

ЗАСЕДАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

Хирургическое общество ТАССР

Заседание 27/XI 1940 г.

1. Д-р В. М. Авдеева (демонстрация). *Случай восходящей инвагинации тонкой кишки через гастроэнтеростомоз.*

2. Д-р Л. С. Любимова. *Случай резекции слепых мешков, образовавшихся после анастомоза бок в бок.*

3. Д-р Г. Г. Колесов (демонстрация). *Случай вторичного кровотечения из селезенки, симулировавший внематочную беременность.*

4. Д-р Кастанов (демонстрация). *Случай разрыва гидронефротической почки.*

5. Д-р Афицинский (демонстрация). *Случай инородного тела слепой кишки.*

Доц. С. П. Вилесов (доклад). *О переливании частично гемолизированной крови.*
Такая кровь переливалась в 85 случаях в дозе 100—200 см³. При этом частота температурных реакций оказалась лишь немногим большей, чем после трансфузии неизменной крови. После переливания крови со скрытым гемолизом и частично гемолизированной частота реакции держится на одном уровне. При правильных показаниях (хронические, гнойные заболевания, язва желудка, трофические язвы голени, спонтанная гангрена и пр.) — небольшие дозы частично гемолизированной крови не дают каких-либо вредных побочных явлений, причем терапевтический эффект не уступает, а в ряде случаев даже превосходит действие неизменной крови. Переливание частично гемолизированной крови показано с целью гемостаза и стимуляции. Использовать для переливания возможно лишь те порции крови, в которых имеются небольшие и недавно появившиеся признаки гемолиза. Плазма крови должна иметь розовую окраску, а осевшие эритроциты должны быть хорошо ограничены и лежать ровным слоем. Частично-гемолизированная кровь при отсутствии других признаков брака в громадном большинстве случаев бывает стерильной. Процент бактериального загрязнения в этих порциях стоит почти на одном уровне с процентом загрязнения крови вообще.

7. Д-р Н. И. Любина (доклад). *О туберкулезе почек в детском возрасте.*

Туберкулез почек в детском возрасте встречается не часто. Из 78 человек, страдающих туберкулезом почек, было семеро детей в возрасте от 10 до 15 лет. Диагноз во всех случаях был поставлен на основании анамнеза, а именно хронического цистита, не поддающегося лечению, асептической пиурии и нахождения ВК в моче.

В четырех случаях бактериологически была получена чистая культура туберкулезной палочки на среде проф. Мазура. Цистоскопически во всех случаях тяжелый язвенный цистит. В двух случаях выделение индигокармина было нормально с обеих сторон, и сторону поражения удалось определить двусторонней катетеризацией. В трех случаях индигокармин с больной стороны не выделялся, в остальных двух случаях ввиду малой емкости пузыря хромоцистоскопия была невозможна. Здесь с целью выяснения топического диагноза применена была внутривенная пиелография, при которой не было обнаружено контраста на больной стороне.

Из 7 больных детей подверглись нефрэктомии четверо. Из них один умер через два года от неизвестной причины. Трое неоперированных больных умерли в течение года.

Заседание 3 декабря 1940 г.

Демонстрации. 1. Д-р М. К. Садыкова демонстрировала больную 44 лет, с опухолью в левой подреберной области, плотно-эластической консистенции, малоподвижной и безболезненной. Нарушений мочеиспускания и отпавлений кишечника нет. При хромоцистоскопии из устья левого мочеточника синька не показалась. При наполнении воздухом толстого кишечника тупой звук над опухолью не исчезает.

2. Д-р Я. И. Ефремов демонстрировал больную, которой была произведена операция Рейера для закрытия кишечного свища, образовавшегося после ущемления бедренной грыжи. Выздоровление.

Доклады. 1. Доц. И. Ф. Харитонов. *К вопросу о высокой непроходимости желудочно-кишечного тракта в детском возрасте.* Описываются 3 случая пилоростеноза; в одном с успехом была произведена гастроэнтеростомия, а в двух случаях — пилоромитомия по Фреде-Вебер-Рамштедту. Один больной умер от двусторонней пневмонии. Далее сообщается о 4 случаях непроходимости 12-перстной кишки. Непроходимость обуславливалась в двух случаях сдавлением нижней горизонтальной части 12-перстной кишки брыжейкой тонкой кишки, в третьем случае — пакетом туберкулезных лимфатических желез и в четвертом — сдавлением аномально распо-

ложенной поджелудочной железой (*pancreas anularis*). В первом случае операция не была произведена ввиду тяжелого состояния больного. Второй больной тоже был сильно истощен, и операция задней дуоденоеюностомии не увенчалась успехом. В третьем случае произведена гастроэнтеростомия, и в четвертом — резекция желудка с хорошим результатом.

