

нальная диагностика нервных болезней.— М., Медицина, 1982.

7. Прихожан В. М.//Поражения нервной системы при сахарном диабете.— М., Медицина, 1981.

8. Русалов В. М.//Биологические основы психической индивидуальности.— Л., 1979.

9. Jarret R. J.//Proc. Nutr. Sol.— 1981.— Vol. 40.— P. 209—212.

10. Hirata Y.//Asian med. J. Japan.— 1986.— Vol. 29.— P. 554—560.

11. Suzuki K., Kadowaki F., Fujimoto M., Kajumuma H.//J. Japan. Diabet. Soc.— 1984.— Vol. 27.— P. 791—797.

Поступила 19.07.88.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616—053.2—099—085.38.015.2

Р. Б. Гизатулин, Н. И. Новиков, А. В. Андреев, Р. Ф. Насыров, А. В. Шутов, Е. Е. Архипова, Е. Е. Щеплянова (Набережные Челны, ТАССР). **Опыт экстракорпоральной детоксикации у детей с токсикозами различной этиологии**

Мы обобщили опыт лечения больных, находившихся в отделении интенсивной терапии и реанимации детского возраста (1983—1987), у которых в комплексе интенсивной терапии были использованы методы экстракорпоральной детоксикации.

Гемосорбцию применяли у детей в возрасте от 2 дней до 14 лет в комплексном лечении в связи с резко выраженной интоксикацией и нарушением жизненно важных функций организма при гемолитической болезни новорожденных (9 раз), сепсисе (7), бронхиальной астме (2), острой печеночной недостаточности (10), экземе (4), отравлении медикаментами (5), синдроме Лайела (3), лейкозе (1), постренимационном синдроме (1). Всего было проведено 47 сеансов гемосорбции.

Гемосорбцию проводили по вено-венозному способу (31 раз) и артерию-венозному (3). Кровь перфузировали роликовым насосом 8 раз, пальчиковым — 13, шприцевым собственной конструкции — 4. У новорожденных перфузию осуществляли маятниковым способом через шприц-колону собственной конструкции 12 раз. Использовали углеродный сорбент марки СКН и «Gambго». Объем перфузии составлял 1,5—2 ОЦК, скорость перфузии — от 3 до 50 мл в 1 минуту.

Эффективность гемосорбции оценивали по изменению биохимических показателей крови (содержание общего белка, билирубина, АЛТ, АСТ, креатинина, мочевины, фибриногена), содержанию иммуноглобулинов, лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ), содержанию средних молекул. О клиническом эффекте гемосорбции судили по уменьшению признаков интоксикации, стабилизации показателей гемодинамики, регрессу симптомов нарушения сознания, кожных проявлений, снижению тахифилаксии. Из осложнений гемосорбции наблюдали тромбоз колонки в 2 случаях, компенсированную гипотонию — в одном.

Ультрафиолетовое облучение крови применяли у больных с перитонитом 17 раз, острой деструктивной пневмонией — 20, при сепсисе — 29, гематогенном остеомиелите — 11, аутоиммунных заболеваниях (псориаз, бронхиальная астма) — 17. Всего было проведено 121 сеанс (в среднем 3 сеанса каждому больному) через один день.

Для облучения крови дробным методом использовали аппарат для физиотерапии ОКН-11 в режиме излучения лампы ДРТ-230 в диапазоне волн 240—320 нм. Кровь брали из расчета 2 мл на 1 кг массы тела больного; длительность облучения составляла от 2 до 6 мин. Кровь забирали в чашки Петри, покрытые кварцевым стеклом. Реинфузировали капельным и струйным методом.

Все манипуляции проводили с соблюдением асептики.

Эффективность метода оценивали по показателям анализов красной крови, содержанию иммуноглобулинов, НСТ-тесту, ЛИИ, содержанию средних молекул, а также по клиническим данным — уменьшению степени интоксикации, улучшению самочувствия больных, сокращению сроков заживления.

Осложнений при проведении сеансов ультрафиолетового облучения крови не наблюдалось.

