

За этот же период были госпитализированы 74 человека с субарахноидальным кровоизлиянием. Люмбальные 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 внутречерепной 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 внутречерепного 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 —