

А. А. Кипенский, С. В. Савельев (Казань). Применение CO_2 -лазера в гнойной хирургии¹

В последние годы использование лазерной техники в хирургии находит все более широкое применение. Малая травматичность, хороший гемостаз, антисептические свойства, бесконтактность, аналгетический эффект лазерного луча дают ему значительное преимущество перед традиционными хирургическими инструментами, в том числе и перед электроножом. В 1981—1982 гг. в 1-м хирургическом отделении больницы ст. Казань произведены 91 вскрытие гнойных полостей и обработка гнойных ран лучом лазера у 80 больных, у которых были различные гнойно-воспалительные и другие заболевания: абсцессы, флегмоны (22), гнойные раны (13), остеомиелиты, гангрены пальцев (11), карбункулы, фурункулы (10), эпителиально-копчиковые кисты (8), трофические язвы (6), маститы (5), ожоги (3), доброкачественные опухоли (2). Мужчин было 46, женщин — 34, возраст больных — от 24 до 81 года.

Сопутствующий сахарный диабет был у 5 больных, облитерирующий эндартерит нижних конечностей — у 4. Был использован отечественный аппарат «Скальпель-1» мощностью 20 Вт, действующий на основе CO_2 -лазера непрерывного действия.

Из методов обезболивания предпочтение отдавали общему внутривенному наркозу, который сокращает время операции, а также снимает эмоциональное напряжение. При использовании местной анестезии обработке препятствует экранирующий эффект жидкости, поэтому время операции удлиняется.

Ткани рассекали обычным скальпелем или лазером. Некротические ткани удаляли сфокусированным лучом лазера путем их послойного испарения. В конце операции рану обрабатывали расфокусированным лазерным лучом. Лазерный скальпель применяли как для вскрытия гнойников, так и для обработки гнойных ран и полостей, вскрытых до этого обычным методом. При наличии карманов производили лазерную пункцию и при необходимости вскрывали затеки.

В большинстве случаев лазерная обработка протекала в условиях полного гемостаза. Если гемостатическая сварка сосудов лазером оказывалась недостаточной, операционное поле обескровливали путем пережатия сосудов жгутом или пальцем и при этом кровотечения в дальнейшем не возникало.

Операцию заканчивали первичным швом раны с дренированием узкой резиновой полоской. При значительном дефекте тканей на рану накладывали повязку. Наложения влажных повязок мы избегали и пользовались порошком ксероформа и стрептоцида. Если возникали сомнения в полной обработке раны (карманы, затеки), после повторного применения лазера на 4—5-й день накладывали вторичные швы. В дальнейшем заживление шло первичным натяжением. Швы снимали на 7—9-й день после операции. Только в одном случае швы были распущены из-за нагноения раны.

Обработка нейтрофических язв лучом лазера позволяла у ряда больных производить кожную пластику уже на 7—8-й день после лазерной некрэктомии и способствовала хорошему приживлению трансплантата. Применение лазерного скальпеля для лечения инфицированных ожогов давало возможность бескровно удалить струп, а быстрое купирование воспаления позволяло производить более раннее закрытие ожоговой поверхности кожным лоскутом. Кроме того, мы получили хорошие результаты при использовании лазера у больных с нагноившимися эпителиально-копчиковыми кистами.

При сопутствующих основному заболеванию диабетических ангиопатиях и облитерирующем эндартерите лечебный эффект от применения лазера оказался несколько хуже, однако сроки лечения были все же меньше, чем при использовании обычных методов. Эти больные в ряде случаев подвергались повторной лазерной обработке в зоне вторичного некроза. При этом применение лазера если и не могло остановить процесс, то позволяло влажную гангрену перевести в сухую.

Осложнений после обработки лазером мы не наблюдали. Среднее пребывание на койке больных, леченных лучом лазера, составило $11,1 \pm 2,1$, а в аналогичной группе больных, получавших лечение обычными методами, — $14,6 \pm 2,4$ сут ($P < 0,01$).

Таким образом, использование лазерного скальпеля при гнойно-некротических заболеваниях делает тактику хирурга в отношении этих больных более активной. Испарение некротических тканей на высоте воспаления и лазерная обработка гранулирующих ран дают возможность наложить первичные либо ранние вторичные швы. Благодаря своим особенностям лазерная обработка гнойных ран позволяет в большинстве случаев закончить операцию первичным натяжением, а при трофических язвах производить более раннюю кожную пластику, что значительно сокращает сроки лечения больных.

