

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 фибринозными 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, вышечелоченные; 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.

И. 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.

Нб — 15 2% — 90 ед., Э. — 5 020 000, Л. — 11 200, РОЭ — 20 мм/час.
Моча уд. вес — 1025, следы белка, лейкоцитов — 3—6, эритроцитов — 1—3 в поле зрения; оксалаты.

Кожа на мошонке отсутствует. На волосистой части лобка у корня полового члена кожный дефект 5×4 см. Кожа на половом члене осталась только у головки на протяжении 5 см. Раневая поверхность покрыта сгустками крови, отделяемое серозно-сукровичное.

19/VII 1960 г. операция (З. С. Дроздова) под эфирно-кислородным интубационным наркозом. Рана промыта физиологическим раствором с пенициллином, края ее иссечены, отсепарованы на промежности и по внутренней поверхности бедер. В созданные карманы по внутренней поверхности бедер и промежности вложены яички, и рана сшита по средней линии на промежности, вплоть до корня полового члена. Кожа лобка отсепарована и вместе с кожей промежности подшита к оставшемуся венчику кожи в дистальной части полового члена. Края раны инфильтрированы раствором пенициллина.

Эрекция подавлялась инъекциями 2% раствора аминазина и бромидами.

В основании полового члена края раны разошлись. Гранулирующий дефект закрыт свободным кожным лоскутом по Тиршу 11/VIII 1960 г. Выписан с зажившей раной 2/IX 1960 г. Рекомендовано систематически оттягивать кожу над яичками, что должно способствовать созданию подобия мошонки.

Осмотрен 2/XII 1960 г. Кожа на половом члене несколько натянута, эрекция не затруднена. Яички нормальных размеров и консистенции, безболезненные. Правое яичко малоподвижно, левое — хорошо подвижно. Кожа над ними растянута, образовался кожный мешочек (больше слева), заменяющий в некоторой степени мошонку.

Л. А. Вайсман (Куйбышев-обл.). О терапии эризипелоида

Источником заражения являются пораженные возбудителем мясо и рыба, а возбудителем — грамположительная палочка, проникающая через травмы и микротравмы кожи. При этом в сосочковом и ретикулярном слоях кожи, а также в подкожной клетчатке возникает серозное воспаление. В процесс могут вовлекаться связочный аппарат и межфаланговые суставы.

Под нашим наблюдением находилось 102 больных — рабочих Куйбышевского мясокомбината.

Чаще встречается поражение левой кисти. При работе левая кисть фиксирует обрабатываемую часть туши, в правой руке нож, которым при неточных и неординированных движениях и может быть нанесена травма. Травмы и микротравмы наносит и концы костей, причем также страдает левая кисть, так как она постоянно перемещает объект обработки.

Вопрос о профилактике рожистого воспаления неразрывно связан с профилактикой микротравм, своевременной их обработкой и лечением. Повышение квалификации рабочих занимает одно из ведущих мест, так как 51,96% случаев травм относится к молодым рабочим.

Заболевание проявляется гиперемией кожных покровов с багровым оттенком, четко очерченными границами и умеренной отечностью. В области гиперемии ощущаются зуд и жжение.

Для лечения эризипелоида в 83 случаях использовались сульфаниламидные препараты, пенициллин; местно — 10% ихтиоловая мазь, мазь Вишневского. Эти средства применялись в сочетании или заменялись одни другими при отсутствии эффекта. Средняя длительность лечения в каждом случае равнялась 6—8 дням. Из 83 больных 26 (40,9%) выписались с переводом на «сухую» работу в связи с остаточными явлениями (гиперемией кожных покровов). В 3,92% случаев наблюдались межфаланговые артриты, трудно поддающиеся лечению.

Также применялось лечение и по методике проф. Л. Г. Фишмана, рекомендованной для лечения панарициев: больному в горизонтальном положении в области плеча, а при хорошо выраженных венах — в области предплечья, накладывался жгут или манжетка сфигмоманометра до исчезновения пульса на лучевой артерии. С помощью шприца внутривенно в ретроградном направлении вводился 0,5% раствор новокаина в количестве 20—30 мл с растворенными в нем 300 000 ед. пенициллина. При изолированном поражении одного-двух пальцев мы старались использовать вену на предплечье, несущую кровь именно с этого участка. Жгут оставался на конечности в течение 30 минут, после чего накладывалась асептическая повязка. По этому методу у нас лечили 19 больных со средней продолжительностью 3,3 дня. Только в одном случае мы не получили желаемого результата, что отнесено нами за счет пенициллиноустойчивой флоры. Осложнений при лечении мы не наблюдали. Метод очень прост и может быть использован в амбулаторных условиях и на здравпунктах.

В. В. Подосиновский (Казань). О дерматозах у работающих в полировочных цехах деревоотделочных производств

На ряде обследованных предприятий г. Казани полировочные цеха расположены в отдельных помещениях, имеют центральное водяное отопление, оборудованы механической вентиляцией.