

Интракраниальные гематомы характеризовались наличием светлого промежутка, длительность которого зависела от тяжести поражения головного мозга, локализации и объема излившейся крови; гиперемией лица, субфебрильной температурой. При поражении дисцефальных отделов головного мозга наблюдались гипертермия и выраженные общемозговые и очаговые неврологические симптомы.

Приводим следующее наблюдение.

С., 26 лет, доставлена скорой медицинской помощью 25/XII 1979 г. после транспортного происшествия. При поступлении состояние тяжелое. АД—12/9 кПа, пульс—100 уд. в 1 мин. Сознание спутанное, ретроградная амнезия. Из неврологических нарушений: мелкокоразмашистый горизонтальный нистагм при крайних отведениях глазных яблок, легкая асимметрия носогубных складок, девиация кончика языка влево, равномерное повышение сухожильных и периостальных рефлексов.

Локально: в левой лобной области—обширная подкожная гематома. В средней трети левой голени определяется рана размером $1,0 \times 0,3$ см с истечением крови и примесью капель жира; там же патологическая подвижность и крепитация костных фрагментов. При надавливании на крылья подвздошных костей, лонные и седалищные кости возникает резкая болезненность, симптом «прилипшей» пятки с обеих сторон. На краниограммах и при ЭхоЭГ патологии не выявлено.

На основании клинико-рентгенологических данных поставлен диагноз: тяжелая сочетанная травма опорно-двигательного аппарата и головного мозга. Шок II степени. Ушиб головного мозга средней тяжести. Вторично открытый поперечный оскольчатый перелом обеих костей левой голени со смещением отломков. Закрытый перелом обеих лонных и седалищных костей, перелом дна вертлужной впадины слева с центральным вывихом бедра.

На фоне протившоковой терапии больной наложено скелетное вытяжение за пяточную кость и надмышелковую область левой бедренной кости. На 3-и сутки в связи с центральным вывихом левой бедренной кости предпринято скелетное вытяжение за большой вертел с помощью штупора. Больная получала дегидратационную и противовоспалительную терапию. Отмечалось улучшение общесоматического и неврологического статуса.

Однако на 12-е сутки с момента травмы состояние больной резко ухудшилось: впадала в сон, возникла моторная афазия, развился правосторонний гемипарез. Температура субфебрильная— $37,6^{\circ}$, пульс—76 уд. в 1 мин, частота дыхания—22 в 1 мин, АД—16/9 кПа. Петехиальные высыпания на коже и в конъюнктивах склер отсутствовали. Анализ крови: Hb—1,6 ммоль/л, протромбин—16,1 мкмоль/л, фибринолитическая активность—свыше 5 ч, толерантность к гепарину—7 мин 45 с, тромботест VII ст., фибриноген—11,7 мкмоль/л. Моча—без изменений. При ЭхоЭГ обнаружено смещение срединных структур мозга вправо на 3—4 мм. При левосторонней каротидной ангиографии контрастирована лишь спазмированная и смещенная вправо передняя мозговая артерия.

С учетом места приложения удара (гематома в левой лобной области), длительного светлого промежутка, соответствующей неврологической симптоматики, а также данных ЭхоЭГ и ангиографии для исключения внутричерепной гематомы было решено произвести диагностическую операцию—наложение фрезевого отверстия в левой лобно-височной области. После снятия скелетного вытяжения с левой нижней конечности и наложения глубокой гипсовой лонгеты больная была взята в операционную. Внутричерепная гематома не обнаружена, имелся лишь выраженный отек головного мозга. Отсутствие объемного процесса в полости черепа, признаков жировой эмболии и наличие признаков изменения в свертывающей системе крови позволили поставить диагноз тромбоэмболии левой средней мозговой артерии.

Начата соответствующая антикоагулянтная терапия. Состояние постепенно улучшалось. Через 13 дней после развития процесса больная стала произносить гласные, отдельные слоги, а на 39-й день появились активные движения в правых конечностях. Через 8 мес после травмы больная ходила с помощью палочки, прихрамывая на правую ногу. Сила мышц в правой руке снижена; говорит растягивая слова.

Данное наблюдение показывает трудности диагностики тромбоэмболических осложнений при тяжелой сочетанной травме опорно-двигательного аппарата и головного мозга и возможности благоприятного исхода для жизни при своевременно предпринятой терапии.

УДК 616.718—001.5—089.168.2

И. В. Ключкин (Чистополь, ТАССР). Исходы лечения открытых переломов длинных трубчатых костей неогнестрельного происхождения

Под нашим наблюдением с 1976 по 1982 г. находилось 206 больных с открытыми повреждениями длинных трубчатых костей неогнестрельного происхождения. Из них открытый перелом бедра был у 29 (14,1%) больных, перелом костей голени—у 135 (65,5%), плечевой кости—у 10 (4,8%), костей предплечья—у 32 (15,6%). Повреждения, имевшиеся у больных (по классификации А. В. Каплана и О. Н. Марковой), распределились следующим образом: 1А ст.—у 33 (16%) пострадавших,

1Б — у 44 (21%), 2Б — у 60 (30%), 2В — у 27 (13%), 3Б — у 13 (6%), 3В — у 25 (12%), 4 степени — у 4 (2%). Как видно, наблюдавшиеся нами больные в основном имели тяжелые травмы.