УДК 616.311—2—002.44

Ф. Г. Гасимов, С. А. Хамидуллина (Казань). Опыт лечения язвенно-некротического гингивостоматита

Лекарственные средства, предложенные для лечения язвенно-некротических поражений слизистой оболочки рта далеко не всегда позволяют добиться быстрого и

¹ Должено на заседании научного общества хирургов ТАССР 16/XII 1982 г.

стойкого результата. В последнее время в этих целях для аппликации и электрофореза с успехом используют в виде растворов протеолитические ферменты. Однако, смешиваясь со слюной, ферменты быстро инактивируются и их экспозиция в тканях сокращается. Учитывая это, мы применяли мазь ируксол (Югославия), содержащую фермент коллагеназу и хлорамфеникол, который является антибиотиком широкого спектра действия.

Под наблюдением находилось 46 больных язвенно-некротическим гингивостоматитом (18 женщин и 18 мужчин, возраст — от 19 до 35 лет). Легкая степень поражения слизистой оболочки рта наблюдалась у 15 человек, среднетяжелая — у 26, тяжелая — у 5.

У 22 больных (1-я группа) лечение проводили общепринятым методом, которое заключалось в обработке слизистой оболочки рта растворами перманганата калия, фурациллина, перекиси водорода с последующим нанесением на участки поражения винилина или метилурациловой мази. Больных 2-й группы (24 чел.) лечили ируксом. Марлевую повязку, пропитанную этой мазью, апплицировали на пораженные участки слизистой оболочки и вводили в межзубные промежутки. У больных обеих групп снимали зубные отложения, внутрь назначали аскорбиновую кислоту и глюконат кальция, щадящую энергоемкую диету, полоскания рта отварами ромашки и шалфея.

Основным показателем эффективности лечения служили сроки выздоровления и эпителизации эрозий и язв (результаты наблюдений отражены в таблице).

Сроки выздоровления больных язвенно-некротическим гингивостоматитом (в днях)

Степень заболевания	1-я группа		2-я группа		P
	число больных	сроки выздоровления	число больных	сроки выздоровления	
Легкая	7	4,2±0,3	8	3,5±0,21	> 0,2
Среднетяжелая	12	5,3±0,26	14	4,2±0,22	< 0,01
Тяжелая	3	6,7±0,31	2	5,9±0,22	> 0,1
Всего	22	5,4	24	4,5	

Полная эпителизация язв при лечении ируксомом наступала быстрее при всех формах заболевания, а при наиболее распространенной среднетяжелой степени течения стоматита эффективность лечения с помощью этой мази была подтверждена статистически ($P < 0,01$).

Наш опыт позволяет рекомендовать ируксол как эффективное средство для лечения язвенно-некротического гингивостоматита.

УДК 616.33—006.363

И. Р. Хабибуллин (Казань). Лейомиома желудка больших размеров

Лейомиома является доброкачественной неэпителиальной опухолью, исходящей из мышечной ткани. Ввиду редкости и сложности ее рентгенодиагностики приводим наше наблюдение.

К., 19 лет, доставлена в отделение неотложной хирургии машиной скорой помощи с жалобами на острые боли в эпигастрии, тошноту и рвоту с кровью.

Объективно: телосложение правильное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Положение вынужденное. Легкие и сердце без особенностей. Живот симметричен, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный в подложечной области. Симптома раздражения брюшины нет. Анализ крови от 10/VII 1975 г.: Нb — 2 ммоль/л, эр — $3,5 \cdot 10^{12}$ в 1 л, л. — $6,8 \cdot 10^9$ в 1 л. Анализ мочи — белок и эритроциты отсутствуют, амилаза — 64 ед. Биохимические данные: протромбин крови — 96%, непрямого билирубин — 10,3 мкмоль/л. Реакция Вельтмана — в 4-й пробирке. Остаточный азот крови — 16,4 ммоль/л, глюкоза крови — 4,8 ммоль/л.

При полипозиционном рентгенологическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки от 12/XII в антрально-выходном отделе желудка определяется дефект наполнения ближе к большей кривизне. Рельеф слизистой проследить не удается. Перистальтическая волна на уровне дефекта гаснет. Контуры самой опухолевидной ткани отчетливо не выявляются, а складки слизистой оболочки обходят округлой формы дефект наполнения размерами 4×5 см. Следовательно, объемное образование локализуется не в слизистой, а в мышечной оболочке желудка. Эвакуация содержимого желудка не замедлена. При визуальной пальпации за экраном соответственно антрально-выходного отдела отмечается болезненность. Привратник располагается косо. Луковица двенадцатиперстной кишки уплощена, ее верхний изгиб малоподви-