

сердца рана  $0,3 \times 0,3$  см, прикрытая небольшим сгустком крови. Отверстие стенки аорты зашито через всю толщу тремя шелковыми швами с фиксацией свободного ку-сочка мышцы. Рана легкого зашита. После введения в плевральную полость анти-биотиков и дренажа операционная рана зашита. Операция продолжалась 1 час. 30 мин. В течение хирургического вмешательства перелито 1500 мл крови.

Послеоперационный период протекал гладко. 10/VII Д. выписан в хорошем со-стоянии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Джанелидзе Ю. Ю. Хир. арх. Вельяминова, 1916, кн. 1. — 2. Джанелидзе Ю. Ю. и Каменчик М. Г. Нов. хир. арх., 1941, кн. 1—2. — 3. Дамир Е. А. Хир., 1957, 1. — 4. Петров Б. А. Там же. — 5. Петровский Б. В. Хир., 1960, 10. — 6. Манукян Р. С. Вестн. хир., 1963, 12. — 7. Кулешов Е. В. Клин. хир., 1963, 1. — 8. Ратнер Г. Л. Хир., 1963, 1. — 9. Таранин Н. А. Вестн. хир. им. Грекова, 1965, 2.

УДК 616—002.44—616.5—001.27—616—089

## ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕНТГЕНОВСКИХ ЯЗВ

М. Г. Каримов

*Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии  
(директор — ст. науч. сотр. У. Я. Богданович)*

Клинические проявления рентгеновских ожогов по тяжести поражения принято делить на 4 степени (классификация Гольцкнехта и М. Н. Побединского).

Ожоги I—II—III степени (эпидермальный, эритемный, буллезный дерматиты) лечат консервативно, теми же методами, что и термические ожоги. При ожогах же IV ст. консервативные методы редко оказываются успешными, ибо при таких поражениях образуются глубокие некрозы тканей, длительно секвестрирующиеся и заживающие грубым и часто изъязвляющимся рубцом.

Поэтому лучшим методом лечения тяжелых рентгеновских ожогов является опе-ративное вмешательство, хотя оно связано с определенным риском провоцирования обширных некрозов тканей в послеоперационном периоде.

Операция целесообразна лишь после образования демаркационной линии. Она заключается в иссечении язвы с последующим кожнопластическим закрытием раневого дефекта. Естественно, что наиболее рационально тотальное иссечение язвы в пределах здоровых или хотя бы в зоне депигментированных тканей с последующим наложением глухого шва.

Если дефект, образовавшийся после иссечения язвы, соседними участками кожи закрыть невозможно, прибегают к кожной пластике. Лучший результат наблюдается при применении биологических полноценных лоскутов: стебельчатого или на широкой питающей ножке. Однако И. П. Райгородский полагает, что от оперативного лечения не следует отказываться даже тогда, когда невозможно одновременное пластическое закрытие всей поверхности язвы.

В свете вышесказанного определеннй интерес представляет наш опыт успеш-ного лечения тяжелых лучевых язв у двух больных.

1. Н., 20 лет, поступил в районную больницу 2/VII 1962 г. со слепым пулевым ранением (из мелкокалиберной винтовки) мягких тканей задней поверхности нижней трети правого бедра. Пуля на следующий день была удалена под рентгеновским экраном. Операция длилась 2 часа. Операционная рана зажила первичным натяже-нием. Через 2 недели после операции в подколенной области появилась гиперемия и отек кожи; через несколько дней наступил некроз мягких тканей, образовалась язва, которая постепенно увеличивалась. Консервативное лечение в районной больнице в течение 7 месяцев (перевязки, аутогемотерапия, витаминотерапия) оказалось безуспешным.

8/II 1963 г. больной поступил в наш институт.

Общее состояние больного удовлетворительное. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено.

Правая нижняя конечность в положении сгибательной контрактуры в коленном суставе под углом  $150^\circ$ . В подколенной области язва  $10 \times 8$  см. Края язвы подрыты, эпителизация отсутствует, дно выполнено плотными некротическими тканями зелено-бурого цвета. Глубину некроза установить не удастся, так как нигде нет отторжения некротических тканей. Чувствительность дистального и проксимального отделов конечности не изменена, пульсация периферических сосудов четкая. Лимфатические узлы в правой лаховой области увеличены, болезненны. Умеренная лимфопения (11%) и эозинофилия (14%).

