

На передне-наружной поверхности нижней трети правого плеча — глубокая поперечная борозда кожи и мягких тканей, в среднем отделе которой кровотокающая ушибленная рана  $1,5 \times 0,5$  см с разрозненными краями. Пассивные движения в локтевом суставе в полном объеме, активные — невозможны из-за резкой болезненности в месте повреждения. Кожная чувствительность правого предплечья сохранена, пареза кисти нет.

При рентгенографии повреждения кости не обнаружено. Дополнительными разрезами кожи рана была расширена и определен полный поперечный разрыв брюшка плечевой мышцы и наружной половины брюшка двуглавой. Повреждения лучевого нерва нет. Разрозненные участки мышц экономно иссечены, концы разрывов сшиты кетгутотом. На кожу и фасцию наложены редкие швы. Большой выписан через неделю, гипсовая лонгета снята через две недели; проводилось физиотерапевтическое лечение и лечебная гимнастика. Через полтора месяца приступил к легкой физической работе, а через 3 — к основной профессии газосварщика.

УДК 616.71—001.5—611.717.4—611.833.7

#### **А. К. Зельцер (Ленинград). О повреждениях лучевого нерва при лечебных мероприятиях по поводу переломов плечевой кости и путях их профилактики**

По нашим наблюдениям, на 872 перелома плечевой кости повреждение лучевого нерва встретилось у 43 больных (4,9%). Всего в настоящее время мы располагаем данными о 67 повреждениях лучевого нерва при переломах плечевой кости и ложных суставах плеча. Из них у 22 больных повреждения нерва были получены при лечебных процедурах (при иммобилизации конечности, транспортировке, закрытых репозициях отломков костей, оперативных вмешательствах) по поводу переломов плечевой кости и их последствий.

У всех этих больных при поступлении неврологические расстройства отсутствовали, о чем имелись указания в записях первичного осмотра.

Перелом в верхней трети плечевой кости был у 1, в средней трети — у 12, в нижней трети — у 9. 20 переломов были закрытыми и 2 — открытыми, 19 сопровождались значительным смещением костных отломков, чем было вызвано применение тех или иных активных методов лечения.

Нарушения проводимости лучевого нерва возникли после наложения гипсовых повязок без репозиции — у 2, закрытых репозиций с наложением иммобилизации — у 7, различных операций по поводу переломов или ложных суставов — у 13 больных.

К травматизации нерва привело слишком тугое наложение гипсовой повязки или сдавление нерва развивающимся отеком.

При закрытых репозициях отломков плеча непосредственной причиной травмы лучевого нерва следует считать недостаточное вытяжение по длине в момент репозиции, а возможно и грубые действия репонирующего. Во всех этих случаях, помимо смещения отломков по ширине, рентгенологически отмечалось смещение отломков по длине. При попытке сопоставить отломки по ширине без достаточного вытяжения их по длине лучевой нерв мог, «провиснув», попасть между отломками и ущемиться ими. Во время невролиза, предпринятого впоследствии трем из этих больных, нерв оказался ущемленным между отломками кости. В таких случаях необходимо, во-первых, с помощью полноценной анестезии добиться хорошего расслабления мышц, применив, в случае необходимости, миорелаксанты. Во-вторых, перед сопоставлением отломков по ширине произвести вытяжение их по длине до появления небольшого диастаза (около 0,5 см), устранив тем самым «провисание» лучевого нерва. Каждый, репонировавший отломки при переломе плечевой кости, особенно в средней трети (подобный перелом был у пяти из семи больных этой группы), знает, насколько сложна эта задача. Помочь ее решению может применение аппаратов для репозиции. Только после полноценного вытяжения отломков по длине можно предпринять энергичное, но осторожное сопоставление отломков по ширине.

При оперативных вмешательствах по поводу переломов плечевой кости и их последствий непосредственные причины повреждения лучевого нерва были установлены лишь у 8. У двух из них лучевой нерв был пересечен при разъединении рубцов в области перелома. Обращает на себя внимание, что у обоих больных пересечение нерва произошло при подходе к области перелома нетипичным доступом. Поэтому нужно считать рациональным при операциях на плечевой кости, особенно в средней трети, во-первых, применять типичные доступы, анализ которых подробно произведен В. И. Варламовой (1956), и, во-вторых, в начале операции выделять лучевой нерв и отводить его, предохраняя от повреждения. Однако даже при соблюдении этих условий возможно возникновение после операции явлений нарушения проводимости лучевого нерва в результате недостаточно осторожного его выделения или излишнего натяжения держалкой. Поэтому держалка должна быть широкой (4—5 см) и мягкой, желателен резиновой; держалку и нерв нужно почаще орошать теплым физиологическим раствором, предупреждая высыхание нерва; отведение должно быть медленным и плавным, без рывков.

