

ном белые 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-

ляли вывих головки луча, при этом обычно устранялось и смещение отломков локтевой кости, иногда требовалось дополнительное пальцевое давление на вершину деформации. Конечность фиксировали тыльным гипсовым лонгетом от верхней трети плеча до пястно-фалангеальных сочленений в положении супинации предплечья и сгибания под углом 90—100°. Срок иммобилизации — 2—3 недели в зависимости от характера перелома и возраста больного.

Исход травмы в ближайшие сроки (1—3 месяца) прослежен у 5 больных со свежим повреждением; во всех случаях он был удовлетворительным. Результаты, проверенные у 2 больных в сроки 5—12 лет, показали полное восстановление анатомии и функции конечности.

УДК 616.147.3—007.64

Канд. мед. наук Г. А. Измайлов, В. М. Сурин (Казань) Аневризма вены бедра

Если артериальные или смешанные артерио-венозные аневризмы не представляют большой редкости, то изолированные венозные аневризмы встречаются как исключение. В отечественной литературе мы нашли лишь отдельные сообщения, а некоторые авторы вообще подвергают сомнению их существование.

Ввиду исключительности данной патологии приводим наше наблюдение.

Г., 68 лет, доставлен в машину скорой помощи 21/X 1963 г. с диагнозом: ущемленные правосторонняя бедренная и пупочная грыжи. Жалуется на резкие боли в правой паховой и пупочной областях, где имеются опухолевидные образования. Больным себя считает несколько лет, когда стал отмечать опухолевидное образование в области пупка; позднее появилось такое же образование в правом паху, временами уменьшающееся. Общее состояние больного удовлетворительное. Кожа и слизистые нормальной окраски. Костно-мышечная система без видимых патологических изменений. Дыхание везикулярное; тоны сердца несколько приглушены. Пульс 64, ритмичный, полный. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Небольшая неврипавимая пупочная грыжа. В правой паховой области, тотчас ниже пупартовой связки — припухлость, которая при натуживании увеличивается. Ввиду отсутствия показаний к экстренному хирургическому вмешательству больного решено оперировать в плановом порядке.

30/X 1963 г. под местной анестезией произведен разрез параллельно правой пупартовой связке, вскрыт паховый канал и обнажена шейка грыжевого мешка. Последний выделен, перевязан у основания и отсечен. Бедренное отверстие зашито по Руджи. Хотя грыжесечение было произведено, однако ниже пупартовой связки отчетливо выбухало опухолевидное образование, мягкое на ощупь. Образование было осторожно выделено тупым путем. Оно оказалось аневризматическим расширением вены бедра. Проведена аневризморафия с последующим укрытием аневризмы мягкими тканями. В послеоперационном периоде осложнений не было. Г. выписан 13/XI 1963 г. в удовлетворительном состоянии. Отечности ноги не наблюдалось.

УДК 616:14—007.64

Л. В. Кузин (Куйбышев). Склерозирующая терапия при варикозном расширении вен

При лечении больных с варикозным расширением вен нижних конечностей мы применяли смесь из водных растворов йода (2,5%) и йодистого натрия (3,5%) в количестве 2—5 мл. Больные лечились амбулаторно.

Противопоказаниями служили острый тромбоз, облитерирующий эндартериит нижних конечностей, недостаточная проходимость глубоких вен и тяжелые общие заболевания.

Проходимость глубоких вен определяли пробами Дельбе — Пертеса и Троянова — Тренделенбурга. Склерозирующий раствор впрыскивали в вену, наполненную и растянутую кровью.

Больного ставили на кушетку. Первую инъекцию в количестве 0,5—1,5 мл (в зависимости от калибра подкожных вен) производили в надлодыжечные вены с целью тромбирования патологически измененных коммуникационных вен. В дальнейшем инъекции производили в дистальные узлы, затем по мере тромбирования переходили к проксимальным. Сначала склерозированию подвергали боковые вены, а затем основные. За один сеанс делали одну инъекцию на каждой конечности и накладывали тугую повязку на сутки. Число инъекций колебалось от 3—4 до 12—17 на одной конечности и до 35—41 инъекции на обеих. Повторные инъекции делали через 3 дня, при наличии воспалительных явлений (перивенит) эти промежутки удлиняли (от 7 дней до 2 недель).

При введении раствора у всех больных появлялась кратковременная (10—20 сек.) жгучая боль в месте укола, которая распространялась вверх по вене, изредка боль возникала в икроножной мышце. В месте инъекции и чуть выше последней на следующий день появлялось уплотнение, распространяющееся выше по ходу вены на 3—5 см. Пальпация этого участка вызывала боль. Рассасывание уплотнений по ходу облитерированных вен происходит в течение 6—8 месяцев, а иногда до года и более.