

вязана наружная яремная вена. При рассечении опухоли выделяется малыми порциями белого цвета эмульгированное масло. После гемостаза опухоль, не имеющая четких границ, удалена частично тупым, частично острый путем в пределах здоровых тканей. Далее была рассечена фиброзно измененная третья фасция. Под ней, в клетчатке, обнаружены многочисленные гроздевидные осумкованные вкрапления масла, образующие сплошную опухоль, интимно спаянную с окружающими тканями.

В связи с опасностью повреждения первых стволов опухоль расслоена на латеральный и медиальный отделы, после чего с трудом выпарованы нервы плечевого сплетения.

С большой осторожностью латеральная часть опухоли удалена. Наибольшие технические трудности встретились при выделении медиальной ее части. Последняя располагалась между фиброзно измененными фасциальными и париетальными листками четвертой фасции. Опухоль оказалась интимно спаянной с внутренней яремной веной, общей сонной артерией и подключичной веной. Образование было осторожно отделено от сосудов и в пределах здоровых тканей удалено. Гемостаз осуществлялся термоагуляцией и перевязкой сосудов. Послойные швы на мягкие ткани. Гемостатический тампон под кожу. Повязка. Во время операции перелито капельным путем 400 мл одноименной крови. Препарат удаленной олеомы весит 70 г.

Гистологическое исследование удаленной олеомы (доц. Н. И. Вылегжанин). Специфических туберкулезных изменений нет. Картина обширных фиброзных изменений вокруг многочисленных мелких и крупных полостей с маслом. Стенки полостей выстланы макрофагальными клетками типа ксантомных; имеются многоядерные клетки и обширные поля ожиревших макрофагов. Кроме того, в одном месте отмечено образование ограниченного узла типа лимфомы, но состоящего из крупных гиперхромных клеток. Этот узел вызывает подозрение на начинаяющуюся бластому. Диагноз: олеома.

Непосредственно после операции больной отмечал резкое снижение силы и отсутствие активных движений в левой руке. Невропатологом был диагностирован посттравматический (послеоперационный) шейно-грудной плексит слева с преимущественным поражением двигательных нервов, а также синдром Горнера. Проводились массаж, лечебная гимнастика, лечение прозерином, дифазолом. Рана зажила первичным натяжением.

К моменту выписки — 28/V-59 г. движения в левой руке полностью восстановились. В удовлетворительном состоянии больной выписан и по рекомендации онкологов подвергался лучевой терапии.

Таким образом, ряд литературных данных и наши наблюдения показывают, что пребывание масла в экстраплевральной полости требует внимательного наблюдения и контроля. Заслуживает внимания и практической реализации указание Маллюхе, что давление масла в экстраплевральной полости должно периодически контролироваться, и в случае его повышения излишки масла из полости необходимо удалять. Это позволит предупредить ряд нежелательных осложнений.

При прогрессирующем сморщивании экстраплевральной полости целесообразно вводить в полость воднорастворимые препараты кортизона и препараты типа гиалуронидазы (например, лидазу), которые, как известно, тормозят развитие рубцовой соединительной ткани.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосов А. И. Русск. клин., 1927, VII, 33.— 2. Атаманов Г. С. Здравоохр. Белорусс., 1959.— 3. Гаршин В. Г. Журн. совр. хир., 1927, 2.— 4. Крохов И. Укр. мед. арх., 1927, 1.— 5. Левин Г. С. Оперативное лечение больных туберкулезом легких, Минск, 1959.— 6. Писарева Т. А. Нов. хир. арх., 1930, 1.— 7. Чистяков Н. Л. Нов. хир. арх., 1929, 8, 5.— 8. Malluche G. Die Pneumolyse. Leipzig, 1957.

Поступила 18 мая 1960 г.

## ИЗЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ПСЕВДАРТРОЗА ПЛЕЧА С ПОМОЩЬЮ МЕТАЛЛИЧЕСКОГО «ЗАМКА» БЕЗ АУТОТРАНСПЛАНТАТА

Асс. Х. С. Рахимкулов

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — проф. Л. И. Шулутко) и курс хирургии детского возраста (зав. — доц. И. Ф. Харитонов) Казанского медицинского института

Лечение ложных суставов огнестрельного происхождения является одной из трудных ортопедических задач.

Применение аутотрансплантата в подобных случаях не всегда благоприятно, особенно после многократных безуспешных операций. В этом отношении представляет

интерес один наш больной, у которого достигнута консолидация огнестрельного псевдартроза плеча путем сколачивания и экстрамедуллярной фиксации фрагментов металлическим «замком»<sup>1</sup> без применения аутотрансплантата.

Б-ной X., 37 лет, поступил по поводу ложного сустава верхней трети левой плечевой кости огнестрельного происхождения (ранен из охотничьего ружья 8/V-56 г.). Трижды безуспешно подвергался оперативному лечению в Пензе. Последняя операция произведена с применением массивного аутотрансплантата, взятого из левой большеберцовой кости. Срастание не наступило.

Левое плечо на уровне верхней трети несколько деформировано, имеется патологическая подвижность, на его передне-наружной поверхности расположены рубцы после бывших операций.

