

1) Операции *épluchement* или *débridement* должны применяться почти у каждого своевременно доставленного больного как в стационарных условиях, так и в амбулаторной практике.

2) Знакомство широких кругов участковых хирургов с методом Фридриха пока еще недостаточно.

3) Овладение хирургами методом иссечения раны по Фридриху имеет огромное оборонное значение.

4) Техника метода нуждается в дальнейшем усовершенствовании его.

5) Метод ползучих инфильтратов новокаина по Вишневскому является не только прекрасным анестезирующим средством, но значительно облегчает технику операции при всех видах ран и особенно лоскутных, техника освежения которых чрезвычайно трудна.

Поступила в ред. 22. V. 1938.

---

Из клиники неотложной и военно-полевой хирургии (директор проф. Г. М. Новиков) Казанского гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

## К методике костно-пластической фиксации надакромиальных вывихов ключицы.

В. М. Осиповский.

Вывихи ключицы встречаются сравнительно часто. По данным Фридланда они составляют около 1,5—2% всех вывихов, по Зоммеру 4,4%, Стимсону — 6%; Тихов и Спид указывают больший процент (8% — 9,4%). На материале украинского ин-та ортопедии и травматологии (Берхина) из 466 вывихов было 76 вывихов ключицы, что составляет 16,5%.

Связочный аппарат, фиксирующий ключицу, может разорваться как у грудинного, так и у акромиального конца; поэтому вывихи ключицы возможны и на грудинном и на акромиальном конце. По Стимсону и Спиду акромиальные вывихи встречаются в пять раз чаще стернальных. У Берхиной встретилось 60 акромиальных и 16 стернальных, т. е. первые были в четыре раза чаще.

Согласно классификации Гоффа и Зоммера вывихи акромиального конца ключицы могут быть верхние, задние и нижние.

Чаще всего встречаются вывихи верхние, надакромиальные. Гамильтон на 41 акромиальный вывих в 38 случаях имел вывихи верхние. У Берхиной все 60 вывихов были надакромиальные.

В клинической картине надакромиальных вывихов ведущими симптомами являются: образование ступенчатой выемки на плечевом своде, значительное расхождение акромиального конца ключицы (2—4 см), подвижность этого конца, укорочение надплечья, опущение плечевого пояса, напряжение и болезненность трапециевидной мышцы и нарушение функции сустава, выра-

женные в той или иной степени. Последний симптом, повидимому, нельзя считать постоянным. В первое время после вывиха движение руки сопровождается болью и рука пассивна. В дальнейшем функция руки может мало отличаться от функции нормальной. Вильмс пишет, что функция конечности мало нарушается даже при остающемся смещении ключицы. Наоборот, Фридланд указывает на невозможность для таких больных поднять и отвести руку в сторону. Смирнов считает функцию руки при этих вывихах сильно нарушенной. Иногда бывают случаи, что подвижность даже и в первые моменты вывиха не страдает. Берхина наблюдала случай, когда вывих наступил во время борьбы, однако больной продолжал бороться.

Недавно мы могли наблюдать в клинике случай акромиального правостороннего вывиха ключицы, причем функция конечности ничем не отличалась от нормальной. Аналогичные случаи видел Мальгень.

В работах Тильманса, Гамильтона, Барденгейера указывается, что после акромиальных вывихов функция руки у лиц физического труда резко нарушается и что поднятие и ношение тяжести при вывихнутой ключице невозможно. Аналогичные указания имеются у Фишера, Альберса и Кенига.

Диагноз не представляет затруднений и при наличии указанных симптомов почти всегда ставится правильно. Рентгенография дополняет клиническую картину.

При дифференциальной диагностике надо иметь в виду переломы наружного конца ключицы, акромиона и вывихи в плечевом суставе.

В лечении акромиальных вывихов существует два направления: консервативное и оперативное.

По единодушному мнению всех авторов вправление вывиха ключицы нетрудно, но очень трудно удержание вправленного акромиального конца ключицы в суставе. Фиксирование повязками иногда весьма затруднительно. Часто бывает так, что хирург еще не успел наложить повязку или наложил ее первые ряды, как ключица вновь вывихивается.