До поступления в стационар противошоковые мероприятия были начаты 22 больным, а первичная хирургическая обработка проведена лишь у 17 лиц. Во всех остальных случаях первую врачебную помощь ограничивали наложением асептической повязки, введением сердечных и обезболивающих средств и транспортной иммобилизацией.

При поступлении в приемный покой в первую очередь оценивали общее состояние пострадавшего и исходя из него назначали диагностические и лечебные мероприятия. При удовлетворительном общем состоянии больного транспортную иммобилизацию считали достаточной, асептическая повязка давала хорошую изоляцию раны от внешней среды, витальные функции организма не страдали. Такому больному производили дальнейшее обследование (рентгенографию поврежденного сегмента тела, экзостеографию и др.), затем выполняли первичную хирургическую обработку открытого перелома с лечебной иммобилизацией, вид которой выбирали в зависимости от характера и степени повреждения мягких тканей. Вводили противостолбнячную сыворотку, антистафилококковый анатоксин, брали из раны мазки и кровь на посев.

Группе больных, состояние которых было расценено как неудовлетворительное, начинали или продолжали ранее предпринятые реанимационные и противошоковые мероприятия, которые сочетали с лечебными и диагностическими. Из противошоковых мероприятий производили внутривенные и внутриаартеральные нагнетания крови и заменителей, вводили гормоны, сердечные средства, осуществляли остановку кровотечения из магистральных сосудов и новокаиновые футлярные блокады, одновременно делали рентгенограммы в операционной переносным аппаратом, а также первичную хирургическую обработку.

Раннюю первичную хирургическую обработку (до 3 ч с момента повреждения) выполняли 138 больным. У 117 из них раны зажили первичным натяжением. В сроки от 3 ч до одних суток поступили 73 пострадавших. Из них лишь у 63 ран зажили первичным натяжением, у 6 — вторичным, у 4 больных развился остеомиелит.

На сроках более суток с момента травмы поступило 16 человек. Из них у 3 возник остеомиелит, а у 1 больного в связи с генерализацией воспалительного процесса произведена ампутация.

Непосредственно в приемном отделении 85 больным наложена гипсовая повязка, у 32 пострадавших ее сочетали с фиксацией спицами. Скелетным вытяжением и последующим наложением гипсовой повязки лечили 76 человек. Аппараты Сиваша, Калнберга или Илизарова применяли первично в приемном покое у 16 больных с открытыми переломами длинных трубчатых костей. Накостный остеосинтез произвели 15, интрамедуллярный — 18 больным в основном с переломами бедренной кости.

Кроме хирургического назначали комплекс медикаментозного лечения (антибиотики, сульфаниламиды, витамины, седативные препараты), проводили специфическую профилактику гнойных осложнений стафилококковым анатоксином и физиотерапевтические процедуры.

Отдаленные исходы лечения прослежены у 138 пострадавших, из них у 36 — по материалам ВТЭК. Хороший результат получен у 108 (78,3%) больных. Лечение травматической болезни при открытом переломе сопровождалось длительным расстройством здоровья: 26 больных были признаны инвалидами II группы на период лечения и в последующем не смогли вернуться к своей работе, 5 больных стали инвалидами III группы.

УДК 616.718—001—082.8

А. А. Беляков, И. С. Капитанский (Саранск). Реабилитация инвалидов с последствиями переломов длинных трубчатых костей

Мы провели диспансерное наблюдение и восстановительное лечение 271 человека (116 мужчин и 105 женщин) с последствиями переломов длинных трубчатых костей. 184 (67,8%) человека, то есть преобладающее число обследованных, были в наиболее трудоспособном возрасте — от 20 до 50 лет. Наиболее часто инвалидность устанавливалась при последствиях переломов костей голени (55,7%), бедренной кости (16,2%), костей предплечья (14,4%) и плечевой кости (13,7%).

В структуре причин инвалидности во время первичного освидетельствования во ВТЭК первое место занимали замедленная консолидация, несросшиеся переломы и ложные суставы (62,0%), затем трофические язвы (11,4%), функциональные нарушения конечностей (8,9%), остеомиелиты (6,6%), неправильно сросшиеся переломы (5,2%), культы конечностей (3,7%) и травматические невриты (2,2%). I группа инвалидности определена у 3 (1,1%) человек, II — у 151 (55,7%), III — у 117 (43,2%).

Из 271 инвалида 180 (66,4%) нуждались в хирургическом лечении, 61 (22,5%) — в консервативном и 30 (11,1%) в обеспечении протезно-ортопедическими средствами.

Из 168 больных с замедленной консолидацией, несросшимися и неправильно сросшимися переломами, а также ложными суставами длинных трубчатых костей у 99 применили наружный и внутренний компрессионно-дистракционный остеосинтез. У 18 больных с посттравматическим остеомиелитом и наличием секвестров и свищей осуществи-