

Не меньшее значение имеет профилактика послеоперационной постуральной гипотензии. С этой целью к моменту поворота больного из вынужденного положения на спину мы принимаем меры для полной нормализации объема циркулирующей крови (переливание крови и кровезаменителей), восстановления сосудистого тонуса (мезатон, норадреналин, метоксамин, глюкостероиды) и улучшения сократительной функции миокарда (глюкоза, дифосфатфруктоза, АТФ, кокарбоксилаза, витамины В₁, В₆, С). Поворот тела выполняем медленно, поэтапно. При низком венозном давлении целесообразно кратковременное придание телу умеренного положения Тренделенбурга с последующим поворотом его на спину.

По окончании травматического этапа операции наркоз у этой группы больных ведем только закисьем азота (2:1, 1:1) и не применяем нейроплегических, антигистаминных средств, что способствует более быстрому восстановлению компенсаторно-адаптационных механизмов сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма.

УДК 616.714/716—616—001—616—003.215

Канд. мед. наук Г. С. Книрик, Е. К. Валеев (Казань). Эхоэнцефалография при внутричерепных гематомах

Диагностика интракранеальных гематом представляет значительные трудности. Наряду с применением клинических и других методов обследования, мы с 1969 г. используем одномерную эхоэнцефалографию с помощью отечественного эхоэнцефалографа ВНИИПМ «Эхо-11».

За последние 9 лет были выявлены травматические внутричерепные гематомы у 115 больных, из них 17 были в крайне тяжелом состоянии и вскоре скончались, несмотря на принятие мер по реанимации. У них внутричерепные гематомы были найдены на патологоанатомическом вскрытии.

98 больных (возраст — от 4 до 79 лет) были прооперированы. Эпидуральные гематомы были у 42, субдуральные — у 33, эписубдуральные — у 6, внутримозговые — у 16, желудочковые — у 1 больного.

Эхоэнцефалография совершенно безвредна. С ее помощью мы диагностировали внутричерепные гематомы у 23 больных при закрытой травме черепа и головного мозга. При внутричерепной гематоме на эхоэнцефалограмме мы получали смещение срединного эха, смещение эхосигналов боковых желудочков, а иногда и появление импульсов непосредственно от очага кровоизлияния. Таким образом, спустя 5—7 мин. от начала обследования появлялась возможность судить о наличии или отсутствии интракранеальной гематомы. У 4 больных с кровоизлиянием в полюса лобной и затылочной долей, при двусторонних гематомах и выраженном отеке головного мозга возникало множество интенсивных импульсов от различных структур головного мозга, и срединное эхо выявлялось с большим трудом. При указанных обстоятельствах мы прибегали к наложению трепанационных отверстий в области предполагаемой гематомы.

Даже при правильной своевременной диагностике внутричерепной гематомы не всегда достигался успех от операции. Так, из 98 оперированных больных скончалось 28. Причиной смерти было вовлечение в патологический процесс ствола головного мозга (кровоизлияние, набухание, дислокация). О динамике заболевания мы судили по регрессу симптоматики и данным эхоэнцефалографии.

При благоприятном течении нормализация срединного эха наступала к концу первой недели. У 2 больных из 23 срединное эхо пришло к норме на 14—16-е сутки. У 1 из них после удаления обширной эпидуральной гематомы развился отек мозга, по поводу чего больной оперирован повторно на 11-е сутки после травмы.

В тех же случаях, когда в указанные сроки смещения М-эхо не устранялось (4 случая), на секции был констатирован отек и набухание головного мозга с наличием повторного кровоизлияния.

При обследовании через год после травмы у 11 больных с травматической болезнью головного мозга, жалующихся на умеренные головные боли, раздражительность, быструю утомляемость и плохой сон, эхоэнцефалография выявила расщепленное срединное эхо, связанное с получением отдельных импульсов от стенок 3-го желудочка, при этом расстояние между ними было более 7 мм. Это свидетельствовало о наличии внутричерепной гидроцефалии, что соответствует литературным данным. При пневмоэнцефалографии у этих больных диагноз подтвердился.

Таким образом, использование метода эхоэнцефалографии при обследовании больных с закрытой травмой черепа и головного мозга позволяет своевременно выявить внутричерепную гематому и судить о динамике процесса, происходящего в головном мозге в резидуальном периоде.

