

месячные курсы специализации врачей поликлиник. Тесная связь с другими лечебными учреждениями создает условия для выработки единой тактики лечения больных в амбулаторных условиях по установкам кафедры.

УДК 617.577—089.844

**С. М. Гершкович, Г. М. Зязин (Пермь).  
О сберегательном лечении травм ногтевой фаланги кисти**

Ранения ногтевой фаланги встречаются часто, и их последствия могут существенно влиять на функцию кисти.

Под нашим наблюдением был 391 больной с повреждением ногтевой фаланги одного или более пальцев (463 пальца). Повреждение I пальца было у 123 больных, II — у 119, III — у 122, IV — у 68 и V — у 31 больного.

При открытых переломах с ранением кожи или ногтевого ложа до 1 см, при лоскутных ранах до 1 см и скальпированных ранах диаметром до 1 см мы применяли консервативное лечение (повязки). Метод использован для лечения 53 ран. 11 ран зажили первичным натяжением, 12 — под струпом и 26 — вторичным натяжением (о виде заживления остальных 4 ран нет сведений). Отдаленные исходы на сроках от 1 до 10 лет изучены на 36 ранах. Хорошие функциональные и косметические результаты достигнуты в 34 наблюдениях, удовлетворительные — в 2 (в одном не было сшито сухожилие сгибателя и развилась контрактура, в другом образовался болезненный рубец).

Первичный шов использован для закрытия 330 ран (отрыв, размозжение — 201; открытый перелом — 84; скальпированная рана — 45). 228 ран зажили первичным натяжением, 6 — под струпом, 46 — вторичным натяжением; в 15 ранах развился краевой некроз, в 2 — некроз, в 5 — остеомиелит; о том, как шло заживление остальных 28 ран, сведений нет.

Отрыв и размозжение — наиболее тяжелые повреждения ногтевой фаланги. Простая хирургическая обработка с экономным иссечением кожи и последующим наложением шва является лучшим методом лечения, но ушивание раны очень часто вызывает необходимость укорочения кости. Дефекту на пальце следует придать более простую форму. Ноготь и ногтевое ложе желательно сохранить. Однако при потере ногтевого ложа более чем наполовину ноготь следует удалить и освежить ногтевой валик, чтобы предупредить образование «когтеобразного» ногтя. Первичный шов использован для закрытия 201 раны. Отдаленные результаты (на сроках от 1 до 12 лет) изучены на 129 ранах. Установлено, что закрытие культи местными тканями после сглаживания или укорочения кости дает подвижный устойчивый кожный покров, но функция пальца нередко страдает. Недостаточное укорочение кости приводит к натяжению кожи при ушивании раны, некрозу ее и как следствие — образованию рубца. При оставлении ростковой части ногтя вырастает патологический ноготь (38 наблюдений).

Лечение открытых переломов ногтевой фаланги (84 наблюдения) при небольшой зоне повреждения мягких тканей не представляет проблемы. Однако часто встречались сложные переломы, сочетающиеся с рваными ранами. Жизнеспособность тканей в таких случаях определить трудно. В то же время способность к приживлению этих участков поразительна. В случаях, когда можно ожидать приживления кончика пальца, необходимо репонировать перелом. Чрезмерная активность может снизить жизнеспособность тканей. Удаляют свободно лежащие осколки. Подстригают мягкие ткани нужно ограниченно, особенно в области ножки. Особое внимание обращают на то, чтобы швы не проходили в основании лоскута и не ухудшали кровоснабжение. Для уменьшения натяжения краев раны можно удалять дистальный отломок (если перелом проходит дистальнее средней трети ногтя). При проксимальных переломах можно укорачивать отломки в месте перелома.

Сберегательное лечение при неполном отрыве проведено в 24 наблюдениях. Ширина тканевой ножки составляла от половины поперечного сечения фаланги до 2 мм. Некроз дистального фрагмента возник в 2 наблюдениях при ширине тканевой ножки около трети поперечного сечения фаланги.

Отдаленные исходы лечения 20 ран изучены в сроки от 1 до 11 лет. Хорошие функциональные результаты выявлены в 16 наблюдениях, удовлетворительные — в 2 (в одном наблюдении образовался деформированный ноготь, а в другом сгибательная контрактура — не был сшит разгибатель пальца) и неудовлетворительные — также в 2 (некроз фаланги).

