

Общее состояние тяжелое. Сознание периодически спутанное, выраженная правосторонняя пирамидная недостаточность и оболочечный синдром. Лежит на боку с приведенными к животу ногами. Разгибание ног резко болезненно.

В левой теменно-затылочной области имеется рана 4×4 см, из которой свободно изливается ликвор, мозговое вещество несколько пролабирует, прикрыто фибринозной пленкой, отчетливо видна пульсация.

В отделяемом раны обнаружен золотистый гемолитический стафилококк, коагулирующий плазму, гиалуронидазоактивный, разлагающий маннит, чувствительный к пенициллину, стрептомицину, биомицину, левомицетину; кишечная палочка, протей.

На 16-е сутки после ранения произведена вторичная обработка раны. Под местной анестезией 0,25% раствором новокаина края раны иссечены до кости, удалены грануляции, выкроены кожно-апоневротические лоскуты, которые разведены в стороны. Виден костный дефект 5×4 см, выполненный несколько пролабировавшей мозговой тканью. В верхне-переднем конце дефекта — вдавленный осколок, который удален. Произведена люмбальная пункция, выведено 60 мл мутной, желто-лимонного цвета жидкости, после чего пролабировавшая часть мозгового вещества запала и открыла дефект в твердой мозговой оболочке. Некротизированные участки мозговой ткани удалены промыванием физиологическим раствором, после чего образовалась полость, сообщаящаяся с задним рогом левого бокового желудочка. Попытка ушивания стенки желудочка не предпринималась в связи с воспалительным процессом в этой области. Под местной анестезией выкроен лоскут широкой фасции бедра и свободно пересажен на дефект твердой мозговой оболочки при помощи узловатых кетгутовых швов. Мягкие ткани над костным дефектом послойно защищены наглухо. Путем перемещения кожных лоскутов удалось выполнить дефект на месте ранения. Стерильная повязка на рану. Послеоперационное течение гладкое. Температура не поднималась выше $38,1^{\circ}$. Получил 3 млн. ед. пеницилина и 5 млн. ед. стрептомицина. Швы сняты на 10-е сутки после операции. Рана зажила первичным натяжением.

ВЫВОДЫ

1. Экспериментальные наблюдения дают основание для применения глухого шва после вторичной обработки черепномозговых ран в клинической практике.
2. По экспериментальным данным и клиническим наблюдениям, поверхностные слепые ранения мозга после вторичной обработки и глухого шва дают несколько большее число осложнений по сравнению с ранениями мягких тканей и кости.
3. При наложении глухого шва следует учитывать микрофлору ран и применять соответствующие антибиотики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев А. Н. Клинические очерки оперативной хирургии. М., 1952; Хирургия, 1942, 11—12.—2. Бурденко Н. Н. Собр. соч., т. V, 1950.—3. Гусынин В. А. Хирургия, 1947, 1.—4. Комаров Н. И. Вторичная обработка огнестрельных ранений черепа и мозга по материалам госпитальной практики в период Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. Дисс., 1953; Хирургическое лечение инфицированных ран черепа и мозга. 1957.—5. Лебеденко В. В. Хирургия, 1942, 11—12.—6. Созон-Ярошевич А. Ю. Выступление на VI сессии нейрохирургического совета совместно с Ученым Советом НКЗдрава СССР 20—24/I-44 г. Приведено по Г. П. Корнянскому. Вопр. нейрохирургии, 1944, 2.—7. Эмдин П. И. Вопр. нейрохирургии, 1943, 1.

Поступила 25 декабря 1960 г.

ПЕРЕЛОМЫ-ВЫВИХИ В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Асп. А. Л. Гиммельфарб

Кафедра ортопедии и травматологии (зав. — проф. Л. И. Шулуток) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе Казанского НИИТО (директор — канд. мед. наук У. Я. Богданович)

Переломы проксимального эпиметафиза плечевой кости занимают значительное место среди переломов данного сегмента. По материалам Казанского института травматологии и ортопедии, они составляют 42,5% всех переломов плеча.

За 15 лет (1947—1961 гг.) в Институт обратилось 1413 больных с повреждениями проксимального отдела плеча, из них 14 (около 1%) с переломами-вывихами. Несмотря на то, что удельный вес данного вида повреждений сравнительно невелик, постановка вопроса об их лечении является важной. В области плечевого сустава эти повреждения наиболее сложны. Вопросы механогенеза их до настоящего времени спорны, лечение затруднительно, а исходы довольно часто неудовлетворительны.