УДК 616—003.282—616—001—616.714/716

А. И. Стародубцев (Калуга). Ранняя диагностика травматической ликвореи

На протяжении ряда лет в процессе наблюдения и лечения больных с травматической и послеоперационной ликвореей было отмечено, что остающиеся на постель-

ном белле пятна от чистой крови и крови, смешанной с мозговой жидкостью, неодинаковы. Пятна, остающиеся после выделения из носа или уха чистой крови, характеризуются алым цветом с четкими краями; пятна, образующиеся после высыхания отделяемого, содержащего смесь крови с ликвором, как правило, розового цвета различной интенсивности (в зависимости от процентного соотношения крови и мозговой жидкости) — от интенсивно розового до слабо розового, с еще более светлым ободком по краям.

С помощью этого теста уже в первые 4—6 часов после травмы можно утверждать о наличии ликвореи, что позволяет в ранние сроки начать лечение, направленное на прекращение ликвореи и предупреждение гнойных внутричерепных осложнений (ранние люмбальные пункции с субарахноидальным введением газа и последующей специальной укладкой больного в постели, массивная терапия антибиотиками).

У 71 из 97 больных с наружной острой травматической ликвореей наличие мозговой жидкости в отделяемом было установлено методом индикации пятен уже в первые 4—6 часов после травмы, правильность этого предположения стала несомненной через 1—2 суток, когда полностью прекратилось кровотечение и стал выделяться чистый ликвор.

По интенсивности окраски пятен отделяемого можно косвенно судить о массивности субарахноидального кровоизлияния — более яркая розовая окраска говорит о массивном, а слабо розовая — о незначительном субарахноидальном кровоизлиянии.

Метод индикации пятен, оставляемых отделяемым на белье, прост в расшивровке, не требует длительного лабораторного исследования, а поэтому может быть рекомендован для более широкого применения в практической деятельности с целью ранней диагностики травматической ликвореи.

УДК 616.717.6—001.5—616.717.5—001.6

А. И. Горенштейн (Ленинград). Переломы локтевой кости в сочетании с задним вывихом головки луча у детей

Перелом локтевой кости с вывихом головки луча кзади встречается редко, особенно у детей.

Мы наблюдали 5 мальчиков и 2 девочек с такими повреждениями (возраст — от 4 до 12 лет). Все пострадавшие, за исключением одного, обратились со свежей травмой. Преобладало повреждение левой конечности (у 5). Больных с повреждением Монтеджи заднего типа с метафизарным переломом локтевой кости было 3, с повреждением заднего типа с диафизарным переломом локтевой кости — 4. Отломки локтевой кости во всех случаях были смещены под углом, направленным вершиной кзади и кнаружи. У мальчика И., 4 лет, был еще сочетанный вколоченный перелом шейки лучевой кости. Ни у одного из детей не было повреждений головки лучевой кости, в отличие от взрослых, у которых отрыв фрагмента головки луча является характерным компонентом повреждения Монтеджи с задним вывихом.

Механизм травмы при переломе метафиза и переломе диафиза локтевой кости был различным. У больных с метафизарным переломом травма возникла в результате падения с высоты с опорой на ладонь. В момент удара под действием силы, направленной по оси предплечья, и силы тяжести туловища, действующей изнутри кнаружи, происходит перелом локтевой кости в области метафиза со смещением отломков, направленным под углом кзади и кнаружи. Головка лучевой кости смещается в том же направлении, разрывая при этом кольцевидную связку и капсулу сустава. У больных с диафизарным переломом травма наступила в момент падения на спину с опорой на выпрямленную и супинированную руку. Происходящие при этом перерастяжение и чрезмерная супинация предплечья приводят к заднему вывиху головки луча с одновременным переломом диафиза локтевой кости.

Клиническая картина также была различной в зависимости от уровня перелома локтевой кости. При метафизарных переломах имелся сильный отек в области локтевого сустава, из-за которого не удавалось пальпировать смещенную кзади головку луча. При диафизарных переломах отек в области сустава меньше, головка лучевой кости обычно легко определялась кзади от наружного надмышелка плеча. Имелась также болезненная припухлость в средней трети предплечья, соответствующая месту перелома локтевой кости. Вывих головки луча приводит к почти полному ограничению движений в локтевом суставе: активные движения отсутствуют, пассивное сгибание — разгибание возможно в пределах 30°, ротация равна 0. Признаки травматического повреждения нервных стволов конечности не выявлены ни у одного больного.

Рентгенологическое исследование предплечья и локтевого сустава в передне-задней и боковой проекциях имеет решающее значение в постановке правильного диагноза. Могут встретиться затруднения при выявлении вывиха головки луча, особенно у детей младшего возраста. В этих случаях следует исходить из положения, что на рентгенограммах нормального локтевого сустава независимо от угла сгибания продольная ось лучевой кости обязательно проходит через середину головчатого возвышения плечевой кости.

Методом выбора при лечении этих повреждений являлась закрытая репозиция. Техника репозиции: путем тракции супинированного и разогнутого предплечья вправ-