Скальпированных ран было 45. По характеру повреждения это были лоскутные раны, соединенные с фалангой кожным мостиком. При достаточном кровоснабжении заживление обычно протекает без осложнений. При нарушенном кровоснабжении лоскута целесообразно удалить с него подкожную клетчатку, после чего он превращается в полнослойный трансплантат с тем преимуществом перед свободным трансплантатом, что сохраняет прикрепление и некоторое, хотя и ограниченное, кровоснабжение.

Первичная кожная пластика использована для закрытия 80 ран (см. таблицу).

## Первичная кожная пластика при дефектах кончика пальца

Вид кожной пластики	Приживление						Функция			Всего
	полное	поверх-ност-ный нек-роз	крае-вой нек-роз	непол-ный нек-роз	полный некроз	хоро-шая	удов-летво-рительная	плохая		
Реплантация отторгнутой кожи . . . . .	2	—	—	—	—	2	—	—	2	
Реплантация части ногтевой фаланги . . . . .	—	—	—	—	1	—	—	1	1	
Пластика местными тканями . . . . .	1	—	1	—	—	2	—	—	2	
Свободная пересадка полнослойного лоскута	30	6	6	1	1	38	5	1	44	
Лоскут на ножке с ладони . . . . .	9	—	—	—	2	9	1	1	11	
Лоскут на ножке с пальца . . . . .	3	—	4	—	—	7	—	—	7	
Лоскут на ножке с плеча . . . . .	5	—	2	—	—	7	—	—	7	
Острый стебель Филатова . . . . .	4	—	—	1	—	3	2	—	5	
Лоскут на ножке из складки под грудной железой . . . . .	1	—	—	—	—	1	—	—	1	
<b>Итого . . . . .</b>	<b>55</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>69</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>80</b>	

Из таблицы видно, что приживление лоскута наступило в 74 (92,5%) наблюдениях, неполный и полный некроз — в 6 (7,5%).

Хорошие и удовлетворительные результаты получены в 77 (96,2%) наблюдениях.

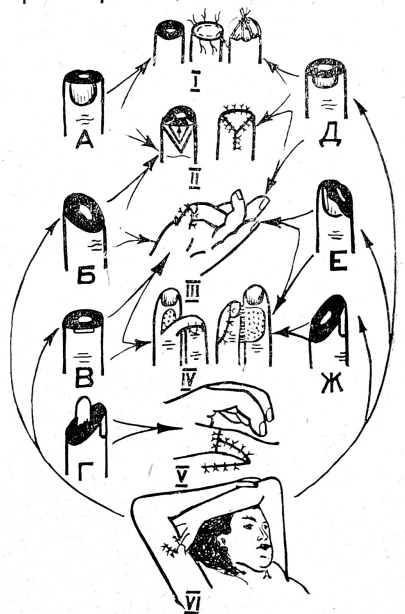
Способы замещения дефектов ногтевой фаланги представлены на приводимом ниже рисунке.

Из-за большой частоты повреждений пальцев их лечением вынуждены заниматься и хирурги общей практики. Но они должны помнить, что успех в сберегательном лечении повреждений ногтевой фаланги будет сопутствовать лишь тем, кто освоит нежную, хирургическую технику и способы первичной кожной пластики для закрытия травматических дефектов.

УДК 616.711—007.29—073.75

### И. И. Камалов (Казань). Рентгенологическая диагностика посттравматических деформаций позвоночника

Проведено комплексное рентгенологическое исследование 253 больных (180 мужчин и 73 женщины), преимущественно в возрасте от 20 до 40 лет (86,8%), перенесших травматическое повреждение позвоночника различной степени тяжести и жаловавшихся на боли в области поврежденного позвонка. Для изучения отдаленных исходов переломов позвоночника мы делали снимки в прямой, боковой и косых проекциях, а также применяли функциональную спондилографию с нагрузкой при вертикальном положении больного. Вторичные посттравматические деформации позвоночника



Замещение дефектов кончика пальца. Дефекты: А — поперечный дефект в верхней трети ногтя; Б — косой тыльный срез в уровне ростковой части ногтя; В — поперечный срез на уровне ростковой части ногтя; Г — скальпирование фаланги; Д — поперечный срез в средней трети ногтя; Е — косой боковой срез; Ж — косой ладонный срез. Способы первичной кожной пластики: I — свободная пересадка кожи; II — местная кожная пластика; III — лоскут на ножке с ладони; IV — лоскут на ножке с пальца; V — острый стебель Филатова; VI — лоскут на ножке с плеча.