

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

желудка лейомиома оказалась у 2 больных, по М. Г. Трахтенбергу (1957) из 265 оперированных больных с опухолью желудка лейомиома была выявлена у 2 больных.

На 339 операций по поводу опухолей желудка нами установлена лейомиома у 3 больных. Ввиду редкости лейомиом и трудностей их дооперационной диагностики приводим наши наблюдения.

Г., 59 лет, поступил в клинику 14/XI 1960 г. с жалобами на боли в подложечной области, чувство тяжести в желудке после еды.

Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы нет. Пульс 84, ритмичный. АД — 120/75. Живот мягкий, болезненный в подложечной области. Гем. — 13,3 г%, Э. — 5 450 000, Л. — 5250, РОЭ — 7 мм/час. При рентгенологическом исследовании в антральном отделе желудка определяется дефект наполнения размером 3×2,5 см с ровными контурами. Слизистая желудка не изменена. Опорожнение желудка своевременное. Диагноз: полип желудка.

17/XI 1960 г. операция. В препилорической части желудка обнаружена плотная округлой формы опухоль 3×3 см; серозная оболочка над ней не изменена. Произведена резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру — Финстереру. Послеоперационное течение гладкое. Выздоровление.

Гистологическое исследование препарата: лейомиома.

Лейомиомы могут подвергнуться распаду, давая сильнейшие кровотечения. Рентгенологически в таких случаях лейомиому чаще принимают за рак. Мы наблюдали одного такого больного.

Г., 55 лет, поступил 10/X 1958 г. с жалобами на боли в подложечной области, задержку пищи при глотании, иногда рвоту, исхудание. Месяц назад был госпитализирован в участковую больницу по поводу желудочного кровотечения. Кровавые рвоты прекратились после переливания крови, введения кровоостанавливающих средств.

Пульс 78, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/70. Живот мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Печень и селезенка не увеличены. Гем. — 9,5 г%, Э. — 2 500 000, Л. — 8 300, РОЭ — 35 мм/час. Рентгенологически в кардиальном отделе желудка определяется дефект наполнения 4×4 см с неровными контурами. Заключение: изъязвившийся рак кардии.

15/X 1958 г. операция (В. С. Гирфанов). В кардиальной части по малой кривизне пальпируется опухоль 4×4 см, овальной формы, плотная. Произведена резекция желудка.

Гистологическое исследование препарата: лейомиома без элементов злокачественности.

Заживление первичным натяжением. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Внутренние лейомиомы, расположенные в просвете желудка, часто подвергаются изъязвлению. Подобные опухоли рентгенологами трактуются как рак желудка.

Н., 40 лет, поступила 15/XI 1963 г. с диагнозом: рак желудка. Больной себя считает около 5 лет, когда появились ноющие боли в подложечной области, иногда рвота, отрыжка.

Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс 84, ритмичный. АД 125/70. Живот мягкий, безболезненный. Слева от пупка определяется опухолевидное образование величиной 4×4 см, подвижное, плотной консистенции, безболезненное. Со стороны других органов изменений не найдено. Гем. — 14,2 г%, Э. — 4 450 000, Л. — 7600, РОЭ — 8 мм/час. Анализ желудочного сока: общая кислотность 20, свободная НС1 — 0, связанная — 0.

Рентгенологическое исследование. В средней трети желудка дефект наполнения с депо бария в центре диаметром около 1 см. Здесь же пальпируется плотное образование, связанное с тенью желудка. Эвакуация не нарушена. Диагноз: рак желудка.

20/XI 1963 г. произведена субтотальная резекция желудка (Л. Н. Молчанов). В средней трети обнаружена опухоль 6×7 см, которая с окружающими органами не спаяна. Макропрепарат: опухоль размером 6×7 см, с изъязвлением, исходит из задней стенки желудка. На разрезе опухоль серо-розового цвета.

Гистологическое исследование. Опухоль состоит из веретенообразных волокон гладкой мышечной ткани, среди которых местами располагается соединительная ткань с клеточной инфильтрацией. Диагноз: лейомиома.

Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка выписана 8/XII в хорошем состоянии.

Так как из лейомиом, согласно литературным данным, нередко возникают мiosаркомы (З. И. Карташев, 1938; Н. Я. Кузнецовский, 1921), то единственным методом лечения их является резекция желудка.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Е. Л. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Изд. Горьковского мед. ин-та, Горький, 1950. — 2. Иванов-Пальмов О. В. В кн.: Научн. тр. Рязанского мед. ин-та. Рязань, 1960, 11. — 3. Карташев З. И. Саркома желудка. Ростиздат, Ростов-на-Дону, 1938. — 4. Мельников А. В. Клиника предопухолевых заболеваний желудка. Медгиз, М., 1954. — 5. Трахтенберг М. Г. Хирургия, 1957, 6.