

ПЛАСТИКА СКАЛЬПИРОВАННОЙ РАНЫ ГОЛОВЫ СВОБОДНЫМ КОЖНЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ

О. К. Скобелкин

Кафедра факультетской хирургии (и. о. зав. — доц. Н. В. Завадовская)
Калининского медицинского института на базе Областной клинической больницы
(главврач — А. А. Соколов)

Среди разнообразных повреждений головы особое место занимают скальпированные раны мягких тканей черепа. Эти травмы чаще возникают у женщин, волосы которых попадают во вращающиеся части машин и механизмов, что приводит к различной по размерам отслойке и отрыву волосистой части головы от подлежащих тканей свода черепа и образованию обширной раневой поверхности, требующей пластического замещения.

Приводим наше наблюдение.

К., 51 г., поступила 25/VI 1962 г. через 3 часа после травмы (волосы попали в цепную передачу мотора).

В лобно-теменной области, больше справа, обширная скальпированная рана, 15×10 см, лишенная мягких тканей до надкостницы. От ее задней полуокружности в сагиттальном направлении идут две продольные раны, достигающие затылочной области, в результате чего образуется лоскут из мягких тканей, расположенный в правой теменно-затылочной области. Участок кожи, покрывающий левую теменно-затылочную область, свободно смещается назад в виде лоскута. Рана загрязнена землей и волосами. На коже лица, шеи и надключичной области слева обширные ссадины.

25/VI 1962 г. в 18 час. после соответствующей подготовки под местной анестезией рана тщательно очищена от загрязнения и обрывков ткани и промыта полимиксином и стрептомицином. Лоскуты уложены на свое место. Путем натяжения краев раны удалось заместить большую часть кожно-апоневротического дефекта, за исключением участка 8×5 см в лобно-теменной области. Применение послабляющих и лоскутных разрезов было невыгодным. Решено применить свободную пересадку кожи. Заготовленный свободный полнослойный лоскут-сито (с передне-боковой поверхности левого бедра) уложен на дефект и подшит узловыми шелковыми швами. В мягкие ткани головы введено 500 000 ед. пенициллина и 300 000 ед. мономицина. Под лоскуты в затылочной области через дополнительные мелкие разрезы введено три резиновых выпускника.

Послеоперационное течение гладкое. Швы сняты на 7-й день. Заживление первичным натяжением. Выписана на 17-й день в удовлетворительном состоянии.

Осмотрена через 4 месяца. Состояние трансплантата хорошее.

УДК 616.329—089

ДЕРМОИДНАЯ КИСТА ПИЩЕВОДА

Н. Г. Григорьев

Факультетская хирургическая клиника им. А. В. Вишневого
(зав. — проф. И. Ф. Харитонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института на базе Республиканской клинической больницы
(главврач — К. Л. Свечников)

Дермоидная киста среди доброкачественных внутристеночных опухолей пищевода является сравнительно редким заболеванием.

В доступной нам литературе мы не встретили ни одного описания.

П., 21 года, поступил 2/X 1962 г. с жалобами на затруднение глотания. Больным себя считает около года. Затруднения при прохождении твердой пищи развивались медленно, без болевых симптомов.

Телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 68, ритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 125/65 мм.

Сердце и легкие без отклонения от нормы. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Гем. — 13,4 г%, Л. — 7750 ед., п. — 2%, с. — 72%, л. — 20%, м. — 6%. РОЭ — 15 мм/час. Моча без отклонений от нормы.

Рентгеноскопия. Легкие и сердце без отклонения от нормы. В тени пищевода на уровне нижней трети определяется овальной формы дефект наполнения 6×4 см с правильными и четкими контурами. Выше дефекта наполнения пищевод несколько расширен. Контрастная масса окаймляет вышеупомянутую тень тонкой полоской.

Диагноз — «лейомиома пищевода».

11/X 1962 г. больному под интратрахеальным наркозом удалена (проф. И. Ф. Харитонов) кистозная опухоль из задней стенки пищевода, расположенная между мышцами пищевода и слизистой оболочкой. Киста содержит густое, темного цвета содержимое.

Патогистологический диагноз — дермоидная киста стенки пищевода.

Послеоперационный период протекал гладко.

При контрольных рентгеноскопии и графии пищевода на 16-й день после операции проходимость контрастной массы по пищеводу свободная, очертания пищевода без отклонения от нормы. На 19-й день после операции больной выписан без жалоб на дисфагические расстройства.

Поступила 11 февраля 1963 г.

УДК 616.381--003.219

ОБ ОСЛОЖНЕНИИ ПОСЛЕ ПРЕСАКРАЛЬНОГО ПНЕВМОРЕТРОПЕРИТОНЕУМА

М. М. Газымов

Главврач Лениногорской городской больницы ТАССР

М., 39 лет, поступил 18/X 1962 г. с жалобами на периодические головные боли, временами — дизурические явления. Болен с 1959 г. и находится на диспансерном наблюдении у терапевта по поводу гипертонической болезни. При очередном посещении у больного в моче обнаружены лейкоциты в большом количестве.

При поступлении АД 160/100 мм. Наружные половые органы без видимой патологии, почки не прощупываются. Моча идет хорошей струей, мочится не часто. Удельный вес мочи 1019, реакция кислая, белка — 0,066% эритроциты свежие, 8—10 в поле зрения, лейкоциты покрывают все поле зрения. ВК в моче не обнаружены.

Произведена экскреторная урография. Через 10 мин справа контраста нет, через 20 мин небольшая тень от контраста в виде пятна. Хромоцистоскопия. Емкость пузыря 200 мл, слизистая желто-розового цвета, небольшая гиперемия в области устья правого мочеточника. Синька слева на 5-й минуте, справа краска не появилась и через 12 минут. Попытка ввести катетер в правый мочеточник не увенчалась успехом, катетер дальше чем на 1—2 см не идет.

Решено произвести пресакральный пневморетроперитонеум. На снимке хорошо выраженные контуры левой почки и на месте проекции правой почки тень с неравномерными контурами неодинаковой интенсивности.

Жалоб на второй и третий день после производства пневморетроперитонеума больной не предъявлял, стула не было. На четвертый день стал жаловаться на отсутствие аппетита, тошноту. Живот умеренно вздут, незначительная разлитая болезненность по всему животу, газы не отходят, стула нет. Температура, бывшая до этого нормальной, стала быстро повышаться и к обеду достигла 40°. После введения 60 мл 10% раствора хлористого натрия внутривенно, питуитрина 1 ампулы подкожно, после сифонной клизмы и промывания желудка состояние больного быстро стало улучшаться. Появился обильный стул. На следующий день температура спала до нормы. Поскольку не было нарушения диеты и больной никогда раньше не страдал желудочно-кишечными расстройствами, мы считаем, что данное осложнение было вызвано введением кислорода в забрюшинное пространство.

После производства пневморетроперитонеума надо наблюдать за функцией желудочно-кишечного тракта, чтобы вовремя выявить подобное осложнение. В доступной нам литературе указаний на осложнение подобного рода после пневморетроперитонеума мы не нашли.

В дальнейшем больному удалось произвести катетеризацию правого мочеточника, собрать мочу из правой почки, произвести ретроградную пиелографию. Диагностирован туберкулез правой почки. 2/XI 1962 г. под алкогольно-барбитуровым наркозом с управляемым дыханием произведена нефроуретерозктомия. В хорошем состоянии больной выписан из больницы.

Поступила 30 января 1963 г.