

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.