

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 —

в синей асфиксии. Следовательно, вторичные асфиктические нарушения были очень частыми, а с учетом неожиданного числа обнаруженных нами рентгенологических и клинических находок эта асфиксия может быть интерпретирована и как следствие родовой травмы при обычных, казалось бы, родах. Кроме того, мы обратили внимание, что у 47 матерей наших пациентов был стремительный патужной период, которому придают большое значение как травмирующему фактору.

У 147 из 160 детей мы диагностировали изолированное поражение шейного отдела спинного мозга, у остальных 13 — сочетанное поражение головного и спинного мозга, причем у 3 из них были и конгенитальная церебральная патология.

Среди наиболее типичных для раннего периода синдромов поражения шейной части позвоночных артерий мы считаем преходящий бульбарный синдром (поперхивание при сосании, выливание молока через нос в сочетании со слабостью сосательного рефлекса), характерный для ишемии ствола мозга при повреждении позвоночных артерий. Он был обнаружен у 46 из 160 больных, из них 44 ребенка были приложены к груди с большим опозданием; 9 детей по той же причине питались через зонд.

У 121 ребенка мы без труда обнаружили кривошею, хотя в неонатологии этому симптому не придают большого значения, однако именно кривошея, по нашим наблюдениям, должна первой привлекать внимание врача при неврологическом осмотре новорожденных.

У 89 детей был выявлен достаточно выраженный миотонический синдром, а у 17, кроме того, — и верхний вялый паразетез; у остальных 76 пациентов диффузная мышечная гипотония сочеталась со спастичностью проприоцептивных рефлексов. Еще у 31 больного был установлен на самых ранних этапах нижний спастический паразетез. Не всегда уделяют должное внимание и повышенному тону в ногах, симптому «цыпочек», спастичности коленных рефлексов вплоть до клонусов стоп.

С точки зрения практического врача мы считаем важным подчеркнуть, что именно у детей с cervикальной локализацией поражения (38) имели место частые срыгивания в первые недели и месяцы жизни и рвота фонтаном (17).

52 ребенка из 160 обследованных начали с опозданием держать голову, 54 — сидеть, 39 — ходить. Мы провели у таких детей направленное рентгенологическое исследование с целью подтверждения неврологических симптомов результатами спондилографии. У 14 детей с перечисленными неврологическими нарушениями на шейных спондилограммах были обнаружены признаки перелома атланта, у 9 из 14 — отрыв боковых масс, у 2 — перелом боковых масс. Значительно чаще (у 86 из 160) определялись ротационные подвывихи атланта, причем у 51 ребенка имелись смещения зубовидного отростка, преимущественно кпереди, у 46 была асимметрия щели в верхнем суставе головы.

Следует подчеркнуть, что прежде описанные рентгенологические симптомы (М. К. Михайлов, 1983) родовой травмы шейного отдела позвоночника ничуть не теряют своего диагностического значения. Так, у 27 из 160 детей выявлено расширение щели в суставе Крювелье, у 51 — явления спондилолистеза, однако на снимках верхних шейных позвонков, выполненных через открытый рот, процент рентгенологических находок оказался существенно выше (соответственно 53% и

34%). В то же время на снимках в боковой проекции у 16 из 160 детей нам удалось обнаружить симптомы перелома тел нижнешейных позвонков.

Таким образом, анализ наших наблюдений показал, что неврологические нарушения у детей, выявленные в первые месяцы жизни, далеко не так безобидны, как кажутся. В их основе часто лежат органические дефекты нервной системы. Адекватное целенаправленное рентгенологическое обследование тех же детей показало грубые признаки родовой травмы. С целью оценки степени опасности этих изменений при последующем физическом развитии детей и определения спектра профилактических мероприятий во избежание последующих осложнений необходимы дальнейшие исследования.

УДК 616.284—002.2—06:616.284—006.6

В. М. Бобров (Ижевск). Рак среднего уха, развившийся на фоне хронического гнойного среднего отита

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последние годы в лечении онкологических больных, диагностика и лечение злокачественных новообразований среднего уха остаются весьма затруднительными. Отчасти это можно объяснить сложностью распознавания рака на ранних стадиях его развития и поздней обращаемостью больных за медицинской помощью.

Считаем возможным привести собственное наблюдение.

Больной В., 45 лет, поступил в ЛОР-отделение 27.01.82 г. по поводу обострения левостороннего хронического гнойного среднего отита, осложненного свищами в заушной и скуловой области слева. Жалобы на гноетечение из левого уха, припухлость и гноетечение из заушной и скуловой областей, снижение слуха на левое ухо.

Гноетечение из уха слева с детства. Ухудшение состояния отмечает с ноября 1981 г. Две недели назад в центральной районной больнице хирургом был вскрыт гнойник в заушной области слева. Инвалид I группы, состоит на учете у психиатра по поводу дебильности.

При поступлении общее состояние средней тяжести. Температура тела — 38,1°, пульс — 108 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 16,0/10,6 кПа. Внутренние органы без особенностей, кровь и моча без патологии, реакция Вассермана отрицательная.

ЛОР-статус: нос, глотка, гортань, правое ухо без особенностей. В заушной области и в области скулового отростка слева — свищи, гнойное отделяемое с неприятным запахом. В наружном слуховом проходе — некротические массы, обильное гнойное отделяемое из уха с неприятным запахом и примесью крови. Барабанную перепонку увидеть не представляется возможным. Слух снижен, воспринимает крик. При рентгенологическом исследовании височных костей по Шюллеру определяется разлитой интенсивности снижение пневматизации в аттико-антральной области и в клетках сосцевидного отростка слева.

27.01.1982 г. под эндотрахеальным наркозом произведена расширенная общеполостная радикальная операция на левом ухе с обнажением сигмовидного синуса. До верхушки удален кариозно измененный сосцевидный отросток; обнажена стенка сигмовидного синуса размером 1,5×1,5 см, внешне не измененная. Удалены грануляционная