

К концу месяца общее самочувствие больных постепенно улучшалось. (Если они пили до этого чайную соду, то в этом необходимость отпадала). Стул нормализовался, больные прибавляли в весе.

В конце второго месяца лечения у 2-х больных с язвой желудка и у 9 с язвой двенадцатиперстной кишки боли в области желудка исчезли, симптом сотрясения стал отрицательным.

Рентгеновское исследование показало, что у 6 больных язвенная поверхность зарубцевалась.

У 15 больных при рентгеноскопии найдено уменьшение язвенной поверхности.

У 13 больных повышенная кислотность еще более повысилась, у двух ахилия сменилась пониженной кислотностью, у двух осталась без изменения, а у 4 больных высокая кислотность снизилась до нормы и ниже.

Широкое распространение пижмы по Советскому Союзу (Ворошилов и Гуревич) и лечебное действие ее при различных заболеваниях желудка, кишечника побуждают изучать и дальше это растение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбодик-Максимович Н. Врачебное веществословие, или описание целительных растений, в пищу и лекарства употребляемых. СПб, 1788.— 2. Гудошникова В. С. Фитонцидные свойства пижмы. Автореф. докл. XI студ. научн. конф. Томск. мед. ин-та, 1952.— 3. Гуревич И. Я. Получение галеновых препаратов из цветов пижмы и их фармакологическое исследование. Канд. дисс., Л., 1953.— 4. Гусятин И. А. Токсикология ядовитых растений. М., 1947.— 5. Кашинский И. Русский лечебный травник. СПб, 1817.— 6. Мирецкая Г. И. В кн.: Новые лекарственные растения Сибири, Томск, 1949.

Поступила 16 июня 1958 г.

О ЯЗЫЧНОМ ЗОБЕ

Доц. И. Л. Ротков

Из кафедры общей хирургии (зав.— проф. А. И. Кожевников)
Горьковского медицинского института

Зоб основания языка, или язычный зоб, наблюдается редко. А. Н. Безрученко (1952 г.) упоминает об описанных в мировой литературе 112 наблюдениях. Отечественные авторы к 1957 году имели 18 наблюдений язычного зоба (А. И. Гнатышак). Редкость подобных локализаций зоба часто вызывает неточность дооперационного диагноза. Методика и объем операционного вмешательства при этом разнообразны, так как каждый автор шел своим путем, ориентируясь больше на свой опыт и технику. М. П. Горбунова (1951 г.) удалила зоб корня языка путем рассечения правой щеки. Доступ был ограничен, вследствие чего пришлось экстрагировать второй большой моляр и перепилить горизонтальную ветвь нижней челюсти. А. Н. Безрученко (1952 г.) удалил язычный зоб через щито-подъязычную мембрану. Подъязычная кость была смещена кверху. Без вскрытия глотки было сделано вылушение. А. И. Гнатышак применил подковообразный разрез в подчелюстной области. Удалены обе слюнные подчелюстные железы, для увеличения доступа надрезана боковая стенка глотки с частью языко-глоточной дуги. Большинство авторов при небольших размерах язычного зоба удаляло его частично или полностью через рот.

В нашем случае применен более широкий доступ с распилом нижней челюсти по средней линии.

Б-ная Р., 24 лет, поступила в клинику с жалобами на затрудненное дыхание и гнусавый голос. Считает себя больной около двух лет. Появились затруднение в разговоре („язык стал какой-то неповоротливый“) и затруднение дыхания. Обратилась к врачу; диагностирован парез нёбной занавески, по поводу чего предпринято физиотерапевтическое лечение. Состояние больной постепенно ухудшалось, речь стала невнятной, неразборчивой, дыхание затруднено, при еде пища нередко попадала в нос.

При очередном осмотре отоларингологом обнаружена „киста корня языка“, и больная направлена для оперативного лечения.

Телосложение правильное, питание удовлетворительное, пульс — 68, ритмичен, тоны сердца чистые. Анализы крови и мочи без отклонений от нормы.