В качестве фиксирующих повязок с переменным успехом применялись повязки Дезо, Зайера, Вельпо, Мура. Розер предложил гипсовую повязку, фиксирующую руку и лопатку; Кюри—повязку-ремень, Доланс—повязку с каучуковыми бинтами; Фолькер—повязку с баллоном на ключицу; Битэ—повязку с деревянной шиной на ключицу и фиксацией ее бинтами через промежность; пользовались турникетом Пти, повязкой Гартунга и др.

Спид предлагает повязку, состоящую из двух полос лейкопласта, пересекающихся на середине ключицы и фиксирующих руку и туловище. Мейер в 1912 г. предложил лейкопластырную повязку, с резиновым мячиком под ней, надавливающим на конец ключицы. Барденгейер предложил лечение вытяжением. Берхина сообщает о специальной методике лечения акромиальных вывихов, принятом в Украинском институте ортопедии и травматологии; метод этот состоит во вправлении вывиха и

фиксации конечности на клиновидной подушке или отводящей шине с пелотом, удерживающим ключицу. Смирнов для этих же целей предложил надплечную треугольную шину.

Однако ни об одном из этих консервативных мероприятий нельзя сказать, что оно обеспечивает верный результат, а потому ни одна из повязок не заслужила всеобщего признания.

Оперативные способы можно объединить в две группы: **интеркостальная** (применение костного шва) и **перипаракостальная** фиксация (сшивание капсулы и связок).

Из материалов для фиксации чаще всего употребляется аллопластический материал: проволочные швы (Купер, Шафер, Муше), винты Лямботта, пластинки Ляне, фиксация гвоздем (Нарат). Рюдингер и Киршмайер вправляли вывих, а затем вводили тонкий бор через обе кости, фиксируя ключицу. Бор удался через 18 дней. Применяли кетгут, шелк (Баум, Мишон, Фридланд, Шулутко, Берхина).

Не рассасывающиеся материалы часто прорезываются, дают нагноения с последующим остеомиелитом или артритом и сводят на-нет весь эффект операции. Аллопластика в настоящее время почти всеми оставлена. В последние годы очень часто стали применять для фиксации аутопластический материал: полоски из *fasc. latae* (Маркер, Каррель, Эпштейн), использование *lig. toraco-acrom.* (Кадена), мышечная пластика и использование сухожилий *m. st. cl. mast.* и *m. pect.* (Мелер, Герсуни). Особо надо остановиться на применении для костно-пластической фиксации аутопластического материала из кожи самого больного.

В хирургической практике давно известны попытки замещения кожей слизистых или серозных оболочек, образования целых органов и разные способы трансплантации.

Отто Леве впервые в 1913 г. предложил, вместо обычного применения фасции, погружать лоскут кожи в глубину тканей для замещения различных дефектов. Этот способ в 1914 г. был подробно разработан с теоретической и клинической стороны Реном. После наблюдения и опытов Рена с глубоким погружением внутрь тканей организма полосок из дермы и после установления факта успешного их приживления, за соединительнотканной основой кожи нужно признать те же высокие качества пластического материала, как и за хрящем или костью. Ткань *cutis — subcutis* способна не только приживать, но под влиянием функционального приспособления подвергаться метаплазии и превращаться в однородные, сухожильные или апоневротические образования и наравне с ними нести функциональную нагрузку. Леве и Рен считали ткань — *cutis — subcutis* — подходящим материалом для реконструкции дефектов благодаря тому, что *сogium* отлично справляется с натяжением и давлением, переходя постепенно путем метаплазии в сухожильно-соединительную ткань. Указанный трансплантат очень стоек против инфекции и вживает даже в случаях гематом или нагноений. Техника получения таких трансплантатов по Рену такова: кожный лоскут вырезается вместе с подкожно-жировой клетчаткой и обнажается

В послеоперационном течении обычно никаких осложнений не бывает. Повязка Дезо на третий день снимается. Рука находится на косынке. Со второй недели — механотерапия и физиотерапевтические мероприятия. Привожу истории болезни наших случаев.

1. Б-ной Б. (ист. бол. 2138), 58 лет, сцепщик вагонов трампарка. Доставлен в клинику неотложной и военно-полевой хирургии станцией скорой помощи 21. X. 36 г. Во время работы (сцепки вагонов) получил ушиб правого плеча, почувствовал резкую боль, что-то хрустнуло, и рука „повисла“.

При обследовании найдено: ступенчатая деформация правого плечевого свода, акромиальный конец правой ключицы выступает над сводом плеча на 2—3 см, подвижен, функция руки понижена, пассивна.