Некоторые авторы (В. В. Гориневская и др.) считают, что перелом-вывих наступает под влиянием продолжающегося насилия, вызвавшего вывих. В пользу этого свидетельствует нередко встречающееся ущемление вывихнутой головки между мышцами и грудной стенкой. Сила, заклинивающая головку, может развиваться лишь при дуплечем рычаге; то есть до наступившего перелома кости.

Н. И. Напалков считает, что вывих головки следует за ее переломом за счет того, что сокращающиеся в момент травмы мышцы легко «выворачивают» головку из суставной впадины. Свою точку зрения автор подтверждает тем, что перелом анатомической шейки реже сопровождается вывихом, так как к головке не прикрепляются мышцы. Мы наблюдали случай вколоченного перелома хирургической шейки плеча с вывихом головки. Несомненно, перелом шейки и вколочивание отломков могли произойти лишь до наступления вывиха.

Таким образом, нельзя категорически говорить о первичности того или иного компонента в данном виде комбинированных повреждений. В зависимости от величины, направления и точки приложения силы может вначале возникать то перелом шейки, то вывих головки.

Иногда перелом-вывих наступает при вправлении вывиха плеча.

Больные жалуются на боли в области плечевого сустава и резкое ограничение или невозможность осуществлять активные движения в нем. Большой поддерживает здоровой рукой поврежденную конечность за предплечье. Надплечье на стороне перелома-вывиха несколько опущено, область сустава деформирована, отек плеча с верхней трети может распространяться на дистальный отдел конечности. Нередки обширные подкожные кровоизлияния в области плеча, иногда с переходом на грудную клетку.

Движения в плечевом суставе ограничены, вызывают резкие боли. Пружинящая фиксация, характерная для вывихов, определяется в отдельных случаях. Анатомическая длина плеча укорочена. Головка, в зависимости от того, куда вывихнута, пальпируется или под клювовидным отростком, или в подмышечной впадине, или в другом месте. На месте нормального ее расположения имеется западение. Пальпация области сустава болезненна.

Уточнить уровень и характер перелома (анатомическая, хирургическая шейка, чрезбугорковый, оскольчатый и т. д.), характер смещения головки, соотношение отломков возможно при рентгенологическом исследовании.

Ряд авторов считает перелом-вывих плеча показанием к оперативному вмешательству (В. Н. Липатова, А. С. Маринич, М. А. Серебров, Де Тёф). Е. Т. Складенко признает оперативный метод лечения основным и рекомендует прибегать к консервативному вправлению лишь при подвывихе проксимального отломка. В. В. Гориневская, Скудери находят нужным прибегать к оперативному лечению лишь после неудавшейся попытки консервативного вправления.

Как правило, мы начинаем лечение с консервативного вправления. Больному вводят наркотики, проводится анестезия места перелома-вывиха 2% раствором новокаина в количестве 20—30 мл.

Если вправление под местной анестезией не удается, то приходится прибегать к наркозу. Техника вправления заключается в тракции вдоль оси отведенного плеча при согнутом под 90° предплечье. Противотяга осуществляется полотенцем или свернутой простыней за грудную клетку. В этот момент нужно стремиться пальцевым давлением вправить головку в суставную впадину. Рентгенографией контролируются вправление головки и расположение отломков.

Следующим этапом является репозиция отломков. Ввиду того, что проксимальный отломок при этих повреждениях является коротким, воздействовать на него во время репозиции бывает довольно трудно. Здесь особое значение приобретает необходимость установки периферического отломка по оси центрального.

После рентгеновского контроля конечность фиксируется abductionной торакобрахиальной гипсовой повязкой в среднем физиологическом положении сроком до 6—8 недель. Через 3—4 недели в гипсовой повязке вырезается «крышка», что дает возможность начинать раннюю гимнастику в локтевом суставе (Л. И. Шулуто).

По снятии повязки назначаются активно-пассивная гимнастика в суставах верхней конечности, массаж, тепловые процедуры.

У детей бывает достаточно иммобилизации лонгетой, а срок фиксации может быть сокращен до двух-трех недель, после чего следует проводить физиомеханотерапию.

Из 14 наблюдавшихся нами больных двое от госпитализации отказались (возраст больных — 69 и 78 лет). На травматологическом пункте вправление переломов-вывихов у них под местным обезболиванием не увенчалось успехом. Этим больным наложены гипсовые лонгеты на 4 недели и рекомендовано по снятии гипсовых повязок проводить лечебную гимнастику, массаж, тепловые процедуры.