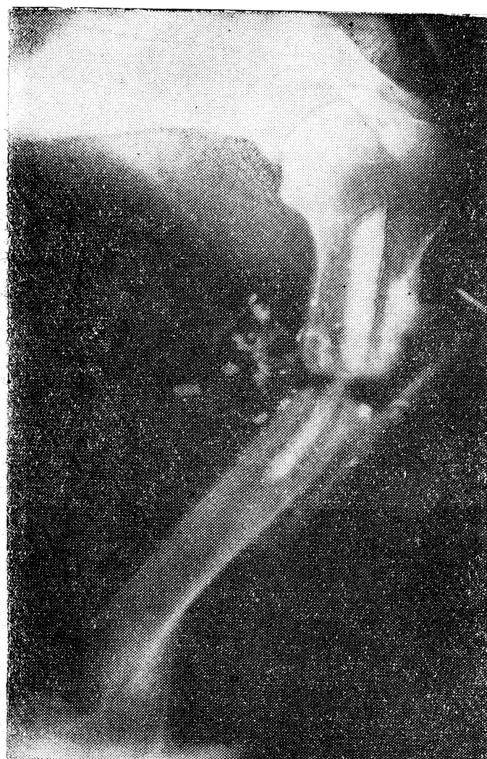


Рис. 1. Рентгенограмма левого плеча до операции.

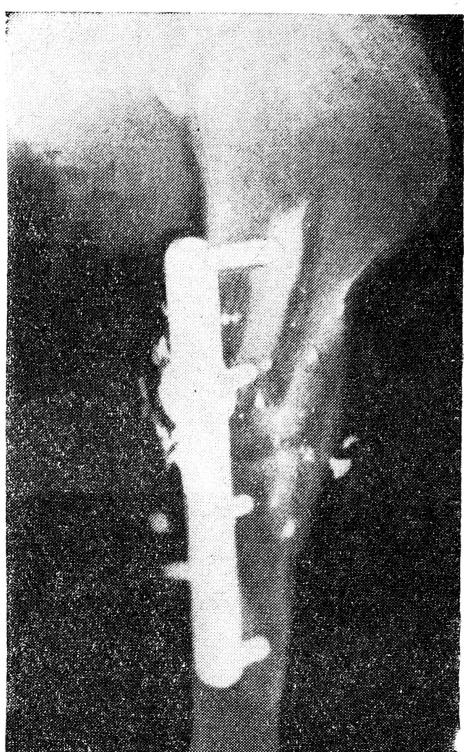


Рис. 2. Рентгенограмма левого плеча после операции сколачивания и экстрамедуллярной фиксации металлическим «замком».

На рентгенограмме левого плеча от 26/II-58 г. (рис. 1) определяется ложный сустав. В костно-мозговом канале склерозированных отломков видны фрагменты переломленного гетеротрансплантата. Аутотрансплантат, приложенный экстрамедуллярно, прижил только к дистальному отломку плеча. В мягких тканях на уровне псевдартроза видно множество металлических инородных тел.

19/VI-58 г. под эфирно-кислородным наркозом произведена четвертая по счету операция (Г. С. Самойлов и Х. С. Рахимкулов). Часть фрагментов гетеротрансплантата по возможности удалена. После освежения концов отломки сопоставлены, сколочены и фиксированы металлическим «замком» автора (рис. 2). В рану засыпан порошкообразный пенициллин — 300000 ме. Рана зашита послойно наглухо. Левая верхняя конечность фиксирована гипсовой лонгетой Тюрнера.

Через 4 дня гипсовая лонгета снята, рана перевязана. Конечность фиксирована торакобрахиальной гипсовой повязкой, которую б-ной носил 4,5 месяца. В дальнейшем он 3 месяца пользовался съемным кожаным тутром. 14/IV-59 г. (через 9 месяцев 25 дней с момента операции) б-ной приехал для осмотра и решения вопроса об удалении «замка».

<sup>1</sup> Устройство «замка» доложено на Всесоюзной конференции хирургов в сентябре 1958 г. в Казани (см. труды конференции и «Каз. мед. журн.», 1958, 5).

Ось левого плеча правильная. На уровне бывшего псевдартроза патологическая подвижность нет. На рентгенограмме левого плеча в день осмотра определяется полная консолидация фрагментов псевдартроза.



Рис. 4.

Рис. 3.

Рентгенограмма левого плеча после удаления металлического «замка» в двух проекциях. Срок — 10 месяцев 8 дней.

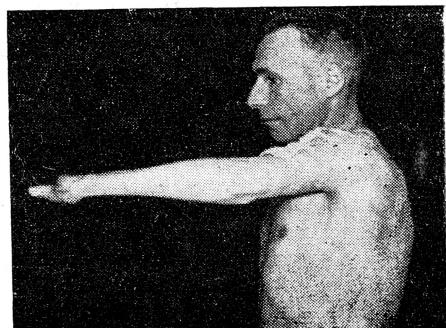


Рис. 5. Функция левой верхней конечности в день снятия швов, через 10 дней после операции удаления «замка».

17/IV-59 г. под местной инфильтрационной анестезией иссечен один из кожных рубцов и удален металлический «замок». Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на десятый день.

Поступила 21 сентября 1959 г.