Диагноз: правосторонний полный надacroмиальный вывих ключицы. 22. X. 36 г. сделана операция под местной анестезией. Костно-пластическая фиксация кожной изолированной лигатурой. Швы. Повязка Дезо. Послеоперационное течение гладкое. На восьмой день выписан для амбулаторных механо-физиотерапевтических процедур.

На рентгено снимке — нормальное стояние акромиального отростка ключицы. На конце ключицы имеется отрыв костно-надкостничных участков.

В настоящее время, почти через год, функция сустава восстановилась полностью, б-ной работоспособен. Произведенное рентгеноисследование показало, что конец ключицы находится на одном уровне с акромиальным отростком.

2. Б-ной А. (ист. бол. 834), 27 лет. Доставлен в клинику станцией скорой помощи 6. V. 37 г. По словам б-ного, он попал под трамвай. Жалуется на сильную головную боль, общую слабость, сильные боли в груди, особенно в левой подключичной области, боли в правом плечевом и лучезапястном суставе. Объективно: общее состояние больного тяжелое, больной мало двигается, лежит на спине, покровы бледны. На лице, всей поверхности груди и правой руке имеются ссадины и кровоподтеки.

Правый плечевой и лучезапястный суставы припухшие, при пальпации резко болезненны. В левой подключичной области, соответственно III—V ребрам отмечается деформация грудной клетки и западение при вдохе. В брюшной полости повреждений не определяется.

В течение последующих десяти дней состояние больного значительно улучшилось. Опухоль на правом плече спала, и выявилась картина ступенеобразной деформации правого плечевого свода. Акромиальный отросток резко контурируется через кожу, подвижен; расхождение около 3 см. Диагноз: правосторонний полный надacroмиальный вывих ключицы. Предложено оперативное лечение. 20. V. 37 г. сделана операция под местной анестезией. Произведена костно-пластическая фиксация изолированной кожной лигатурой. Наложены швы на рану, повязка Дезо. Послеоперационное течение гладкое. Заживление первичным натяжением. Через 10 дней больной выписан для амбулаторного лечения. Рентгеноисследование, произведенное в день выписки показало, что конец ключицы фиксирован хорошо и стояние его в пределах нормы.

Через три месяца мы имели сведения от б-го: „рука не болит, движения в суставе восстановились“.

3. Б-ной С. (ист. бол. 1864), 42 лет, работник гаража отдела связи. Доставлен станцией скорой помощи 9. VIII. 37 г. Больного ударило в левое плечо трамваем, после чего он упал и ушиб себе голову и левую ногу. Найдено объективно: больной выше среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и слизистые нормальны. На голове имеются незначительные кожные раны, на ноге ссадины. Б-ной не может поднять левую руку, плечо деформировано. Акромиальный конец ключицы выделяется под кожей и выстоит более чем на 3 см над уровнем плечевого свода. Диагноз: левосторонний полный надacroмиальный вывих ключицы.

Сделана операция 9. III. 37 г. под местной анестезией. Произведена костно-пластическая фиксация акромиального конца ключицы при помощи изолированной кожной лигатуры. Наложены швы, повязка Дезо. Послеоперационное течение гладкое. Первичное заживление. Через три дня повязка снята. Рука на косынке. Назначена механотерапия. Данные рентгенографии: стояние акромиального отростка ключицы в пределах нормы. Через 10 дней больной выписан.

30. VIII. Явился на осмотр. Швы в хорошем состоянии. Функция руки восстанавливается. Свободно поднимает руку до горизонтали и двигает вперед и назад.

20. IX. Повторный осмотр. Функция конечности восстановилась почти до нормы. Рентгеновский контроль показал аналогичную картину. В настоящее время б-ной вполне работоспособен.

4. Больной Б. (ист. бол. 1229), 25 лет, возчик. Доставлен станцией скорой помощи 30/IX 37 г. Больной поднял мешок с картофелем весом в 4—5 пудов, споткнулся и упал на левое плечо. Сразу почувствовал резкую боль в плече, что-то хрустнуло, и рука „повисла“. Функция руки нарушена. Б-ной выше среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Со стороны органов грудной и брюшной полости изменений не определяется.

При осмотре оказалось: б-ной не может поднять левую руку, плечо деформировано, имеется ступенчатость. Акромиальный конец ключицы резко контурируется и выстоит над уровнем свода плеча на 2—3 см, подвижен и резко болезненен. Диагноз: левосторонний полный надакромиальный вывих ключицы.

