

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-