

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. Жалуются 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.

19/IV 1963 г. сделана атипическая ампутация переднего отдела левой стопы с частичной резекцией пяточной кости. Послеоперационный период протекал без осложнений.

В дальнейшем культя левой стопы была с успехом протезирована, укорочение конечности удалось компенсировать протезом.

2. X., 21 года, обратилась 10/VII 1963 г. по поводу укорочения правой нижней конечности с деформацией правой стопы. С того момента, когда больная начала ходить, правая стопа стала отклоняться кнаружи. С возрастом прогрессировало и укорочение конечности. В 1957 г. в Уфе была сделана сухожильная пластика на правой стопе. Со времени операции больная пользуется ортопедической обувью.

Со стороны внутренних органов патологии не найдено.

Резкая атрофия мышц правой голени, укорочение ее. Наружная лодыжка не контурируется. Вся стопа смещена от оси голени кнаружи, располагается в положении пронации и небольшого сгибания. Укорочение ноги равно 13 см (бедро — на 4 см, голени — на 9 см).

Рентгенограмма. Правая малоберцовая кость полностью отсутствует, правая таранная кость не определяется; другие кости стопы склерозированы, костная структура перестроена, своды стопы уплощены.

19/VII 1963 г. ампутирована правая стопа по суставу Шопара с удалением недоразвитой таранной кости и артродезом врожденного пяточно-тибиального сочленения.

Послеоперационный период протекал без осложнений. В дальнейшем наступила консолидация между большеберцовой и пяточной костями. Конечность была успешно протезирована с компенсацией укорочения.

Раннее выявление подобного рода врожденных пороков у детей и своевременное обращение за ортопедической помощью могут предупредить те стойкие, трудно поддающиеся лечению деформации конечностей, которые наблюдаются у таких больных в дальнейшем.

После окончания периода роста при значительном укорочении конечности целесообразна, по-видимому, ампутация ее с последующим рациональным протезированием, что может предупредить развитие вторичных статических изменений в другой конечности и позвоночнике.

УДК 616.596—615.5—089.844

Д. И. Муратов (Пермь). Пересадка кожи при вросшем ногте

При выборе метода хирургического лечения вросшего ногтя необходимо учитывать характер патологических изменений в ногтевой пластинке, в ногтевых валиках и ногтевом ложе.

Мы разработали классификацию этого заболевания, установив четыре степени его тяжести.

Первая степень — ногтевая пластинка без значительных изменений формы и вида, ткани ногтевого валика отечны и гиперемированы.

Вторая степень — ноготь утолщен (от 0,5 до 1 мм), поверхность его неровная, шероховатая, форма ногтя выпуклая, отчетливо определяется угол врастания в виде искривления ногтевой пластинки.

Третья степень — ноготь башнеобразной формы с глубоко врастающими в мягкие ткани краями, утолщен до 2,5 мм, поверхность его исчерчена продольными и поперечными бороздками.

Четвертая степень — глубокие трофические изменения в матриксе ногтя и в тканях ногтевого ложа, онихогрифоз. Ноготь резко утолщен, принимает вид когтя или рога.

Каждая степень врастания может осложняться изъязвлением, онихией и паронихией. Возможен и экзостоз ногтевой фаланги.

При лечении наиболее тяжелых поражений (III—IV ст.) мы используем предложенный в 1954 г. К. Н. Кочевым метод пластики дефекта ногтевого ложа перфорированным кожным лоскутом. Обезболивание тканей производим по А. И. Лукашевичу¹ (1886). Применяем 1% раствор новокаина с добавлением 300 тыс. ед. пенициллина или стрептомицина (в зависимости от бактериальной флоры).

При выборе донорского участка кожи зачастую приходится отступать от методики К. Н. Кочева, требующей брать трансплантат только с бедра. У некоторых больных используем для этой цели кожу плеча, голени, стопы.

После обезболивания тканей указанным выше способом мы одним блоком иссекаем ногтевую пластинку, ткани ногтевых валиков и ногтевого ложа до надкостницы. Окаймляющий разрез делаем отступая на 2—3 мм от края ногтевых вали-

¹ По методу Лукашевича анестезирующее вещество вводится из двух боковых точек дистальнее жгута, наложенного на основание пальца. Для ускорения анестезии дополнительно вводим новокаин по Максиму уколом непосредственно в подкожную клетчатку самой ногтевой фаланги.