Восьми больным проведено консервативное вправление перелома-вывиха по описанной выше методике.

При правильном и настойчивом проведении гимнастики и физиотерапевтических процедур даже у лиц пожилого возраста может наступить полное восстановление функции после довольно значительного остаточного подвывиха в плечевом суставе.

Примером может служить И., 56 лет, которой предпринято вправление перелома-вывиха правого плеча под эфирным наркозом. Но и после репозиции сохранился значительный подвывих в суставе (рис. 1). После снятия гипса в течение 3 месяцев проводилась энергичная физиомеханотерапия, в результате чего наступило полное восстановление функции.

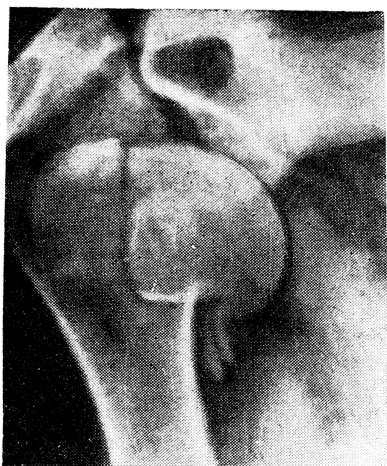


Рис. 1. Подвывих в суставе.

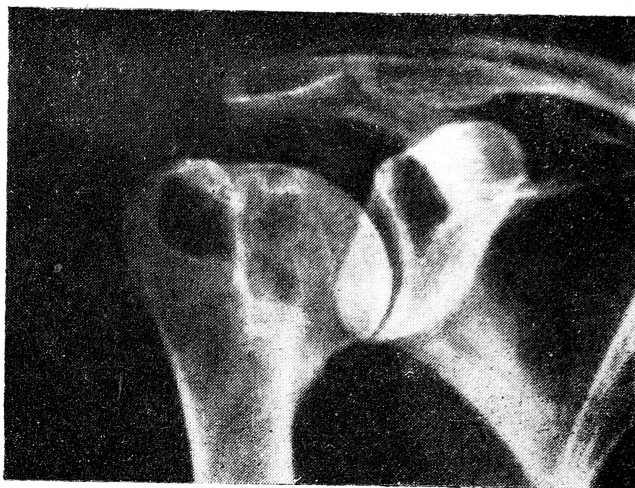


Рис. 2. Через 7 лет после травмы.

На рентгенограмме (рис. 2), сделанной через 7 лет после травмы, незначительная деформация головки плеча, подвывих не определяется. Жалоб пациентка не предъявляет.

После безуспешного консервативного вправления четвертым больным проведено оперативное лечение.

В институте для фиксации отломков применяется гетеротрансплантат «елочка», представляющий собой пластинку из бульонной кости с зубцами по краям, которые обеспечивают лучшую фиксацию. Недостатком нашего метода является необходимость введения трансплантата через хрящевую поверхность головки, но преимущество то, что не требуется повторная операция для извлечения фиксатора.

Операция проводится под наркозом. Разрез — передний по Лангенбеку. Дельтовидная мышца либо тупо расслаивается, либо отводится кнаружи. Головка извлекается из мягких тканей через разрыв капсулы сустава, устанавливается к дистальному отломку. Гетеротрансплантатом — «елочкой» головка приколачивается к метадиафизу.

Иммобилизация в послеоперационном периоде осуществляется abductionной гипсовой повязкой.

Через 3—4 недели в повязке вырезается «крышка» для проведения гимнастики, и по снятии повязки (через 6—8 недель) начинается активная физиомеханотерапия.

Больному К., 34 лет, после безуспешных попыток консервативного вправления перелома-вывиха левого плеча с отрывом большого бугорка (рис. 3) произведена кровавая репозиция. После снятия гипсовой повязки занимался гимнастикой, получал грязелечение. Через 5 месяцев после травмы приступил к работе по специальности электромонтажника-верхолаза.

При операции не удалось создать угла наклона головки к диафизу, который в норме составляет 130° — 140° . На рентгенограмме (рис. 4), сделанной через 9 месяцев после операции, видны нормальный угол наклона головки, незначительная ее деформация и сломанный гетеротрансплантат. Под влиянием функции в довольно короткий срок произошла трансформация проксимального эпиметафиза, выразившаяся в наклоне головки. Перелом штифта явился следствием трансформации кости, так как функция была начата после наступления консолидации. У больного осталось ограничение отведения плеча до 90° .

