

Был поставлен диагноз — системная склеродермия. После лечения (стрептомицин, преднизолон, витамины В₁, В₂, С; гемотрансфузии, гемостимулин, гипохлоридная диета, хлористый калий) состояние больного значительно улучшилось. Улучшились и лабораторные показатели. Больной приступил к работе и в настоящее время находится под диспансерным наблюдением.

УДК 616—001.513—611.985—616.72—001.6—611.986

А. А. Беляков (Саранск). Остеосинтез лодыжек и таранной кости при открытом переломе с полным вывихом стопы кнаружи и кзади

Одновременный открытый перелом обеих лодыжек и таранной кости с полным вывихом в голеностопном суставе встречается довольно редко. Значительно чаще наблюдается изолированный открытый перелом с вывихом стопы.

Открытые переломо-вывихи в голеностопном суставе устраняются легко, но удержание костных фрагментов в правильном положении гипсовой повязкой представляет большие трудности. Ненадежная их фиксация грозит вторичным смещением.

Приводим наше наблюдение с благоприятным исходом.

К., 39 лет, доставлен 5/IX 1964 г. в машине скорой помощи с жалобами на сильные боли в левом голеностопном суставе. 20 мин. назад он был сбит автомашиной, левая стопа оказалась прижатой колесом к краю тротуара.

В левом голеностопном суставе полный открытый вывих стопы кнаружи и кзади. На передней, внутренней и задней поверхности сустава рваная рана 13×10 см с обширной зоной отслойки кожи. Из раны выступают отломки наружной и внутренней лодыжки и суставная поверхность большеберцовой кости. Видна верхняя суставная поверхность таранной кости, которая расчленена в поперечном направлении на две равные половины с небольшим диастазом между отломками. Рана загрязнена пылью и шлаком. Стопа на ощупь теплая, чувствительность сохранена. Пульсация тыльной артерии слабая.

При рентгенографии обнаружен полный вывих стопы кнаружи и кзади с отрывом внутренней лодыжки; оскольчатый перелом наружной лодыжки с большим смещением костных отломков. С трудом определяется поперечный перелом таранной кости.

Под внутрикостной анестезией экономно иссечены разможенные края раны, удалены нежизнеспособные ткани. Вывих устранен. Внутренняя лодыжка поставлена на место и плотно фиксирована к большеберцовой кости двумя спицами. Продольным разрезом (10 см) по ходу малоберцовой кости обнажен дистальный конец малоберцовой кости и место перелома. Через верхушку наружной лодыжки в костномозговой канал введен гвоздь Богданова, дополнительно кетгутом фиксированы костные отломки. Отломки таранной кости сопоставлены и скреплены гетеротрансплантатом, проведенным в продольном направлении ниже блока таранной кости.

Наложена окончатая гипсовая повязка.

На 9-й день сняты швы. В области внутренней лодыжки края раны разошлись из-за наличия небольшого участка некроза. После его отторжения рана постепенно выполнялась грануляциями.

Гипсовая повязка снята через 3 месяца после операции. Назначена лечебная гимнастика, парафинотерапия.

Через 5 месяцев после перелома больной обратился для удаления металлических фиксаторов. При осмотре у него обнаружен хорошо скрепший послеоперационный рубец, местами спаянный с подлежащими тканями. Жалуется на небольшие боли при нагрузке на конечность, ногу нагружает полностью. Движения в голеностопном суставе в пределах 30°. Рентгенография: лодыжки срослись в правильном анатомическом положении, на таранной кости на месте бывшего перелома зоны просветления не видно; суставная щель несколько сужена.

УДК 611.718.6—616—007—053.1

Р. А. Зулкарнеев (Казань). Врожденное отсутствие малоберцовой кости

Н., 40 лет, 12/IV 1963 г. обратилась по поводу укорочения левой ноги. Прихрамывает на левую ногу с детства. По мере роста хромота увеличивалась. За ортопедической помощью ранее не обращалась.

Со стороны внутренних органов патологии не найдено.

Левая нога укорочена на 15 см (бедро на 3 см и голень на 12 см). Левая голень дугообразно изогнута выпуклостью кпереди. Стопа резко деформирована, укорочена, находится в положении сгибания, резкой пронации и отведения кнаружи. При ходьбе нагрузка падает на внутренний край стопы, где образовалась омозолость. IV и V пальцы стопы с соответствующими плюсневыми костями отсутствуют. Передний отдел стопы отведен под углом 120°, стопа в положении пронации под углом в 130°. Легкая атрофия мышц бедра и голени.

Рентгенограмма. Малоберцовая кость развита только в дистальной трети (имеется рудимент ее), большеберцовая утолщена и изогнута. Отсутствуют IV и V пальцы, кости предплюсны как бы слились между собой. Таранная кость не определяется.