

вяным сгустком. По рассечении раны на перикарде из сумки сердца удалено большое количество кровяных сгустков, после чего появилась пульсация сердца.

В проекции левого предсердия на мышце сердца обнаружена рана размером $0,5 \times 0,5$ см. Из нее во время систолы струей вытекает кровь. Рана закрыта пальцем, и под ним на мышцу сердца наложены два шва. Рана перикарда зашита. Кровотечение прекратилось. Операционная рана послойно зашита наглухо. Из плевральной полости пункцией удален воздух, введено 300 тысяч пенициллина.

Во время операции перелито внутривенно 500 мл консервированной крови 0(1) группы, 1000 мл протившоковой жидкости, 40 мл 40% раствора глюкозы.

После операции состояние больного относительно удовлетворительное, пульс — 100, ритмичный, достаточного наполнения, кровяное давление — 120/60. Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 8-й день. Заживление первичным натяжением. Выписан в хорошем состоянии на 30-й день с момента ранения.

В настоящее время чувствует себя хорошо, продолжает работать по прежней профессии — слесарем.

Поступила 16 мая 1958 г.

К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РЕНТГЕНОВСКИХ ЯЗВ

Канд. мед. наук А. А. Трошков

Из клиники факультетской хирургии (зав. кафедрой — проф. В. И. Акимов) Львовского медицинского института и 5-й городской больницы (главврач — И. И. Хома)

Образование рентгеновских язв возможно или от воздействия чрезмерных доз лучистой энергии, или при повышенной индивидуальной чувствительности организма к рентгеновским лучам.

Под нашим наблюдением состояло 2 больных с хроническими рентгеновскими язвами, подвергшиеся после безуспешного консервативного лечения оперативным вмешательствам.

И. Б-ной С., 1917 г. рожд., с 1953 г. страдал эпидермофитией подошвенных поверхностей обеих стоп. В 1954 г. принял 3 курса рентгенотерапии, после чего наступило некоторое улучшение, а через 2,5 месяца у больного в области свода левой стопы появился водянистый пузырь, который нагноился, лопнул, и на его месте появилась болезненная язва. Больной вынужден был лечь в дерматологическую клинику, где лечился консервативными методами около года. Лечение эффекта не дало. 20/VI-55 г. с диагнозом: рентгеновская язва свода левой стопы, с подозрением на раковое перерождение — поступил в нашу клинику.

Б-ной ослабленного питания, раздражительный. Страдает бессонницей, жалуется на плохой аппетит, сильные боли в области язвы при движении и общую слабость.

Язва неправильной формы, глубокая, размерами 10×8 см, края язвы инфильтрованы и пигментированы, верхний ее полюс заходит на внутреннюю поверхность тыла стопы. Дно язвы покрыто гнойно-фибринозным налетом с вялыми участками грануляций, кровоточит. В коже подошвенной поверхности видны многочисленные буро-черные узелки, напоминающие собой импрегнацию кожи порохом от взрыва. Воспалительная реакция вокруг язвы слабо выражена. Лимфатические регионарные узлы не увеличены. Левая стопа несколько отечна и синюшна. Пульсация артерий стопы удовлетворительная. Кровь: Э. — 4 900 000, Нв. — 72%, РОЭ — 7 мм/час, Л. — 3 870, э. — 1, п. — 2, с. — 70, лимф. — 24, м. — 3. Реакция Вассермана отрицательная. Осциллограмма обеих голеней и стоп в пределах нормы. Заключение невропатолога: восходящий неврит, связанный с основным заболеванием. Признаков злокачественного роста при гистологическом исследовании биопсии, взятой из язвы, не обнаружено.

Больному была предложена операция (иссечение и пластика), на что он не дал согласия, а требовал продолжения консервативной терапии. На протяжении 10 месяцев и местная, и общая терапия оказались безуспешными, после чего больной дал согласие на операцию.

4/IV-56 г. операция под общим эфирно-кислородным наркозом. Произведено иссечение язвы вместе с краями и некротическим дном до фасции сухожилий в пределах здоровых тканей. Края раны хорошо кровоточат. На внутренней поверхности правой голени выкроен кожный лоскут с жировой тканью на широкой ножке, размерами 13×10 см, основанием кверху, подведен к дефекту стопы и фиксирован

к краям раны кетгутowymi узловатыми швами. Дефект правой голени закрыт методом свободной аутопластики перфорированной кожей, взятой с передней стенки живота. Имобилизация конечностей гипсовой повязкой.