Как показали анализ историй болезни и изучение отдаленных результатов, у детей, несмотря на сохраняющийся иногда подвывих, функция сустава восстанавливается значительно быстрее, чем у взрослых, постепенно достигая полного объема.

Исследованием больных на отдаленных сроках выявлено, что после консервативного вправления полностью восстанавливается функция конечности. Результат оперативного лечения хуже, чем консервативного, особенно у больных в пожилом возрасте. Предварительные многократные попытки вправления значительно травми-

ругот ткани, что в дальнейшем ведет к обызвествлению кровоизлияний и ограничению движений в плечевом суставе. Операция является дополнительной травмой.

Следует обратить внимание, что активно проводимые гимнастика и физиотерапевтические процедуры позволяют значительно улучшить результаты лечения, что видно из приводимых нами примеров.

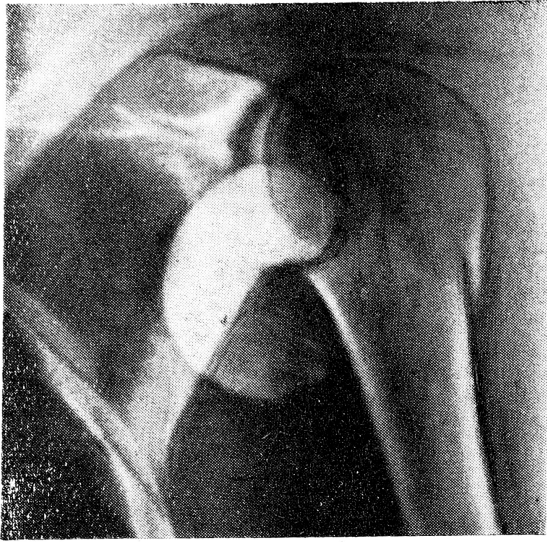


Рис. 3. Перелом-вывих левого плеча с отрывом большого бугорка.

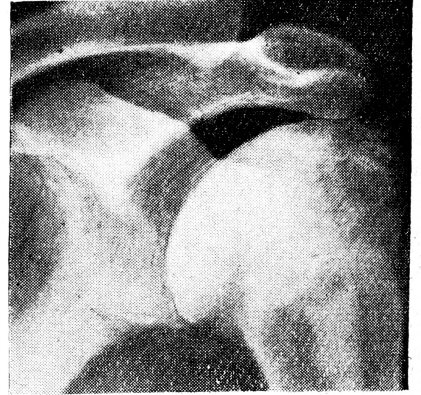


Рис. 4. Через 9 месяцев после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гориневская В. В. Основы травматологии, М., 1953, т. I.—2. Липатова В. Н. Автореф. докл. научн. сессии Укр. НИИТО и его опорн. пунктов, посвящ. 40-летию Великой Окт. соц. революции, Киев, 1957.—3. Маринич А. С. Тез. докл. IV съезда травм. и ортоп. Украины. Харьков, 1959.—4. Напалков Н. И. Нов. хир. арх., 1931, 90—92.—5. Серебров М. А. Вестн. хир. им. Грекова, 1955, 5.—6. Скляренко Е. Т. Методические указания по лечению травматических вывихов плечевой кости, осложненных переломом ее проксимального конца. Укр. НИИТО, Киев, 1960.—7. De Toeuf Cr. Acta chir belg. 1957, 2.—8. Scuderi C. Surg. clin. North America, 1957, 1.

Поступила 15 марта 1962 г.

ПЕРЕВЯЗКА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ВЫШЕ МЕСТА ВПАДЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ ВЕН¹

Асс. Ф. Ш. Шарафисламов

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав. — проф. Н. И. Комаров) и кафедра рентгенологии и радиологии № 1 (зав. — проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Перевязка нижней полой вены ниже места впадения почечных вен достаточно хорошо разработана как экспериментально, так и клинически. Экспериментальными исследованиями (6, 9, 8, 5, 4, 2 и др.) установлено, что перевязку и иссечение нижней полой вены в этой области животные переносят хорошо, и многочисленные анастомозы полностью обеспечивают коллатеральное кровообращение.

Однако вопрос о перевязке нижней полой вены выше места впадения почечных вен еще не разрешен.

¹ Доложено 15/IV 1961 г. на совместном заседании кафедр топографической анатомии и оперативной хирургии КГМИ и ГИДУВа и хирургических клиник КГМИ.