

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

Таблица 1

Вид травматизма	Всего больных с прободным ранением глаза	Больных с гемофтальмом
Промышленный	728	62
Сельскохозяйственный . .	264	20
Детский	546	40
Бытовой	298	55

предметами, что способствовало геморрагиям. Другие виды травматизма дали примерно одинаковое количество гемофтальма. Травматический иридоциклит при гемофтальме наблюдался в 67,6% (у 121 чел.), гнойная инфекция — в 3,36% (у 6). Симпатическая офтальмия не отмечена ни разу. Вторичная глаукома установлена в 3 глазах. Инородные тела найдены в 27 глазах.

При лечении больных гемофтальмом применялось переливание крови, осмотерапия, оксигенотерапия, парафинотерапия. Отсасывание стекловидного тела проведено в единичных случаях, в сравнительно поздний период, и особого эффекта не дало. Переливание крови и оксигенотерапия стали применяться только в послевоенный период и давали несколько лучший эффект, чем другие методы лечения. Умеренных кровоизлияний в стекловидное тело выявлено 70, кровоизлияний на дне глаза — 16. Кровоизлияние в переднюю камеру как самостоятельное осложнение было в 234 глазах (11,2%), а в сочетании с другими кровоизлияниями внутрь глаза — в 342 (16,43%). Всего внутриглазных кровоизлияний при прободной травме глаз было 499 (24%).

За 1956—1960 гг. внутриглазные кровоизлияния установлены уже у 94 чел., а только за один 1966 г. — у 30 чел., или в 36,7% к числу больных с прободными ранениями глаза. Мы не можем с уверенностью сказать, что в последние годы увеличилось число больных с внутриглазными кровоизлияниями при прободном ранении глаза, так как, очевидно, за прошлые годы недостаточно точно учитывались эти геморрагии, но все же такая возможность вполне вероятна.

Самым тяжелым из внутриглазных кровоизлияний является, конечно, гемофтальм. Исходы гемофтальма при прободном ранении глаза были неблагоприятными. Практическая слепота (зрение от 0 до 0,05) была зарегистрирована в 87,8%. Среди всех слепых на раненый глаз слепота от гемофтальма составила 10,6%. Умеренные кровоизлияния в стекловидное тело дали в 30% слепоту на раненый глаз.

Кровоизлияния в переднюю камеру (гифема) сами по себе быстро рассасываются, но нередко являются признаком более глубокого повреждения глаза.

Результаты лечения при массивных внутриглазных кровоизлияниях пока мало утешительны. Необходимо искать новые методы терапии.

УДК 616.728.2—002

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОЙ И ЮНОШЕСКОЙ ДИСТРОФИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СОХА VARA

С. П. Карпов

Кафедра ортопедии и травматологии (зав. — проф. Л. И. Шулушко) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Из находившихся под нашим наблюдением 76 больных детской и юношеской дистрофической формой соха vara 74 получали активное консервативное или оперативное лечение (у 7 проводилось лечение обоих тазобедренных суставов).

Преобладает мнение о неэффективности консервативного лечения. На наш взгляд, это обусловлено поздним выявлением заболевания, когда развиваются значительные деструктивные изменения и варусная деформация шейки бедренной кости. Наш опыт показывает, что консервативное лечение в начальной стадии заболевания, когда варусная деформация шейки еще незначительна, вполне эффективно.

Консервативным лечением решаются две задачи: устранение статической нагрузки и усиление кровоснабжения шейки бедренной кости. Мы применяли консервативное лечение (разгрузка конечности, щадящий режим, парафиновые аппликации и ионофорез с 10% раствором CaCl_2 на область тазобедренного сустава) при I—II стадии детской и юношеской дистрофической соха vara, при варусной деформации шейки не менее 110° — 105° (4 больных). При шеечно-диафизарном угле менее 105° неблагоприятные биомеханические условия в тазобедренном суставе, возникающие при возобновлении нагрузки на конечность, могут способствовать рецидиву заболевания.