2. Д-р А. И. Масловская. *К вопросу о хирургическом лечении кишечной непроходимости при беременности*. Сообщает литературные данные и описывает 2 собственных наблюдения. В первом случае была беременность 7 месяцев и заворот сигмовидной кишки с омертвением ее. Произведено кесарское сечение и одномоментная резекция сигмовидной кишки; выздоровление. Во втором случае была 5-месячная беременность и непроходимость, вызванная сдавлением петли тонкой кишки между промонториумом и беременной маткой. Натянутая брыжейка тонкой кишки в свою очередь сдавила сигму, которая в верхнем отделе была сильно раздута. Произведена пункция сигмовидной кишки и резекция омертвевшей петли тонкой кишки. Беременность сохранена, но на 7-й день наступил самопроизвольный выкидыш. Больная умерла от перитонита. Докладчик высказывается за целесообразность прерывания беременности при операции по поводу кишечной непроходимости.

3. С. А. Смирнов. *Закрытие дефектов крыла носа свободной пересадкой тканей с губы рта*.

Проф. Н. В. Соколов. (Заключительное слово). Малое количество оперированных больных с пилоростенозом указывает на консерватизм педиатров. Результаты оперативного лечения могли быть гораздо лучше, если бы больные своевременно направлялись для хирургического лечения. Необходимо обсудить этот вопрос с педиатрами на совместном заседании. Второй вопрос — о поведении хирурга при кишечной непроходимости у беременных также является актуальным. Желательно обсудить его совместно с гинекологами. Предложение д-р Смирнова о замещении дефектов крыла носа тканями с губы рта является оригинальным и в общем получило положительную оценку. Остается проверить этот метод на большем материале и на отдаленных сроках после операции.

Председатель засл. деят. науки проф. Н. В. Соколов.

Секретарь доц. Вилесов.

Заседание 20 декабря 1940 г.

Заслуж. деят. науки проф. В. А. Гусынин произнес речь памяти Н. И. Пирогова по поводу 130-летия со дня его рождения. Печатается в этом номере.

Доклад д-ра А. А. Айдарова. *Лечение абсцессов мозга травматического происхождения*. Будет напечатан в „Каз. мед. журнале“.

Заседание 28/XII-1940 г.

1. Военврач III ранга А. С. Власов. *Случай кишечной непроходимости на почве туляремии брыжеечных желез*.

2. Военврач II ранга А. И. Баскаков. *Случай обширной резекции кишок*. А. оперировал в хирургическом отделении КВГ больного Я., 21 года, по поводу заворота кишок. Под местным обезболиванием резецировано 2,5 метра омертвевших кишок (тонкая, слепая, восходящая и часть ободочной кишки); наложен боковой анастомоз.

После операции у больного в первые дни понос по 5 раз в сутки. Через три недели стул пришел к норме, и больной прибавил в весе 2,1 килограмма. Больной выписан при нормальной функции желудочно-кишечного тракта и в хорошем состоянии. Демонстрируется патологоанатомический препарат удаленных кишок.

3. Д-р А. О. Масловская. *Три случая спленектомии*.

Демонстрируются трое больных в возрасте 10, 12 и 14 лет, которым произведена спленектомия по различным показаниям. В первом случае — болезнь Банти; во втором — травматический разрыв малярийной селезенки и в третьем — тромбопеническая пурпура. Во всех случаях гладкое течение и выздоровление. Предъявлены патологические препараты удаленных селезенки.

4. Проф. С. М. Алексеев. *Случай эхинококка почки*.

Демонстрируется больная и макропрепарат удаленной почки. Случай закончился полным выздоровлением.

5. Д-р Я. М. Криницкий (доклад). *Новый рассасывающий материал для остеосинтеза*. Докладчик экспериментально изучал действие электрона (сплав магния и алюминия).