

Первичная кожная пластика при дефектах кончика пальца

Вид кожной пластики	Приживление						Функция			Всего
	полное	поверхностный некроз	краевой некроз	неполный некроз	полный некроз	хорошая	удовлетворительная	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	
Итого	55	6	13	2	4	69	8	3	80	

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.

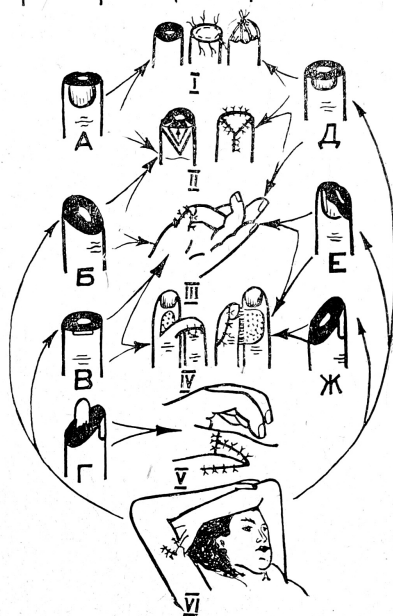
Способы замещения дефектов ногтевой фаланги представлены на приводимом ниже рисунке.

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 фаланги; 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.

были выявлены у 64,8% обследованных, из них деформирующие спондилезы — у 30,1%, остеохондрозы — у 17,3%, сколиозы и кифозы — у 11,2%, деформирующие артрозы межпозвоноковых суставов — у 6,2%. При незначительно выраженном деформирующем спондилезе I ст. ограничения подвижности позвоночника не обнаруживалось. При деформирующем спондилезе II степени выявлялось локальное ограничение подвижности (1—2 двигательных сегментов). И лишь при деформирующем спондилезе III степени, когда очень большие множественные остеофиты срастались в костные скобы, сковывавшие между собой позвонки, отмечалось ограничение подвижности того или иного отдела позвоночника. Однако это ограничение компенсировалось подвижностью выше и ниже расположенных сегментов позвоночника.

О функции межпозвоноковых дисков судили по наличию или отсутствию симптома параллелизма между замыкательными пластинками тел смежных позвонков. Если смежные поверхности тел позвонков при движениях позвоночника оставались параллельными и не следовали за физиологическими движениями его, функция диска считалась сохраненной. При функциональной недостаточности поврежденного диска отмечался симптом неполного параллелизма замыкательных пластинок. Изменение формы суженного межпозвонокового пространства при движениях позвоночника (дорсо-вентральной и латеральной флексии) свидетельствовало о лишь частично сохранившейся функции поврежденного диска и было прогностически неблагоприятным симптомом, ибо в этих случаях в последующем диск подвергается быстрому изнашиванию, дегенеративно-дистрофическому перерождению.

Функциональные пробы позволяли определить и конечные стадии дегенеративных изменений в двигательном сегменте: при выраженном посттравматическом остеохондрозе, если он не сопровождался массивным спондилезом, выявлялась усиленная подвижность, разболтанность двигательного сегмента, а при фиброзе диска — полная или частичная неподвижность. При незначительных компрессионных переломах, не сопровождающихся повреждением смежного межпозвонокового диска, сросшийся позвонок полностью участвовал во всем комплексе движений позвоночника. При наличии блока поврежденного позвонка с рядом лежащим функцией поврежденного диска полностью выпадала, и два блокированных двигательных сегмента функционировали как один, что не сказывалось на подвижности позвоночника в целом. В этих случаях функциональная способность позвоночника считалась восстановленной.

Средние сроки возникновения рентгенологически определяемых вторичных посттравматических деформаций составляют в среднем от 9—10 мес до 2—3 лет. Статические изменения выражались не только в сколиотическом искривлении позвоночника, но в некоторых случаях и в развитии кифоза на месте перелома. Ниже уровня кифоза развивался компенсаторный лордоз. Остистые отростки позвонков сближались и между ними даже образовывались сочленения. Одновременно развивался деформирующий артроз в суставах позвоночника. Таким образом, искривление оси позвоночника приводило к развитию дегенеративно-дистрофических изменений или прогрессированию имевшихся до травмы. Полное восстановление функции позвоночника отмечено у 68,7% обследованных, незначительная функциональная недостаточность — у 23,3%, выраженная функциональная недостаточность — у 8,0%.

Своевременное рентгенологическое распознавание остаточных явлений закрытых повреждений позвоночника важно для оценки трудоспособности пострадавших.

УДК 617.584—001.5—08—06

В. Н. Смирнов (г. Ковров Владимирской обл.). Влияние ошибок при лечении диафизарных переломов костей голени на отдаленные результаты

С 1960 по 1977 г. в травматологическом отделении находилось на лечении 800 мужчин и 199 женщин с диафизарными переломами костей голени. Консервативными методами помощь оказана 835 больным (83,6%).

Отдаленные результаты на сроках от 1 года до 15 лет прослежены у 886 чел. Исход лечения считали хорошим, если не оставалось выраженных анатомических нарушений и боли, функция конечности восстанавливалась, что позволяло человеку приступить к своей работе. К удовлетворительным относили случаи, когда у обследуемых были незначительные изменения формы конечности, непостоянные и нерезкие болевые ощущения, мало отражающиеся на работоспособности и повседневном ритме жизни. К плохим исходам относили неправильно сросшиеся переломы со значительным изменением оси конечности, несросшиеся переломы, случаи, закончившиеся ампутацией, инвалидностью, летальностью. Хорошие результаты отмечены в целом у 760 (85,8%) обследованных, удовлетворительные — у 83 (9,4%), плохие — у 43 (4,8%).

Ретроспективный анализ показал, что результаты во многом зависят от правильности оказания медицинской помощи на всех этапах. Ошибки в лечении, нередко являющиеся причиной ранних и поздних осложнений, во многом ухудшают