У одного больного этой группы (при остеосинтезе гвоздем Богданова по поводу закрытого поперечного перелома плеча в средней трети) выделенный лучевой нерв был отведен с помощью резиновой держалки. Однако явления пареза лучевого нерва выявились сразу же после снятия резинового бинта, наложенного для проведения внутрикостной анестезии. Возможно, в данном случае излишне тугое наложение бинта могло послужить причиной травматизации нерва.

У остальных больных этой группы эти повреждения произошли в результате: 1) первичной хирургической обработки открытого перелома плеча в средней трети, 2) открытой репозиции с последующим скреплением костных отломков проволочным кольцом по поводу закрытого перелома плеча в нижней трети, 3) остеосинтеза аутоотрансплантатом по поводу закрытого перелома плеча в средней трети, 4) остеосинтеза шелковыми лигатурами по поводу закрытого перелома плеча в средней трети, 5) остеосинтеза металлическим гвоздем наружного надмыщелка по поводу его закрытого перелома.

При обследовании этих больных через 2—6 месяцев после повреждения нерва обнаружено частичное восстановление функций лучевого нерва (в том числе и двигательной), что дает право предположить ушиб или сдавление нервного ствола во время операции тем или иным инструментом через мягкие ткани.

Наблюдавшиеся у 22 больных повреждения лучевого нерва при лечебных мероприятиях по поводу переломов плеча и их последствий, исходя из характера нарушений проводимости, могут быть распределены так: полный анатомический перерыв — у 5, неполный — у 4, временное нарушение проводимости — у 13.

УДК 616.001.516

#### **М. Г. Сорокин, Л. И. Иванов (Чебоксары). Открытый перелом обеих лодыжек с полным вывихом стопы**

Б., 23 лет, в 14 часов 24/III 1963 г. во время катания на лыжах с горы на большой скорости упала и повредила левую ногу в голеностопном суставе. Доставлена через 1 час 10 мин.

Пульс — 80, ритмичный, АД — 110/70.

Левая нижняя конечность иммобилизована шиной Крамера. На внутренне-передней и задней поверхности поврежденного сустава — рваная рана с неровными краями, длиной 13—15 см и шириной 3—5 см, умеренное кровотечение из раны. Из раны выступает вся суставная поверхность большеберцовой кости. Перелом внутренней лодыжки. В ране — отломки, кусочки белья. Стопа висит на оставшихся мягких тканях. Пальцы левой стопы холоднее на ощупь, чем правой, чувствительность сохранена. Пульс на тыльной артерии определяется слабо.

24/III 1963 г. в 16 часов произведена первичная хирургическая обработка раны и вправление передне-наружного вывиха стопы, остеосинтез лодыжек спицами. Рана поспойно зашита наглухо кетгутom. Наложена у-образная гипсовая повязка в среднем положении стопы.

Послеоперационное течение гладкое. До 6 дня после операции держалась субфебрильная температура. В течение недели после операции больная получала антибиотики внутримышечно. На 24-й день выписана на амбулаторное лечение после наложения гипсового сапожка. Через 3,5 месяца гипсовый сапожок снят. Назначена лечебная физкультура, ванны, парафин, массаж.

В настоящее время больная ходит не хромая, жалоб нет. Функция левого голеностопного сустава удовлетворительная. Лодыжки срослись в правильном анатомическом положении. Суставная щель немного сужена. Стопа находится в среднем положении.

УДК 617.52—089—616.5—002.35

#### **А. С. Комаров, В. И. Голубинский и И. Д. Киняпина (Горький). Лечение карбункулов лица, осложненных септическим тромбофлебитом кавернозных синусов и менинго-энцефалитом**

До применения антибиотиков такие процессы приводили к летальному исходу, но опасность при них велика и сейчас.

Хороший эффект при таких угрожающих процессах достигается, в частности, и применением интракаротидного введения пенициллина, поскольку этим быстро создается высокая концентрация его в зоне поражения.

Приводим наши наблюдения.

И. И., 34 лет, доставлена в больницу 30/III 1960 г. в бессознательном состоянии. 27/III больная сковырнула фурункул в области носа, после чего нос быстро распух. На следующий день поднялась температура и больная потеряла сознание.

T° — 40°, сознание отсутствует; значительный воспалительный отек лица, особенно носа, век, где на фоне багрово-синюшного цвета покровов имеются множество гнойничков и плотный инфильтрат. Двусторонний экзофтальм, полная слепота. В лег-