30/IX 37 г. сделана операция под местной анестезией. Произведена костно-пластическая фиксация акромиального конца ключицы изолированной кожной лигатурой, наложены швы, повязка Дезо. Послеоперационное течение гладкое. Заживление раны первичным натяжением.

Рентгенообследование показало нормальное стояние акромиального конца и хорошую фиксацию сустава. На восьмой день больной выписан для амбулаторного физиотерапевтического лечения. 20/V. Явился на осмотр. Швы в хорошем состоянии. Функция руки восстанавливается. Свободно двигает рукой вперед и назад, начинает поднимать руку по горизонтали. Рентгеноконтроль сустава не обнаружил никаких отклонений от нормы.

В настоящее время б-ной вполне работоспособен.

Как видно из приведенных историй болезни, диагностика в первом, третьем и четвертом случаях не представила больших затруднений, ввиду типичной картины и наличия классических симптомов. Во втором случае, где травма грудной клетки явилась основным заболеванием, вывих ключицы был диагностирован лишь спустя десять дней, ибо большая опухоль смазывала картину, а рентгеноисследование произведено не было.

Второе, на что хотелось бы обратить внимание — это показание к оперативному вмешательству и время самого вмешательства. Несомненным является для нас то, что акромиальные вывихи должны служить бесспорным показанием для оперативного вмешательства. О времени оперативного вмешательства в литературе нет точных указаний. Наша клиника стоит на точке зрения раннего оперативного вмешательства.

Всех своих больных мы оперировали в первые сутки после вывиха; лишь у больного А. (случай 2) в связи с общим тяжелым его состоянием операция была произведена на 14-й день. Последующий контроль рентгеном показал правильное стояние суставных концов. Функция конечности во всех случаях полностью восстановилась. Насколько можно судить по нашим данным аутопластический материал в виде кожного жгутика действительно является прекрасным фиксатором сочленения.

Основанием к применению для костно-пластической фиксации изолированных кожных лигатур является уже то обстоятельство, что кожный жгут, будучи аутопластическим материалом, имеет все преимущества перед аллопластикой. Будучи, к тому же, наиболее прочным (в этом мы могли убедиться,

изучая сопротивляемость кожной лигатуры механическим воздействием: растяжению и кручению), он имеет преимущества перед всеми другими аутопластическими материалами. Кроме того, кожный жгутик является весьма выгодным и портативным в том отношении, что его можно брать непосредственно из краев операционной раны, не делая добавочных (часто уродующих конечность) разрезов на бедре для выкраивания лоскута из *fasc. latae*.

Являясь биологическим агентом, способствующим усиленному развитию и разрастанию соединительной ткани, кожная лигатура быстро приживает и срастается с окружающей тканью, что подтверждается экспериментами Рена, Цимхеса. Это особенно ценно при использовании кожной лигатуры для фиксации надкромьяльных вывихов, т. к. развитие и разрастание окружающей соединительной ткани при этом в значительной мере ведет к усилению сумочно-связочного аппарата сустава и к наилучшему восстановлению функции конечности.

Будучи помещена в условия костного ложа, кожная лигатура играет двоякую роль: механического фиксатора (в силу своей прочности и медленной рассасываемости) и раздражителя периферических зон костеобразования.

Судьба кожной лигатуры в условиях костного ложа никем еще не изучалась. Наши эксперименты в этом направлении и клинические наблюдения дают основание считать кожную лигатуру весьма выгодным аутопластическим материалом для целей костно-пластических фиксаций.

Поступила в ред. 3.1 1938.

---

Из хирургической клиники им. В. Л. Боголюбова (директор проф. Ю. А. Ратнер) Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

## **Операция Шимановского как нормальный метод замещения частичных дефектов верхней губы.**

**С. П. Вилесов.**

Общие принципы хейло- и стоматоластики хорошо разработаны. Но показания к использованию того или иного метода строго не очерчены, и выбор способа операции в некоторых случаях может представить известные трудности. Поэтому изучение различных методов восстановления дефектов приротовой области представляет большое практическое значение.

Как известно, при восстановлении дефектов верхней губы хирург встречает больше трудностей, чем при операциях на нижней губе.

Закрытие дефектов на нижней губе возможно при помощи мобилизации покровов лица, а также и за счет лоскутов кожи, образованных на шее и в подбородочной области. Здесь в рас-