

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.

ков. Донорский участок обезболивается 0,5% раствором новокаина. Кожный лоскут выкраивается в форме эллипса по методике Ф. М. Хитрова. В отличие от метода Б. В. Парина (1943), при котором перфорация трансплантата производится после взятия его, Ф. М. Хитров (1944) рекомендует наносить скальпелем отверстия на коже до выкраивания лоскута. Лоскут подшиваем к краям раны ногтевого ложа швом Мультиановского. На пересаженный трансплантат накладываем повязку из трех слоев марли с раствором риванола (1:1000) и кусок стерильной резиновой губки толщиной до 2 см. Заканчиваем операцию наложением давящей повязки, после чего жгут с основания пальца снимаем.

Обработка донорского дефекта состоит в иссечении подкожной клетчатки до фасции и наложении вертикальных шелковых швов.

Первая перевязка раны донорского участка производится на 9-й день со снятием швов, а раны ногтевой фаланги — на 11—12-й день. Приросший кожный лоскут обычно имеет розовый цвет. Первая перевязка раны пальца должна быть щадящей: для предохранения кожного лоскута от травмы снимаемую повязку следует предварительно смочить 3% раствором перекиси водорода. После снятия швов на кожный лоскут накладывается повязка с раствором риванола.

Спустя 17—18 дней после операции кожный лоскут обычно покрывается свежим эпителиальным слоем.

По описанному методу в условиях поликлиники мы оперировали 39 больных в возрасте от 21 года до 70 лет.

Полное приживление кожного лоскута без осложнений произошло у 34 больных.

ОБЗОРЫ

УДК 618.346—616—005.7

ЭМБОЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ

В. П. Скипетров

Родильное отделение 1-й Усть-Каменогорской объединенной больницы (главврач — Г. Г. Доржинов)

Эмболия околоплодными водами является одним из видов акушерской патологии, приводящим к нарушению гемокоагуляции и дающим высокую летальность. Как самостоятельный синдром она выделена в 1941 г. (Steiner и Lushbaugh). Однако первые указания на возможность проникновения амниотической жидкости и элементов плацентарной ткани в кровоток матери были сделаны гораздо раньше. Еще в 1893 г. Schmorl (цит. по Beller, 1963) обнаружил в легких погибшей в родах женщины клетки трофобласта. По его предположению, они попадают в сердце, затем в легкие, где осаждаются, как на фильтре, в капиллярах малого круга кровообращения. Н. Е. Касьянов (1896) при патологоанатомическом исследовании трупов рожениц, погибших от кровотечений, отметил те же самые изменения. Позднее в легких обнаруживали меконий, сыровидную смазку, децидуальные клетки и чешуйки эпидермиса. Среди причин акушерской смертности эмболия околоплодными водами занимает пятое место (анализ 559 843 родов, произведенный Baig и Freeman, 1959). Slunský (1963) собрал в литературе около 100 точно диагностированных наблюдений. В настоящее время их число значительно увеличилось. Mall и Stamm (1963) считают, что эмболия амниотической жидкостью встречается гораздо чаще, но не диагностируется из-за того, что протекает бессимптомно или стерто.

Существует несколько путей для проникновения околоплодных вод. Они могут попадать в кровеносные сосуды роженицы при преждевременном разрыве плодного пузыря, особенно при его высоком вскрытии (Schneider, 1950; Käser, 1956; Szinnyai и сотр., 1963). В таких случаях околоплодные воды оказываются между стенкой матки и плацентой, откуда проникают в межворсинчатые пространства и вены миометрия. При каждой схватке амниотическая жидкость как помпой перекачивается в кровеносные сосуды матери. Кроме того, околоплодные воды могут поступать через эндцервикальные вены верхней порции шейки, входящей в состав нижнего сегмента, которые имеют соприкосновение с водами при вскрытии плодного пузыря (Shotton и Taylor, 1949; Reid и сотр., 1953). По мнению Schneider (1950), амниотическая жидкость может прорываться и через краевые синусы плаценты.

Клинический диагноз эмболии околоплодными водами чаще всего ставится по шоку, который является ведущим и наиболее тяжелым симптомом (Beller, 1963). Течение эмболии амниотической жидкостью типично: во время родов (чаще всего во 2—3-м периодах) развивается шок с ознобом, острым расширением правого сердца, падением АД, одышкой, цианозом, конвульсиями и другими центральнонервными