Послеоперационный период протекал гладко, боли исчезли, появились аппетит и сон. На 16-й день произведено отсечение кожного лоскута от основания. Дистальный конец лоскута, прикрывающий тыльную часть стопы, некротизировался (2×8 см). В этом месте образовалась длительно не заживающая язва, которая после пластики кожи по Тиршу и местного применения порошкообразного синтомицина эпителизировалась через 9 месяцев после операции.

5/V 1957 г. осмотр больного: имеется нежный окрепший рубец, в окружности бывшей язвы появляется болевая чувствительность, в трансплантате имеется рост волос (см. фото 1).

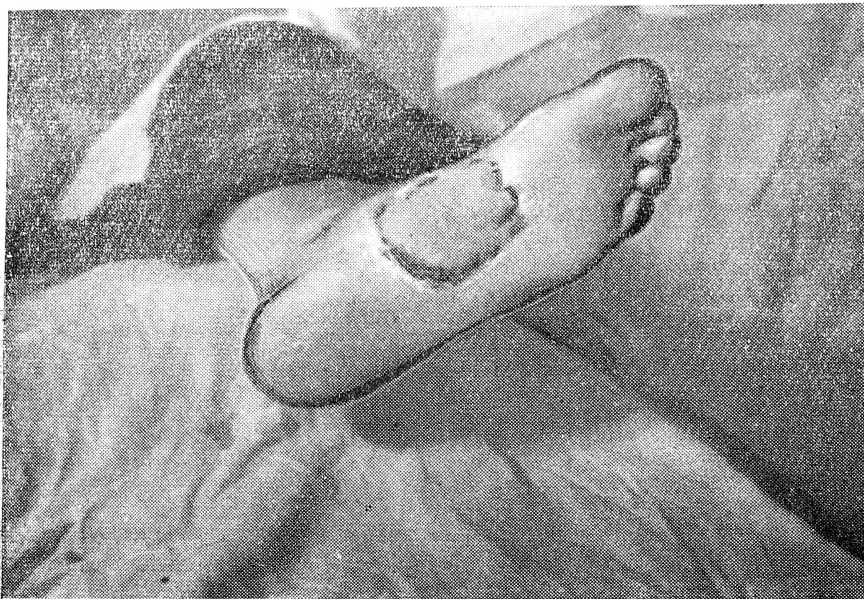


Фото 1.

Следует отметить, что процесс заживления ран у данного больного протекал длительно и вяло. Приживление аутоаутопластата на фасцию правой голени происходило медленно. В настоящее время наступило полное выздоровление. Больной поправился, ходит свободно при нормальной нагрузке конечности.

Ш. Б-ная Д., 30 лет. Поступила в гинекологическое отделение 1/III 1956 г. с жалобами на постоянные мучительные боли в области половых органов в связи с изъязвлениями. В 1952 г. в области больших и малых половых губ появились кондиломы, которые были подвергнуты электрокоагуляции. В 1953 г. наступил рецидив. Признав злокачественность процесса, провели 2 курса рентгенотерапии. Через 4 месяца по окончании рентгенотерапии (в декабре 1954 г.) у больной появились мокнущие пузыри в области больших половых губ, которые превратились в язвы, появились сильные боли. На протяжении 1 года и 3 месяцев лечилась консервативно, но язвы и трещины не зажили. Больная потеряла трудоспособность. Мучительные боли, наступающие при мочеиспускании и при ходьбе, привели ее к резкому истощению: она раздражительна, ослабленного питания.

При обследовании хирурга отмечено: половые губы, большие и малые, атрофичны, инфильтрированы, кожные покровы во многих местах изъязвлены, с множеством трещин. Клитор увеличен в размерах, плотной консистенции с изъязвлениями. Кожные покровы и края слизистых оболочек половых губ малоподвижны, рубцово-изменены, спаяны с подлежащими тканями.

16/III-56 г. операция. Эфирно-кислородный наркоз. Произведено иссечение больших и малых половых губ и клитора. Иссеченные ткани, кожа, слизистый покров и жировая клетчатка резко склерозированы. Края ран хорошо кровоточат. Формирование половых губ произведено за счет мобилизации кожных лоскутов с жировой клетчаткой промежности путем разрезов с двух сторон перпендикулярно половой щели с дополнительными насечками в коже. Кожные края подшиты к слизистой

оболочке влагалища кетгутowymi узловатыми швами. Введен катетер на 5 дней. Во влагалище введен йодоформенный тампон.

