

Белка в моче нет. Удельный вес — 1025. Единичные лейкоциты в поле зрения. 20/XII-61 г. при лапаротомии, произведенной под местной анестезией, селезенка оказалась без уклонений от нормы, но обнаружена кистозноизмененная левая почка. Киста вмещала 3,5 л кофейного цвета мутной жидкости. Почка удалена. Послеоперационное течение гладкое. Швы сняты на 11-й, выписана — на 14-й день.

М. Ф. Муравьев (Ижевск). Повязка Кефера при амбулаторном лечении хронических язв голени

Конечность тщательно моется, высушивается и протирается спиртом (водкой или одеколоном). Ногти аккуратно подстригаются. Нога приподнимается под углом 35—40° на 30 минут для уменьшения отечности. В межпальцевые промежутки закладываются ватные прокладки. Обмакнув обычную малярную кисть в теплый состав цинк-желатина, покрывают им кожу стопы и голени от пальцев до бугра большеберцовой кости равномерным слоем. Затем переходят к наложению бинта шириною в 6—8 см с умеренным натяжением без всяких складок, прикрывая предыдущий ход последующим наполвином. Когда бинт не идет спиралью, его перерезывают ножницами, и продолжают таким образом последовательно и равномерно покрывать конечность ходами бинта до намеченного места. Так же накладываются второй и третий слои цинк-желатина и бинтов. По наложении повязка должна иметь вид хорошо прилаженного чулка. Повязка накладывается на 3—4 недели.

Клиника госпитальной хирургии Ижевского медицинского института располагает 110 наблюдениями наложения повязки Кефера.

У 48 больных были язвы на почве варикозного расширения вен голени. Полное заживление получено у 30 (сроки заживления колебались от 21 до 84 дней), улучшение — у 12, рецидив — у 5 больных.

Язвы на почве повреждения артерий и периферических нервных стволов были у 18 больных. Заживление наступило у 14, улучшение — у 2, рецидив — у 2 больных.

Изъязвившиеся рубцы были у 14 больных. Хорошая эпителизация получена у 8, улучшение — у 1, рецидив — у 5 больных.

У 30 больных были язвы на почве травм. Хорошие результаты — у 26 больных (сроки заживления колебались от 20 до 62 дней), улучшение — у 3, рецидив — у 1.

Наши наблюдения, давность которых достигает 2 и более лет, показали целесообразность этого метода лечения. Полное заживление язв получено у 78 (70,9%), улучшение — у 18 (16,3%), рецидив — у 13 (11,9%) больных. У одного больного было осложнение — рожистая флегмона.

Все больные лечились амбулаторно и продолжали выполнять свою работу, за исключением нетрудоспособных по общему физическому состоянию.

Я. Б. Юдин (Новокузнецк). Реконструктивная резекция при туберкулезном коксите

Среди больных туберкулезным кокситом наиболее тяжелый контингент составляют те, у которых в результате перенесенного процесса наступило значительное разрушение элементов сустава. До появления антибактериальных препаратов такие больные не получали достаточной помощи. Антибактериальные препараты дали возможность приступить к хирургическому лечению. Операция заключалась в радикальном удалении туберкулезных очагов и создании опороспособной конечности.

Мы произвели реконструктивную резекцию тазо-бедренного сустава 41 больному. Все оперативные вмешательства произведены нами из бокового продольного доступа по Лангенбеку в модификации К. Е. Покотилова.

У 24 больных на рентгенограмме отмечалась полная деструкция элементов сустава. Головка и шейка бедра отсутствовали, а большой вертел располагался выше края впадины на 5—8 см. Впадина отсутствовала. Бывшие ее контуры на рентгенограмме едва просматривались. Оперативное вмешательство сводилось к выделению проксимального конца бедра и вертела из рубцовых сращений. Формировалась новая впадина с достаточной крышей. Обработанный проксимальный конец бедра, при обязательном удалении малого вертела, низводился, и большой вертел внедрялся во вновь сформированную впадину. Обнаруженные во время операции очаги деструкции радикально удалялись.

После операции накладывалась полуторная тазобедренная повязка. Фиксация продолжалась 3 месяца. В дальнейшем рекомендовалось ношение тьютора еще 3—4 месяца. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия в обычных дозировках.

В результате плотной адаптации костей у всех больных этой группы получен анкилоз в хорошем положении конечности.

У 17 человек рентгенологически отмечалось разрушение вертлужной впадины, но крыша ее частично была сохранена. Головка бедра отсутствовала. От шейки оставалась лишь небольшой костный шип.

