

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 в суставную 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 полностью 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. Княпина (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.

Т° — 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-

ких — влажные и сухие хрипы, шум трения плевры с обеих сторон. Ригидность затылочных мышц. Сухожильные рефлексы отсутствуют.

Диагноз: карбункул носа, тромбофлебит вен основания черепа, менинго-энцефалит, септическая пневмония.

Назначены массивные дозы антибиотиков: пенициллин (внутримышечно, внутривенно и интракаротидно); стрептомицин, биомицин, левомицетин, дикумарин, тонизирующие средства, витамины, белковые препараты. Питание осуществлялось через зонд, так как акт глотания был нарушен.

Через двое суток от начала применения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако сознание оставалось затемненным, акт глотания — нарушенным. Коматозное состояние на фоне редкого дыхания продолжалось в течение почти двух недель.

7/IV окулистом было произведено дренирование обеих орбит по ниже-наружному краю, куда введены тонкие выпускники. Это мероприятие способствовало уменьшению воспалительного отека ретробульбарной клетчатки.

В ликворе от 7/IV выпала легкая фибринная пленка.

В связи с явлениями кандидомикоза с 10/IV все антибиотики были отменены (всего больная получила 70 миллионов *ед.* антибиотиков), и в течение двух недель она получала нистатин.

Только на 16-й день после поступления появились проблески сознания, больная стала глотать, постепенно уменьшались симптомы ретробульбарного отека, сгладились менингеальные явления.

С 4/V постепенно начало восстанавливаться зрение левого глаза, со стороны правого глаза имелась атрофия зрительного нерва, паралич глазодвигательного нерва.

Через два месяца от начала заболевания больная стала вставать и ходить, и 10/VI выписана на амбулаторное лечение с некоторыми изменениями психической сферы.

Через год — общее состояние больной удовлетворительное, беспокоят бременами головные боли, отмечает снижение памяти, увеличение веса тела. По заключению невропатолога, имеется дисэнцефалит с синдромом Иценко-Кушинга.

И. М., 11 лет, доставлен в больницу 15/VIII 1961 г. в крайне тяжелом состоянии со спутанным сознанием.

9/VIII во время игры получил удар мячом в область носа, где имелся фурункул. После удара появилась головная боль, боль в области левого глаза, левой щеки; температура повысилась до 39°.

Был госпитализирован в районную больницу, где в течение 5 дней проводилось лечение массивными дозами антибиотиков (пенициллин и стрептомицин). Однако состояние мальчика прогрессивно ухудшалось.

При поступлении $T^{\circ} 39,7^{\circ}$, сознание спутано, адинамия. Всю левую половину лица занимает инфильтрат деревянистой плотности. На коже левой щеки, левом нижнем веке несколько отдельных гнойничков. Отек распространяется на правую половину лица, лоб, шею, веки. Из-за резко выраженного отека больной не может открыть глаз. При разведении век векоподъемниками в левой глазной щели обнаружено незначительное количество гноя, нерезкий экзофтальм. Инфильтрат левой щеки каменной плотности. Зубы интактны. Пульс 100. Тоны сердца приглушены. В легких — везикулярное дыхание. Ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с обеих сторон.

Диагноз: карбункул левой щеки, септический тромбофлебит вен основания черепа и вторичный гнойный менингит.

Через час после поступления под эфирно-кислородным наркозом произведены разрезы по краю нижнего и верхнего века, разрез, окаймляющий левое крыло носа на щеке, везде обнаружен некроз тканей. Вскрыто левое ретробульбарное пространство, откуда получено незначительное количество гноя.

Начато лечение массивными дозами антибиотиков (пенициллин, стрептомицин, тетрацилин). Состояние мальчика несколько улучшилось, исчезли менингеальные симптомы, но сознание оставалось спутанным и общее состояние — тяжелым.

16 и 19/III 1961 г. из крови выделен золотистый гемолитический стафилококк. В гное, полученном при разрезах на лице, выделена та же флора. Выделенный стафилококк не чувствителен ни к пенициллину, ни к стрептомицину, высоко чувствителен к тетрациклину. Пенициллин и стрептомицин отменены и назначен тетрацилин и эритромицин. После дачи этой комбинации антибиотиков состояние мальчика стало быстро улучшаться.

Выписан на 29-й день по выздоровлении.

УДК 616.36—616—006.2—616.366—003.7

Е. П. Архипов (Бугульма). Сочетание непаразитарной кисты печени с калькулезным холециститом

С., 49 лет, поступила 14/VII 62 г. по поводу обострения хронического холецистита. Жалуется на постоянные сильные боли в правом подреберье, тошноту. С января 1962 г. было 3 приступа аналогичных болей, державшихся по 3—4 дня.