

При лучевом лечении без элеутерококка и новокаина отмечено резкое снижение количества гемоглобина (до 63%), эритроцитов (до 2 300 000), лейкоцитов (до 3 800), тромбоцитов (до 90 000), протромбина (до 75%). Свертываемость крови замедлялась до 9-й минуты.

Необходимо отметить, что с увеличением доз облучения снижение показателей периферической крови прогрессирует, причем в меньшей степени при применении элеутерококка и новокаина и в большей — без применения этих средств.

Таким образом, одновременное применение элеутерококка и новокаина при лучевом лечении онкологических больных задерживает резкое падение гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов; применение же одного новокаина в таких случаях малоэффективно.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Брехман Н. А. Мат. конф. по опосредванному воздействию на опухолевый процесс. Л., 1963. — 2. Брехман Н. А., Гвамачев Л. Р., Хатиашвили Т. Т., Худжадзе Р. Т., Лежава П. Р., Цулая Г. Е., Джиоев Ф. К., Лазарев Н. В., Панков А. Д., Холодный М. Д., Степаненко С. Д., Цырлина С. М. Мат. конф. по вопросам лекарств. терапии в онколог. клинике, Л., 1964. — 3. Кан Г. С., Полетасва К. А. Арх. пат., 1956, 2. — 4. Каверина Н. В., Хаютин В. М. Бюлл. эксп. биол. и мед., 1954, 10. — 5. Петров Б. А., Дорофеев В. И. Хирургия, 1953, 4. — 6. Сизенко С. П., Маркевич В. В. Мед. радиол., 1958, 2. — 7. Ярошевский А. Л. Бюлл. эксп. биол. и мед., 1958, 5.

УДК 616—089.844—616—007.43

## АЛЛОПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ

*Д. М. Церенцян*

(Горловка)

Оперативное вмешательство при грыжах со значительными дефектами передней брюшной стенки относится к сложным оперативным пособиям, которые в последнее время, в связи с применением в хирургии новых аллопластических материалов, несколько упростились, что позволяет широкому кругу хирургов с успехом производить операции при любых размерах грыж.

Мы применили текстильную капроновую ткань ГОСТ 3372 отечественного производства у 46 женщин и 12 мужчин. В возрасте до года было 2 больных, до 30 лет — 3, от 31 до 40 лет — 6, от 41 до 50 — 18, от 51 до 60 — 26, от 61 до 70 лет — 3. 38 женщин в прошлом перенесли различные гинекологические операции, где во всех случаях апоневроз ушивался кетгутом, что и явилось одной из причин образования грыж. Из 58 больных оперированы: дважды — 28 больных, трижды — 14, пять раз — 2, 6 раз — 2, 8 раз — 2.

Под местной анестезией произведено 40 операций, под эфирно-кислородным наркозом — 15, под интубационным эфирно-кислородным наркозом с релаксантами — 3. Местное обезболивание мы проводили фурацилин-новокаиновой смесью. Она изотонична, не раздражает ткани, обладает широким антибактериальным спектром и усиливает продолжительность действия новокаина.

Основным показанием к аллопластике явились большие послеоперационные и рецидивные вентральные, паховые, пупочные грыжи и диастаз прямых мышц живота.

Перед вшиванием синтетическую ткань тщательно стирали с мылом в проточной воде, затем в течение 20—25 мин. кипятили в стерилизаторе, после чего погружали в сосуд с фурацилин-новокаиновой смесью.

Техника операции следующая.

Иссекали послеоперационный рубец и излишки кожных тканей и подкожной клетчатки, обнажали апоневроз на протяжении 4—5 см вокруг грыжевых ворот, затем вскрывали грыжевой мешок, органы выделяли из сращений и вправляли в брюшную полость, после чего грыжевой мешок иссекали. Тщательно отпрепаровывали края дефекта, стараясь восстановить анатомические взаимоотношения слоев брюшной стенки. Брюшину ушивали непрерывным кетгутовым швом. Края дефекта сшивали послойно узловыми шелковыми швами край в край. Поверх сшитого апоневроза укладывали синтетическую ткань, которую фиксировали с натяжением к апоневрозу частыми узловыми шелковыми швами как по краям, так и в центре, по линии шва апоневроза. На капроне, а также на коже делали по 2—3 насечки, через которые в подкожную клетчатку на сутки-двое вставляли капиллярные трубки из полихлорвинила для стока

скопляющегося выпота (профилактика сером). Поверх шитого первого этажа накладывали второй слой капрона, который фиксировали по краям и в центре.

Общая реакция организма при аллопластике была такой же, как и при обычных грыжесечениях. Отмечался субфебрилитет в течение 2—3 дней. Местная реакция проявлялась незначительным отеком и набуханием в области послеоперационной раны, которые к 4-му дню проходили.

У 6 больных размеры грыжевых выпячиваний достигали 36×30×25 см.

Рана зажила первичным натяжением у 55 больных, вторичным — у 3. Швы снимали на 10-й день. Пребывание больных на койке в среднем равно 21 дню. Рецидив был в одном случае, летальных исходов не было. Бандажами больные не пользуются. Оперированные больные находятся на диспансерном наблюдении.

У больного Ц. через 7 месяцев образовался рецидив. При повторной операции капрона обнаружить не удалось, он, очевидно, рассосался, и на месте его образовалась рубцовая ткань.

У больной К. через 15 дней после операции образовался инфильтрат, рана нагноилась, в течение месяца капрон частично выделился через раневые отверстия, частично рассосался; рана зажила через 56 дней.

Согласно экспериментальным данным (Н. З. Монаков, И. Х. Геворкян, Е. Н. Мешалкин и др.), капрон представляет собой рассасывающийся материал; в отличие от других полимеров, он не является постоянным, «вечным» инородным телом в организме. Капрон в настоящее время наиболее изучен и доступен для описываемых пластических операций.

УДК 616.314.17—008.1

## О СВЯЗИ ПАРОДОНТОЗА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

*Я. С. Кнубовец, Д. Е. Потехин и К. И. Кутуева*

Кафедра ортопедической стоматологии (зав.— проф. И. М. Оксман)  
и I кафедра госпитальной терапии (зав.— проф. К. А. Маянская) Казанского ордена  
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

По литературным данным, пародонтозом страдает около 50% лиц среднего возраста.

Мы осмотрели 602 больных, находящихся на стационарном лечении, и 398 практически здоровых лиц.

Среди больных пародонтоз обнаружен у 395 (65,6%), среди практически здоровых — у 108 (27,1%).

Состояние пародонта при различных заболеваниях внутренних органов отражено в табл. 1.

Таблица 1

Диагноз	Пародонтоз	Гингивит	Норма
Сахарный диабет . . . . .	30	—	7
Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	75	3	17
Гипертоническая болезнь и атеросклероз	98	3	32
Заболевания печени и желчевыводящих путей	38	4	13
Тиреотоксикоз . . . . .	39	1	17
Заболевания органов дыхания . . . . .	44	3	23
Ревматизм . . . . .	39	7	35
Заболевания почек . . . . .	14	2	10
Прочие заболевания . . . . .	18	3	27
Итого . . . . .	395	26	181

Чтобы выяснить влияние характера заболевания внутренних органов на частоту и клинику пародонтоза, мы распределили всех обследованных больных по группам в зависимости от поражения эндокринной, сердечно-сосудистой, пищеварительной или дыхательной системы. В каждой из 4 групп по тяжести и длительности заболевания выделены подгруппы. Все эти данные представлены в табл. 2, 3, 4, 5.