Вскрывался сустав. Из вертлужной впадины удалялись грануляционная ткань, казеоз, рубцы, впадина углублялась. При обработке бедра обязательно удалялись

остатки шейки и малый вертел. Освеженный проксимальный конец бедра внедрялся в обработанную впадину. Другими словами, мы стремились удалить не только пораженные ткани, но и удаляли, по принципу Олье, все, что могло плохо отразиться на ортопедическом исходе операции.

Удержание бедра во впадине представляло у некоторых больных сложную задачу. Для облегчения удержания бедра во впадине следует обязательно удалять малый вертел, который, устанавливаясь против нижнего края впадины, мешает плотной адаптации бедра.

Послеоперационный период у больных второй группы проводился так же, как и у первой.

В обеих группах оперативные вмешательства выполнялись под эфирно-кислородным наркозом (33 больных) и под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствора новокаина по Т. Т. Дауровой.

Из 41 больного закончили лечение 40. Из них у 37 получены отличные результаты — анкилоз сустава в правильном положении, отсутствуют боли.

У 2 больных отмечается замедленная консолидация, что вызывает боли при ходьбе, и у 1 больного (с туберкулезом почек) после операции наступил рецидив процесса.

К. М. Болдин (Ярославль). Модификация операции Вредена при hallux valgus

Hallux valgus — заболевание довольно частое. Способов операций предложено много, наиболее распространен способ Р. Р. Вредена.

Мы видоизменили этот способ. Головку I плюсневой кости удаляем не у ее основания вместе с экзостозом, как рекомендовал Р. Р. Вреден (рис. 1), а только часть ее, покрытую хрящом, а экзостоз скусываем дополнительно. Удаление головки производится не щипцами Листона, а пилкой Джигли. По нашим наблюдениям, удаления только хрящевой части головки вполне достаточно для разгрузки мышц большого пальца и его коррекции в нормальном положении, кроме того — сохраняется точка опоры на вновь образованный I плюсне-фаланговый сустав. Спиливание головки ускоряет операцию, оно менее травматично, не оставляет даже мельчайших костных шипов, остающихся при скусывании и травмирующих хрящевую поверхность I фаланги, вызывая тем значительные боли.

Только за последние 2 года и 9 месяцев нами проделано 44 операции у 26 больных в нашей модификации. Осложнений не было. Отдаленные результаты у 24 исследованных больных: хорошие — у 19, удовлетворительные — у 5, неудовлетворительных нет. Все бывшие больные трудоспособны.

В. И. Кузьмин (Батырево, Чувашской АССР). Случай врожденного зарращения наружного отверстия мочеиспускательного канала у мальчика.

Мальчик Г., родился 23/VI 1959 г. в 8 ч. утра. В тот же день в 16 ч. доставлен в Батыревскую больницу.

Телосложение правильное, доношенный. Живот правильной конфигурации, мягкий. Определяется притупление над симфизом. Половой член нормальный. Наружное отверстие мочеиспускательного канала закрыто мембраной.

Кончиком скальпеля произведен прокол мембраны, в отверстие введен зонд, и иссечена вся мембрана; небольшое кровотечение вскоре остановилось. После операции мочеиспускание не последовало. На область мочевого пузыря положена грелка, и через 15 мин после операции новорожденный самостоятельно помочился.

Осложнений не было, рана зажила своевременно. Осмотрен 12/IX 1959 г.: ребенок развивается нормально, мочится самостоятельно.

Э. Н. Ситдыков (Казань). Первичная кожная пластика скальпированной раны полового члена и мошонки¹

Повреждения наружных половых органов в мирное время встречаются редко, а скальпированные раны полового члена с отрывом мошонки — еще реже. Это и побудило нас опубликовать случай успешного лечения такой травмы.

К., 25 лет, поступил через 10 ч. после травмы со скальпированной раной полового члена с отрывом мошонки (попал промежностью на соединительный вал трактора с жаткой).

При поступлении общее состояние удовлетворительное, пульс — 78, хорошего наполнения и напряжения, температура — 36,8°.

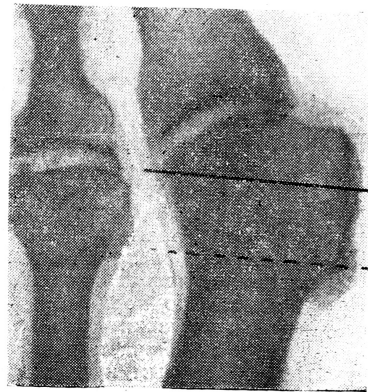


Рис. 1.

¹ Больной демонстрирован на заседании общества хирургов Казани 21/1-60 г.