТРАВМОЙ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА

Г. С. Книрик

*Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — ст. научн. сотр. У. Я. Богданович)*

Мы проанализировали истории болезни 1022 чел. с острой травмой черепа и головного мозга, находившихся на лечении в отделении нейрохирургии Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии с 1961 по 1964 гг. У 901 больного была закрытая травма черепа и головного мозга и у 121 — открытая.

Распределение больных по характеру повреждения представлено в табл. 1.

Таблица 1

| Закрытая травма            |         |         |                      |         |         | Открытая травма           |                           |                           |                         |
|----------------------------|---------|---------|----------------------|---------|---------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|
| сотрясение головного мозга |         |         | ушиб головного мозга |         |         | сдавление головного мозга | повреждение мягких тканей | непроникающее повреждение | проникающее повреждение |
| легкое                     | среднее | тяжелое | легкий               | средний | тяжелый |                           |                           |                           |                         |
| 409                        | 256     | 16      | 52                   | 101     | 32      | 35                        | 29                        | 45                        | 47                      |

Причиной сдавления головного мозга послужила травматическая внутричерепная гематома (у 18 больных), отек и набухание мозга (у 1), смещение костных отломков свода в полость черепа (у 16). У 35 больных закрытая травма головного мозга сочеталась с повреждением костей свода и у 78 — с переломом основания черепа.

Диагностика внутричерепных гематом, особенно тех, которые образовались от противоудара, трудна. В этих случаях на помощь приходит метод наложения фрезовых отверстий. Он позволил нам выявить гематомы у 18 больных, из них у 7 — расположенные на другой стороне.

Пневмоэнцефалографию мы производили у большинства больных с подозрением на внутричерепную гематому супратенториальной локализации. Это способствовало выявлению интракраниальной гипер- или гипотензии. Рентгенограммы черепа после введения кислорода интратюмбально (у 18 больных) давали возможность судить о наличии и локализации гематомы.

Больных с сотрясением и ушибом головного мозга лечили консервативно (гемостатические средства, осмотерапия; антигистаминные и седативные препараты).

При тяжелых ушибах головного мозга в первую очередь проводили противошоковые мероприятия с последующим консервативным лечением.

Если травма черепа и головного мозга сопровождалась субарахноидальными кровоизлияниями и менингеальными знаками, делали люмбальную пункцию с введением кислорода в субарахноидальное пространство. Сдавление мозга внутричерепной гематомой (или от другой причины) являлось поводом к оперативному вмешательству.

При открытой травме черепа и головного мозга всегда производили первичную обработку раны. Больных с тяжелой травмой черепа и головного мозга, за исключением находящихся в безнадежном состоянии (8 чел.), после выведения из шока оперировали.

При чистых ранах первичная обработка открытой травмы черепа и головного мозга завершалась первичной пластикой костных дефектов. Аллопластика произведена у 24 больных, закрытие дефекта костью плода — у 16 детей. В случае противопоказаний к немедленному закрытию костного дефекта пластику производили в срок от 3 месяцев до года.

При первичной обработке ран черепа и головного мозга мы широко применяли глухой шов.

37 больным с тяжелой травмой черепа и головного мозга с нарушением дыхания были наложены трахеостомы с применением аппаратного дыхания, что позволило спасти 9 больных, находившихся в состоянии асфиксии.

Результаты лечения отражены в табл. 2 и 3.

Таблица 2

| Степень повреждения | Было больных        |                | Выздоровели         |                | Ограничено трудоспособны |                | Имеют инвалидность  |                | Умерло              |                |
|---------------------|---------------------|----------------|---------------------|----------------|--------------------------|----------------|---------------------|----------------|---------------------|----------------|
|                     | с сотрясением мозга | с ушибом мозга | с сотрясением мозга | с ушибом мозга | с сотрясением мозга      | с ушибом мозга | с сотрясением мозга | с ушибом мозга | с сотрясением мозга | с ушибом мозга |
| Легкая . .          | 409                 | 52             | 261                 | 7              | 118                      | 37             | —                   | 8              | —                   | —              |
| Средняя . .         | 256                 | 101            | 43                  | —              | 209                      | 65             | 4                   | 36             | —                   | —              |
| Тяжелая . .         | 16                  | 32             | —                   | —              | 10                       | 6              | 6                   | 10             | —                   | 16             |
|                     | 681                 | 185            | 304                 | 7              | 367                      | 108            | 10                  | 54             | —                   | 16             |

У 15 больных с ушибом головного мозга возникли осложнения: психические нарушения (у 11) и менингоэнцефалит (у 4).

Таблица 3

| И с х о д                              | Всего больных | Гематомы     |              |                 | Отек мозга | Смешение отломков |
|----------------------------------------|---------------|--------------|--------------|-----------------|------------|-------------------|
|                                        |               | эпидуральные | субдуральные | внутри-мозговые |            |                   |
| Выздоровление . . . . .                | 5             | 4            | 1            | —               | —          | —                 |
| Ограничение трудоспособности . . . . . | 22            | —            | 8            | —               | —          | 14                |
| Инвалидность . . . . .                 | 4             | —            | —            | 2               | —          | 2                 |
| Умерло . . . . .                       | 4             | —            | —            | 3               | 1          | —                 |

В результате лечения (первичной обработки раны и последующего послеоперационного ухода) больные с открытой травмой черепа и головного мозга через 1,5—2 месяца поправлялись и в дальнейшем становились трудоспособными. Больные с открытыми проникающими ранениями черепа и головного мозга в стационаре находились по 3—4 месяца. Ограничение трудоспособности наступило у 11 чел., инвалидность — у 26; 8 умерло в связи с чрезвычайно тяжелой, несовместимой с жизнью травмой.

УДК 616—001.5—617.7—001—616—005.1

## ВНУТРИГЛАЗНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПРИ ПРОБОДНОМ РАНЕНИИ ГЛАЗА

В. А. Смирнов

Кафедра глазных болезней (и. о. зав. — доц. К. И. Гафарова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина  
Научный консультант — проф. А. П. Нестеров

Разработка истории болезни пострадавших с прободными ранениями глаза, лечившихся в глазном отделении Республиканской офтальмологической больницы с 1936 по 1955 г., привела нас к заключению, что внутриглазные кровоизлияния встречаются довольно часто.

Гемофтальм (заполнение всего стекловидного тела кровью) был обнаружен в 179 глазах (177 чел.), или в 8,44% к числу ранений глаз (2075).

В табл. 1 представлено распределение гемофтальма по видам травматизма. Совершенно отчетливо выступает относительное преобладание гемофтальма при бытовом травматизме. При бытовых травмах повреждения наносились часто тупыми