Послеоперационное течение гладкое. Исчезли мучительные боли. Заживление первичное. На 15-е сутки после операции больная выписана домой в хорошем состоянии.

4/V-57 г. (через 1 год 2 месяца после операции) состояние больной хорошее, окрепла. Трудоспособность восстановлена. Живет нормально половой жизнью. При осмотре гениталий — сформированные наружные половые органы выглядят обычно, половая щель прикрывается. Уретра не зияет. Болевая и тактильная чувствительность половых губ восстановлена. Отмечается два нежных окрепших рубца, расположенных с двух сторон половых губ.

Приведенные нами 2 случая иссечения рентгеновских язв с необычной локализацией представляют интерес с практической точки зрения.

Полученный нами успех после пластики дает нам право присоединиться к мнению других авторов, что при рентгеновских язвах, не поддающихся консервативному лечению, показано хирургическое лечение.

Поступила 14 июля 1957 г.

ПЕРФОРАЦИЯ МАТКИ ПРИ АБОРТЕ С ОБРАЗОВАНИЕМ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЫ МАТОЧНОЙ АРТЕРИИ

Асс. М. В. Монасыпова

Из 1-й кафедры акушерства и гинекологии (зав. — проф. П. В. Маненков)
Казанского медицинского института, на базе Республиканской клинической больницы
(главврач — Ш. В. Бикчурин)

Больная М. М., 33 лет, доставлена в клинику санитарной авиацией 12/XI 1956 г. с предположительным диагнозом: плацентарный полип, подострый левосторонний аднексит, вторичная анемия, хорионэпителиома.

М. М. была беременна 3 раза. Первые две беременности закончились срочными нормальными родами. Третья беременность закончилась 17/IX 1956 г. искусственным абортом в районной больнице. Через несколько часов после аборта открылось профузное кровотечение из родовых путей, прекратившееся после повторного выскабливания. 20/IX б-ная была выписана домой. На 16-й день после аборта, 3/X, вновь открылось сильное кровотечение из родовых путей. Б-ная была госпитализирована в стационар больницы, где кровотечение остановилось от применения лекарственных средств, и 11/X выписана домой. 13/X вновь открылось сильное кровотечение, потребовавшее госпитализации б-ной. Выскабливание матки в стационаре больницы дало кратковременную остановку кровотечения. 21/X, 22/X, 7/XI и 12/XI 1956 года кровотечения из родовых путей повторялось с той же силой в виде «бурлящей струи». Перелито 1400 мл крови. 7/XI с целью остановки кровотечения больная подверглась четвертый раз выскабливанию матки с направлением соскоба на гистологическое исследование. 12/XI произведена тугая тампонада полости тела матки и рукава, и с тампоном больная доставлена в клинику.

Общее состояние в момент поступления крайне тяжелое. Жалобы на общую резкую слабость, головокружение, головную боль, плохой сон и аппетит. Пульс 96, слабого наполнения; температура 37,6°. Кожные покровы и видимые слизистые резко бледны. Живот в нижних отделах болезнен. Из родовых путей выступает комок марлевого тампона и выделяется в незначительном количестве сукровица. Дежурный врач, сохранив тампон, назначил общеукрепляющие и кровоостанавливающие средства и учредил строгое наблюдение за больной.

13/XI гем. — 26%, Э. — 2 700 000, Л. — 15 600, РОЭ — 7 мм в час. Моча — нормальная. Осторожно удален тампон. С помощью зеркал осмотрены шейка матки и стенки рукава. Особых изменений при этом осмотре обнаружено не было. При двуручном исследовании также не было установлено особых изменений. Кровотечение отсутствовало. Предварительный диагноз: вторичная анемия на почве плацентарного полипа или хорионэпителиомы. Решено применить консервативное лечение до получения гистологического исследования соскоба, добытого из матки 7/XI в районной больнице.

17/XI общее состояние больной резко улучшилось: исчезли головная боль, общая слабость, бессонница, боли в низу живота; появился аппетит; процент гемоглобина достиг 31; кровотечение из родовых путей не наблюдалось.