Слизистая оболочка обеих половин носа набухшая, слегка гиперемирована, с синюшным оттенком. Носовые раковины гипертрофированы, в носовых ходах значительное количество серозно-слизистого отделяемого. Уши — без отклонений от нормы. Глотка (мезофаринкс) — без видимых патологических изменений. На корне языка по средней линии определяется опухоль полушаровидной формы, размером 4×4 см, плотной консистенции. Задний край опухоли доходит до надгортанника, несколько отодвигая его кзади; опухоль касается задней стенки глотки, так что свободными для дыхания остаются только боковые участки. При пальпации подчелюстной области над подъязычной костью определяется уплотнение, лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа по передней поверхности шеи не прощупывается, но данных об ее отсутствии нет.

Реакция Вассермана — отрицательная.

Предположительный диагноз: киста в области корня языка.

Больной дважды производилась пункция образования, но без результата; после пункции возникало значительное кровотечение, что дало основание заподозрить фиброму корня языка.

Операция (проф. А. А. Ожерельев) проводилась двухмоментно. Вначале были перевязаны обе наружные сонные артерии и произведена верхняя трахеотомия. Через пять дней под гексеналовым наркозом с разрезом по средней линии от нижней губы до подъязычной кости обнажена нижняя челюсть, которая перепилена по срединной линии. Рассечено дно полости рта. Правая и левая половины челюсти раздвинуты, вытянут наружу и вниз язык. Доступ к корню языка свободный. Начиная от надгортанника и до задней трети языка расположена опухоль $4 \times 4 \times 3$ см. Слизистая над ней рассечена, и опухоль тупо вылучена из мышц языка. Наложено 8 кетгутовых швов на рану языка. Язык опущен в ротовую полость. Дно полости рта ушито. Нижняя челюсть скреплена внутриротовой проволочной шиной. Наложены швы на кожу подбородочной и подчелюстной области.

Первые дни послеоперационного периода протекали без осложнений. На пятый день удалена трахеотомическая трубка. На шестой день было кровотечение из раны языка, остановившееся после внутривенного введения раствора хлористого кальция. На следующий день повторное обильное кровотечение. Перелита гемостатическая доза крови, но через час кровотечение возобновилось с новой силой. Больная взята в перевязочную: рана языка тампонирована, введены гемостатические средства. Гемоглобин с 54% снизился до 33%, состояние больной резко ухудшилось. От предлагаемой повторной операции для радикальной остановки кровотечения больная категорически отказалась. Обильные кровотечения повторялись на девятый и шестнадцатый день. В дальнейшем состояние больной улучшилось, кровотечения не повторялись.

При ларингоскопии на 35-й день с момента операции на корне языка обнаружена вяло гранулирующая рана. Больная выписана на 38-й день. Через два года сообщила, что чувствует себя хорошо.

Только с момента получения гистологического заключения о наличии в удаленном препарате ткани щитовидной железы стали понятны упорные массивные кровотечения, так как известно, как богато кровоснабжена щитовидная железа и насколько значительны по калибру могут быть подходящие к ней сосуды.

Доступ, примененный при осуществлении данной операции, дает широкие возможности манипуляций на корне языка и малозаметный в косметическом отношении рубец.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безрученко А. Н. Вест. оторинолар., 1952, 4.— 2. Гнатышак А. И. Вест. хир. им. Грекова, 1956, 3.— 3. Горбунова М. П. Вест. оторинолар., 1951, 4.

Поступила 10 февраля 1959 г.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПЕРВОЙ СТАДИИ

(Сочетанно-лучевым и комбинированным способами)

Р. А. Родкина

Из акушерско-гинекологической клиники (зав.— проф. И. Т. Мильченко)
Куйбышевского медицинского института и Куйбышевского областного
онкологического диспансера (главврач — Н. Н. Родионова)

Вопрос о наиболее рациональном методе лечения рака шейки матки первой стадии окончательно не решен. Применяются как комбинированный, так и сочетанно-лучевой метод. Полученные нами анкетные ответы по этому вопросу из различных онкологических учреждений Советского Союза подтверждают высказанное положение. Вместе с тем можно отметить, что за последние годы большее предпочтение начали отдавать сочетанно-лучевому методу.