При интенсивной терапии новорожденных с успехом применяли плазмаферез: при гемолитической болезни новорожденных 5 раз, врожденном иктихе — один. Использование методов экстракорпоральной детоксикации в комплексе интенсивной терапии детей с токсикозами различной этиологии позволило оптимизировать результаты лечения.

УДК 617.51—001.036.8(470.41)

Р. В. Шамсуллин (Бугульма, ТАССР). **Анализ черепно-мозговых травм по Бугульминскому району за 1976—1986 годы**

В районе с населением 106 тыс. человек за 1976—1986 гг. отмечалась тенденция к росту частоты черепно-мозговых травм. Соотношение числа мужчин и женщин, получивших черепно-мозговые травмы, по годам было следующим: мужчин — 55—58%, женщины — 42—45%. Частота травм черепа и головного мозга у мужчин увеличивается в возрасте 30—50 лет, у женщин — в возрасте 50 лет.

В период гололеда в феврале и летом с выездом мотоциклистов и автолюбителей, а также во время отпусков частота травм увеличивается, причем в зимний период растет число сотрясений головного мозга, в летний — число тяжелых ушибов головного мозга и летальных исходов.

Высок травматизм, связанный с употреблением алкоголя, однако во второй половине 1985 г. и в 1986 г. в связи с выходом в свет соответствующего указа произошло резкое уменьшение числа поступавших в состоянии алкогольного опьянения почти в 2 раза.

62—67% больных были госпитализированы в первые сутки, 17—19% — в сроки до 3 сут, остальные — после 3 сут с момента получения травмы. Естественно, при позднем обращении выявление травмы, связанной с употреблением алкоголя, затрудняется.

В течение 11 лет было зарегистрировано 79 случаев ушиба головного мозга: тяжелой степени — у 79, средней — у 16, легкой — у 623. Больных с переломами свода и основания черепа было 343. Переломы диагностировались рентгенологически или клинически; при первичной хирургической обработке ран выявлено 34 случая переломов.

За этот же период были госпитализированы 74 человека с субарахноидальным кровоизлиянием. Любимые пункции им проводили в среднем по 3—4 раза, иногда до 8 раз и во всех случаях сочетали ее с измерением ликворного давления и лабораторными исследованиями ликвора.

В травматологическом отделении в течение изученного времени находились 5212 человек с черепно-мозговой травмой. Сотрясение головного мозга подтвердилось лишь у 3677; у 624 был диагностирован ушиб головного мозга, у остальных 988 пострадавших травму головного мозга нейрохирург исключил совсем.

Для выявления вегетативных нарушений ставили пробы Шалона, Мак-Олдрича, Минора и другие. Чаще всего их выполняли при имеющихся сомнениях в диагнозе или же при сохраняющихся в процессе курса лечения жалоб больного.

Постановке правильного диагноза после осмотра глазного дна и отоскопии способствовали рентгенография черепа — обзорная и в специальных укладках (по Резе, Шулеру, Стенверсу, Майеру), люмбальная пункция, пневмография, вегетативные пробы, эхоэнцефалоскопия, каротидная ангиография.

За 11 лет умерли 132 пациента, в основном ими были пострадавшие с комбинированной и сочетанной травмой, иногда не совместимой с жизнью. Большинство больных погибли в первые часы после поступления.

УДК 617.51—001.036.8+617.582]—089.8

Н. Я. Прокопьев (Тюмень). Лечение пострадавших с закрытыми диафизарными переломами бедра в сочетании с черепно-мозговой травмой

В основу настоящего сообщения положены наблюдения за 103 пострадавшими с закрытыми переломами диафиза бедра в сочетании с черепно-мозговой травмой. Мужчин было 89, женщин — 14. Сдавление головного мозга внутрочерепной гематомой диагностировано у 2 человек. Производственные травмы отмечены у 16,5% пострадавших, дорожно-транспортные — у 69,9%, бытовые — у 13,6%. В состоянии алкогольного опьянения травмы получили 23,3%. В состоянии травматического шока поступили 37,8% больных.

