

признаки выражены обычно. Женат, имеет 7 детей, дети здоровы. Другие перенесенные заболевания С. не помнит, травму головы отрицает. Судя по анамнезу и клинической картине, в 1938 г. у больного был разрыв кисты краниофарингиомы с развитием менингеальной картины, а затем рост опухоли продолжался в сторону стенки пещеристой пазухи с последующим нарушением функции глазодвигательных нервов. Клинически это проявлялось в виде синдрома прогрессирующей офтальмоплегии. Общемозговые явления не были выражены, а другие неврологические синдромы развились лишь в последнее время, по мере роста опухоли. Не было также эндокринных нарушений, за исключением низкого роста больного.

О возможностях развития прогрессирующей офтальмоплегии при интраселлярных опухолях писали и другие авторы, в литературе описано около 40 таких случаев.

Таким образом, у 4 из 6 наших больных истинная природа синдрома прогрессирующей офтальмоплегии выяснилась через некоторое время (в последнем случае — через 30 лет), а у 2 она еще не установлена. Нарушением функции глазных мышц могут манифестировать различные по этиологии и патогенезу заболевания не только нервной, но и других систем, порой являясь предвестником тяжелого патологического процесса. Поэтому ранняя постановка диагноза «хроническая прогрессирующая офтальмоплегия» может оказаться дезориентирующей. Нам представляется целесообразным трактовать неясные случаи как синдром прогрессирующей офтальмоплегии невыясненной этиологии. Это побуждает врача продолжать динамическое наблюдение с проведением всестороннего обследования. С другой стороны, тяжелое приобретенное церебральное заболевание может начаться на фоне врожденной (наследственной) аномалии глазодвигательного аппарата, что также необходимо учитывать при анализе общей клинической картины.

## ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616. 714/716—089. 844

Доц. Л. И. Никошин (Казань). Компрессионный метод пластики дефектов черепа

В последнее время при лечении переломов костей все большее применение находит метод компрессии. Создавая тесный контакт отломков, обеспечивая полную неподвижность их, он ускоряет регенеративные процессы в кости и приводит к заживлению перелома первичным натяжением с образованием сразу костной мозоли. Этим значительно сокращаются сроки и улучшаются результаты лечения. Методом компрессии пользуются и при пластике трубчатых костей. Относительно же его применения при пластике дефектов костей черепа мы не нашли данных.

Для выяснения возможности использовать метод компрессии при краниопластике мы производили в опытах на 22 собаках аутопластику дефектов черепа размерами от 2,5 до 7 см<sup>2</sup> пластинкой подвздошной кости, взятой по способу Леви и Зифферта. Поскольку сила и характер компрессии значения не имеют, а важен лишь сам факт сдавления, мы применили его в измененном виде с учетом упругости костей свода черепа. Для этого несколько увеличенный в некоторых своих размерах аутотрансплант (обычно по одной из осей — при прямоугольной его форме или по одному из диаметров — при округлой) вставляли в дефект с приложением некоторого усилия плотно, до полной неподвижности и точного сопоставления с краями дефекта.

У всех подопытных животных раны зажили первичным натяжением. Дальнейшее наблюдение продолжалось от 10 дней до 18 месяцев. В течение этого времени общее состояние собак оставалось хорошим.

В контрольных опытах на 4 собаках аутопластика дефектов черепа была произведена без применения компрессии (трансплантаты меньше дефектов). У 2 животных наступило частичное рассасывание трансплантатов, и последние были удалены; у остальных произошла фиксация трансплантатов к твердой мозговой оболочке без костной связи с краями дефекта.

### ВЫВОДЫ

1. Компрессионный метод пластики дефектов костей свода черепа дает хорошие результаты в эксперименте. Уже на ранних сроках после операции устанавливается тесная связь трансплантата с краями дефекта.

2. Метод компрессии сокращает сроки лечения: через 10 дней наступает прочная фиксация трансплантата в дефекте.

3. Хорошие результаты экспериментов и простота техники позволяют рекомендовать этот метод для применения в клинике.