С целью ускорения отторжения некротических тканей и стимуляции репаративных процессов проведены футлярные новокаиновые блокады по А. В. Вишневному с наложением масляно-бальзамической повязки; производились переливания крови, витаминотерапия.

Отторжения некротических тканей все же не наступило. Больной выписан в задней гипсовой лонгете на амбулаторное лечение. При повторном поступлении (27/1 1964 г.) язва в подколенной области без изменений.

С целью пластического закрытия язвы 4/II 1964 г. на левой половине живота сформирован стебель Филатова. После снятия швов больной выписан по семейным обстоятельствам.

Третий раз он поступил 21/X 1964 г. Язва в подколенной области овальной формы, 10×8 см, дно ее покрыто вялыми грануляциями, края подрыты, рубцово изменены, эпителизация отсутствует. Умеренная лимфопения (20%) и эозинофилия (14%).

Вольному продолжена этапная кожная пластика.

5/XI 1964 г. сделан «шаг» стебля на кисть. 4/II 1965 г. произведена операция основного этапа кожной пластики: под эфирно-кислородным наркозом отсечена ножка стебля. Рана на коже живота зашита. Язва подколенной области иссечена в пределах здоровых тканей. Стебель разрезан по рубцу, распластан по поверхности образовавшегося дефекта подколенной области и подшит к его краям шелковыми швами.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

11/III 1965 г. отсечена питающая ножка стебля.

26/III 1965 г. Н. выписан с полным приживлением кожного трансплантата, сгибательная контрактура коленного сустава устранена полностью.

2. X., 33 лет. 13/IV 1962 г. в правую кисть попал обломок иглы. В одной из клиник города дежурным врачом произведено удаление иглы под контролем рентгеновского экрана. Операционная рана зажила первичным натяжением. Однако спустя несколько недель появилась гиперемия, отек, а в последующем образовалась язва на тыле кисти. Лечилась амбулаторно консервативными методами.

Спустя 14 месяцев (2/XI 1963 г.) больная поступила в институт.

На тыле правой кисти, в области головок пястных костей — язва 3×2 см с рубцовыми краями: дно ее покрыто некротическим налетом со скудным гнойным отделяемым. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Кровь и моча без отклонений от нормы.

С целью подготовки язвы к операции сделана футлярная новокаиновая блокада по А. В. Вишневному с наложением масляно-бальзамической повязки. Язва несколько очистилась от некротических тканей.

21/XI 1963 г. произведена операция кожной пластики «острым» лоскутом: под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина на левой половине живота подковообразным разрезом сформирован кожно-подкожный лоскут. Рана под лоскутом зашита шелковыми швами. Язва на тыле кисти иссечена в пределах здоровых тканей. К образовавшемуся дефекту кожи на тыле кисти подшит кожный лоскут.

В послеоперационном периоде было частичное расхождение швов на вершине лоскута. Питающая ножка кожного лоскута отсечена 23/I 1964 г. после заживления раны.

19/II 1964 г. X. выписана с полным приживлением кожного трансплантата.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бершадский Б. И. Хирургия, 1956, 3. — 2. Неменов М. И. Рентгенология. Медгиз, М., 1933. — 3. Побединский М. Н., Кудрицкий Ю. К. Реакция кожи на действие ионизирующей терапии. Медгиз, М., 1958. — 4. Райгородский И. Л. Нов. хир. арх., 1937, 4. — 5. Соколов А. П. Вестн. хир., 1931, 24.

УДК 616—006.363.03—616.33

## ЛЕЙОМИОМА ЖЕЛУДКА

М. И. Маврин и А. А. Ахунзянов

*Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. И. Ф. Харитонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курачова на базе Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников)*

Лейомиома желудка представляет собой медленно растущую опухоль, исходящую из циркулярных или продольных мышц. Лейомиомы встречаются крайне редко. Так, в клинике Е. Л. Березова (1950) за 19 лет было оперировано 3 больных с лейомиомами желудка; А. В. Мельников (1954) описал 2 больных с миомами желудка. По данным О. В. Иванова-Пальмова (1960) на 1226 операций по поводу опухолей