В остром периоде черепно-мозговой травмы переломы бедра мы начинали лечить методом скелетного вытяжения. Как самостоятельный метод он применен у 24 (23,3%) пострадавших. Однако наряду с простотой лечение скелетным вытяжением имеет и ряд существенных недостатков: сложность удержания костных отломков в правильном положении, трудности при выполнении диагностических и лечебных мероприятий. Кроме того, для уточнения положения отломков нужен многократный рентгеновский контроль. При лечении скелетным вытяжением необходимо поднятие ножного конца кровати, что неблагоприятно сказывается на течении черепно-мозговой травмы, при которой наблюдается повышение внутричерепного давления. Через 1,5—2 мес с целью фиксации прелома по снятии больного со скелетного вытяжения накладывалась тазобедренная гипсовая повязка, что также имеет существенные недостатки: часто наблюдаются случаи, когда перелом бедра срастается полностью, а атрофия мышц и контрактуры суставов (вследствие длительной иммобилизации) еще долгое время требуют дополнительного лечения. Поэтому в последние годы мы отдаем предпочтение оперативным

методам лечения переломов бедра, преимущественно интрамедуллярному остеосинтезу массивными металлическими стержнями.

Остеосинтез показан не ранее конца 2-й недели стационарного лечения, когда полностью устраняются нарушения гемодинамики и пострадавший проходит всестороннее обследование. Основным методом лечения был открытый интрамедуллярный остеосинтез стержнем Кюнчера, примененный у 67 (65%) пострадавших. Для достижения стабильности отломков мы проводим рассверливание костномозговой полости на 2 мм и более буравами, что позволяет применять мощный полый гвоздь и в большинстве случаев исключать внешнюю иммобилизацию, а также дает возможность в ранние сроки после операции начать движение в суставах оперированной конечности.

Закрытый интрамедуллярный остеосинтез выполнен у 5 (4,9%) больных (канд. мед. наук М. Я. Баскевич). На наш взгляд, он предпочтительнее открытого остеосинтеза, так как при нем не травмируются мягкие ткани в области перелома и надкостницы.

Остеосинтез аппаратом Илизарова применен также у 5 больных. В связи с воспалением мягких тканей в области спиц, а также невозможностью осуществления активных движений в коленном суставе из-за прохождения спиц через мышцы бедра аппарат в различные сроки был снят и лечение 3 больным продолжено иммобилизационным методом, а двум был выполнен открытый интрамедуллярный остеосинтез.

При лечении методом скелетного вытяжения продолжительность нетрудоспособности пострадавших составила $224,3 \pm 11,6$ дня, при открытом интрамедуллярном остеосинтезе — $162,8 \pm 3,5$, при закрытом — $128,6 \pm 6,3$ ($P < 0,01$). Инвалидность установлена у 6,8% пострадавших, леченных методом скелетного вытяжения, у 10,7% — при открытом интрамедуллярном остеосинтезе. Продолжительная нетрудоспособность зависела от ряда причин — наличия тяжелой черепно-мозговой травмы, сопутствующих повреждений других костей, чрезмерной продолжительности дооперационного лечения, погрешностей в проведении операции и др.

Отдаленные результаты изучены у 85 человек в сроки от 2 до 11 лет после травмы. Из 72 больных после интрамедуллярного остеосинтеза у 84,7% получены хорошие результаты, у 6,9% — удовлетворительные и у 8,4% — плохие.

УДК 618.33—001.31—073.75:611.711.1

М. Н. Стогов (г. Усолье-Сибирское, Иркутская обл.). О родовых повреждениях верхних шейных позвонков

При обследовании 2000 детей первых двух лет жизни было выявлено 160 детей, у которых неврологически обнаружены признаки умеренно выраженного поражения верхних отделов спинного мозга. Рентгенографию верхних шейных позвонков мы провели через открытый рот. 72 ребенка были в возрасте первых 3 мес жизни, 62 — до 6 мес, 18 — до одного года и 8 — старше года. 8 из этих детей родились недоношенными, 25 — с массой тела более 4 кг. 16 из 160 детей родились в тазовом предлежании. Акушерский анамнез у 160 детей был не столь отягощенным: акушерские пособия потребовались лишь 8 новорожденным. 56 из 160 детей родились в белой асфиксии, 41 —