УДК 616—001

#### А. А. Сайфеев (Нижекамск). Редкая комбинированная травма с благоприятным исходом

С., 18 лет, доставлен 27/IX 1967 г. после автомобильной катастрофы в сопорознокотозном состоянии с резко выраженным психомоторным возбуждением. Установлен следующий диагноз: перелом основания черепа в области передней черепной ямки, ушиб головного мозга тяжелой степени, субарахноидальное кровоизлияние, закрытый перелом левой лонной кости без смещения, закрытый оскольчатый перелом средней трети левого бедра со смещением, открытый винтообразный перелом костей левой голени, вывих правого бедра, закрытый надмыщелковый перелом бедра со смещением, шок средней тяжести, травматический психоз.

Кожа и видимые слизистые бледно-сизюшного цвета, холодный липкий пот по всей поверхности тела, черты лица заострены, обширное подкожное кровоизлияние в области обеих глазниц. Дыхание поверхностное. 12—13, ослабленное; перкуторный звук всюду легочный, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы, тоны глухие, АД 90/50, пульс 120, слабого наполнения и напряжения. Живот обычной конфигурации, патологических симптомов нет. Правосторонняя пирамидная недостаточность, резко выраженные менингеальные знаки. В люмбальном ликворе сплошная кровь. Недержание мочи и кала.

Начато лечение: футлярные блокады, локальная гипотермия; первичная хирургическая обработка; вправление вывиха правого бедра, затем скелетное вытяжение на функциональной шине Л. И. Шулутко; дегидратационная и противошоковая терапия, включающая анальгетики; переливание противошоковой жидкости, многократные переливания крови, кровезаменителей; седативные средства, антибиотики; неоднократные люмбальные пункции до полной санации ликвора.

Состояние продолжительное время оставалось тяжелым. Только к концу 2-го месяца у больного исчезли симптомы психоза. Большой стал просить судно; поведение его стало осмысленным, физиологические отправления нормализовались.

24/XI состояние вполне удовлетворительное. На контрольных рентгенограммах: сросшийся перелом лонной кости слева, срастающиеся переломы диафизов левого бедра, левой голени, нижней трети правого бедра. Большой снят со скелетного вытяжения, начата усиленная, активная ЛФК, парафиновые аппликации на области голеностопных, коленных и тазобедренных суставов. После снятия со скелетного вытяжения больной передвигался с помощью коляски.

Через 5 месяцев со дня травмы больной стал передвигаться самостоятельно, с помощью костылей. 6/III 1968 г. выписан на амбулаторное лечение.

Через 4 года после травмы жалоб нет. Со стороны ЦНС патологических знаков не обнаружено, функции нижних конечностей не нарушены. После перенесенной травмы больной закончил электротехникум связи и работает по специальности.

УДК 616. 147. 3—007. 64—616—08—06

#### Доктор мед. наук М. Ф. Муравьев, Ю. В. Перевошиков (Ижевск). О предупреждении осложнений при склерозирующем лечении варикозного расширения вен нижних конечностей

Нередким осложнением склерозирующего лечения является образование интравенозных гематом (при склерозировании варикозно расширенных вен большого калибра), а также тромбофлебит, распространяющийся на коммуникантные и глубокие вены. Для предупреждения этих осложнений мы применяли меры, верность которых подтверждает анализ результатов лечения. С 1966 по 1970 г. нами проведено склерозирующее лечение 500 больным. У 194 из них просвет варикозно расширенных вен был более 0,8 см, с довольно плотными, ригидными стенками и выраженными трофическими изменениями кожи на голени (отеки, пигментация, индурация язвы).

60 больным склерозирующее лечение проводили без предварительной подготовки и бинтами или накладывании цинк-желатиновых повязок от пальцев стопы до коленного сустава сроком на 2 недели, после чего повязки заменялись новыми. При этом больные продолжали свою трудовую деятельность, ходили с повязкой до полного заживления язв, исчезновения отеков, уменьшения пигментации, индурации кожи и подкожной клетчатки. Стенки варикозных вен становились более эластичными, мягкими и хорошо спадались. Подготовка к лечению по указанной методике длилась в среднем до 4 недель, в зависимости от выраженности трофических изменений на голени.