

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°.

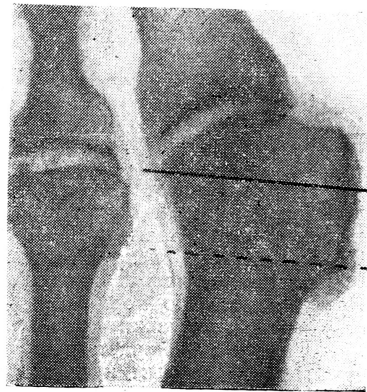


Рис. 1.

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

Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости патологии нет.

Установлены полное скальпирование кожи полового члена с частичным сохранением внутреннего листка крайней плоти и отрыв мошонки. Яички обнажены, но не повреждены. Раневая поверхность не кровоточит, покрыта фибриновыми наложениями. Моченспускание не нарушено.

Через 22 ч. с момента травмы произведена первичная кожная пластика дефекта кожи полового члена и мошонки под общим эфирно-кислородным наркозом (доц. И. Ф. Харитонов). После промывания раневой поверхности раствором фурацилина 1:10 000 дистальная половина скальпированного полового члена закрыта остатками внутреннего листка крайней плоти, проксимальная часть пениса закрыта лоскутами кожи на ножке, взятыми из паховых областей. Оба яичка помещены в образованные под кожей внутренних отделов бедер карманы и там фиксированы. Нижний проксимальный отдел пениса закрыт остатками кожи мошонки. К корню полового члена подведены две дренажные трубки для оттока раневого секрета и введения пенициллина.

Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 9-й день. Рана зажила первичным натяжением.

В январе 1960 г. при осмотре жалоб не предъявляет, половая функция сохранена. Пластической операции по созданию мошонки не требуется.

З. С. Дроздова, Р. И. Левин (Куйбышев-обл.). Два случая комбинированной кожной пластики обширной скальпированной раны мужских половых органов

В каждом случае кожной пластики скальпированных ран наружных половых органов у мужчин приходится разрабатывать свой вариант.

1. С., 1905 г. рождения, работая ночью 4/VIII 1958 г. на лафетной жатке, был захвачен крутящимся валом. Была сорвана одежда, получены сильные ушибы бедер, сорвана кожа в области лобка, полового члена, мошонки и промежности. В состоянии тяжелого шока доставлен в больницу Кошкинского района, Куйбышевской области, где лечился консервативно.

8/VIII 1958 г. переведен в Куйбышевский областной госпиталь инвалидов Отечественной войны.

При поступлении в госпиталь общее состояние больного удовлетворительное. В легких рассеянные сухие хрипы, границы сердца несколько расширены, пульс — 80, ритмичный. АД — 130/75. Органы брюшной полости без патологии, моченспускание свободное, дефекация болезненная. Нв — 13,5 г% — 80 ед., Э. — 4 580 000, Л. — 4 600, РОЭ — 45 мм/час. Анализ мочи: удельный вес — 1019, следы белка, лейкоцитов — 30—50 в поле зрения, эритроциты — редкие, выщелоченные; оксалаты.

В области лобка, полового члена (за исключением крайней плоти), всей мошонки и части промежности, вплоть до заднепроходного отверстия, кожа отсутствует, слабо гранулирующая рана с обильным серозно-гнойным отделяемым. Края раны неровные, имеются участки некроза.

20/VIII 1958 г. под местной инфильтрационной анестезией (З. С. Дроздова) на передней брюшной стенке выкроен кожно-подкожный лоскут с основанием в правой подвздошной области 15 × 18 см, которым обернут половой член. Лоскут шит по нижней стороне члена и подшит к остаткам крайней плоти. Кожа на промежности и в паховых областях отсепарована на значительном протяжении и сшита по средней линии, вплоть до корня мошонки. Правое яичко прикрыто за счет кожи живота, левое — за счет кожи промежности и внутренней поверхности левого бедра. Дефект в средней и левой частях лобка закрыт лоскутом, выкроенным в левой подвздошной области, подтянутым и подшитым к лоскуту из правой подвздошной области. Часть лоскута по ниже-левой стенке члена некротизировалась, омертвел также дистальный конец лоскута в левой подвздошной области. Образовавшийся дефект на лобке закрыт свободной кожной пластикой по методу Ревердена — Дэвиса. Ранка на члене зажила вторичным натяжением, что привело к его деформации и подтягиванию к левой паховой области.

17/X 1958 г. заготовлен филатовский стебель над лобком справа длиной 12 см. 30/X 1958 г. больной выписан домой с зажившими ранами.

Вновь поступил 24/XI 1958 г. Рубец, деформирующий половой член, иссечен, дефект закрыт филатовским стеблем. Выписан 14/III 1959 г. Имеется незначительное смещение полового члена влево.

Осмотр 10/V 1960 г. На левой стенке члена продольный рубец, несколько подтягивающий половой член влево при эрекции. Последняя безболезненна, половое сношение не затруднено. Левое яичко атрофично, плотной консистенции, безболезненно, правое — обычных размеров, нормальной консистенции.

Больной демонстрирован на 283 заседании Куйбышевского областного хирургического общества имени В. И. Разумовского 10/V 1960 г.

II. С., 17 лет, во время работы на лафетной жатке 16/VII 1960 г. внезапно почувствовал сильную боль в области мошонки и промежности. Одежда и кожа были захвачены вращающимся валом жатки. В районной больнице проведены противошоковые мероприятия, и 17/VII 1960 г. пострадавший переведен в Куйбышевский областной госпиталь инвалидов Отечественной войны.

Общее состояние удовлетворительное, температура субфебрильная.