

денного вывиха и подвывиха бедра у детей. — Ташкент, Медицина, 1983.

2. Волков М. В., Гер-Егизаров Г. М., Юкина Г. П. // Врожденный вывих бедра. — М., Медицина, 1972.

3. Соколовский А. М. // Хирургическая профилактика и лечение диспластического коксартроза. — Автореф. докт. дисс., Минск, 1984.

4. Соколовский А. М. // Ортопед., травматол. — 1987. — № 6. — С. 7—12.

5. Тихоненков Е. С., Мирзоева И. И., Поздникин Ю. И. // Внесуставные корригирующие остеотомии бедра и таза при врожденных и остаточных подвывихах бедра у детей. — Метод. рекомендации. — Л., 1978.

Поступила 14.06.88

УДК 616.832.94—089.48 : 616.832.9—008.8

УСКОРЕННАЯ САНАЦИЯ ЛИКВОРА ПУТЕМ ДРЕНИРОВАНИЯ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА СПИННОГО МОЗГА

Е. К. Валеев, В. Е. Крылов

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
(директор — заслуж. деят. науки РСФСР и АССР, проф У. Я. Богданович)

К основным методам лечения субарахноидальных кровоизлияний при черепно-мозговой травме, сопровождающейся гипертензионным синдромом, относятся различные способы дренирования ликворных систем спинного мозга. Применяют ежедневные люмбальные пункции, позволяющие осуществлять санацию ликвора к 12—14-му дню после травмы. Используют люмбальные дренажи с пассивным оттоком жидкости или активным промыванием ликворосодержащих пространств. Однако при этом возникает необходимость постоянного контроля внутричерепного давления, существует и опасность развития восходящей инфекции оболочек и вещества головного мозга.

Нами разработан и внедрен в клиническую практику новый способ дренирования субарахноидального пространства спинного мозга (авторское свидетельство № 1210793), показаниями к которому являются субарахноидальные кровоизлияния различной этиологии, сопровождающиеся гипертензионным синдромом.

Для прокола терминальной цистерны спинного мозга используют любую иглу, предназначенную для спинномозговой пунк-

ции, но с предварительно подогнанной соответственно внутреннему диаметру иглы дренажной нитью — капроновой леской. В положении больного на боку под местным обезболиванием, отступив на 3 см латерально от остистых отростков III—IV поясничных позвонков, производят кожный разрез длиной 1,5 см (см. рис.). Тупым путем в подкожной клетчатке формируют ложе. Из области сформированного ложа боковым доступом осуществляют люмбальную пункцию. При этом игла проходит через длинную мышцу спины (рис. б). Через просвет иглы в субарахноидальное пространство спинного мозга на глубину 2—3 см вводят дренажную нить. Пункционную иглу извлекают (рис. в). Дистальный конец нити провязывают в виде узла на длинной мышце спины, предварительно прошив ее фасцию, тем самым дренажную нить фиксируют в сформированном ложе (рис. г). Накладывают швы на кожу.

Дренажную нить удаляют после регресса общемозговой симптоматики и менингеальных знаков. Санацию ликвора, даже при массивных субарахноидальных кровоизлияниях, осуществляют за 7—8 суток.

Таким образом, у больных с гипертензионным синдромом после поясничной пункции через дренажную нить продолжается постоянный отток ликвора в эпидуральное пространство и прилегающие к леске мышцу и подкожную клетчатку. При снижении ликворного давления ток жидкости замедляется, при его повышении — усиливается. Ликвор из своих вместилищ выводится очень медленно, что обеспечивает более значительное и продолжительное снижение внутричерепного давления. Исключается возможность дислокации створчатых отделов головного мозга. Не наблюдается резкого перепада давления в полости черепа с развитием выраженной ликворной гипотензии и коллапса мозга, что может возникнуть при одномоментном извлечении значительного количества спинномозговой жидкости путем обычной люмбальной пункции.

Поступила 03.01.87.

