

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 ванилина 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	$4,2 \pm 0,3$	8	$3,5 \pm 0,21$	$> 0,2$
Среднетяжелая	12	$5,3 \pm 0,26$	14	$4,2 \pm 0,22$	$< 0,01$
Тяжелая	3	$6,7 \pm 0,31$	2	$5,9 \pm 0,22$	$> 0,1$
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.: Нб — 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-

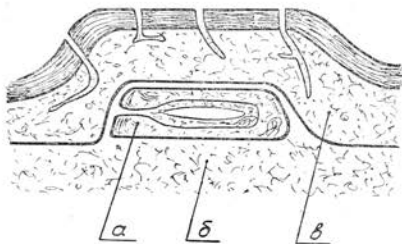
жен. Рельеф слизистой петли двенадцатиперстной кишки грубый, а просвет несколько расширен, барий по ней продвигается широкой дорожкой. Заключение: неэпителиальная опухоль выходного отдела желудка, простирающаяся до нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки.

22/XII произведен гастроэнтероанастомоз (Р. Ш. Шайморданов). При ревизии брюшной полости имеется выраженный перипроцесс вокруг дистального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. Опухоль дистального отдела желудка простирается на привратник, горизонтальную и нисходящую части двенадцатиперстной кишки. Опухоль является мягкотканной, располагается в основном на задней стенке желудка подслизисто. Инфильтрирована поджелудочная железа. Слизистая оболочка рассечена и взят кусочек уплотненной ткани на срочное гистологическое исследование. Патогистологическое заключение: мышечная опухоль. Учитывая значительное распространение и интимное сращение опухоли с общим желчным и панкреатическим протоками, радикальное удаление новообразования сочли невозможным. Наложен передний гастроэнтероанастомоз с брауновским анастомозом электрохирургическим способом. Постоперационных осложнений не наблюдалось. Больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового врача.

УДК 616.5—089.843

Г. А. Измайлов, С. Г. Измайлов (Казань). Сочетанный способ аутоаллодермопластики

При лечении обширных кожных дефектов, когда донорские ресурсы оказывались недостаточными для одномоментного полного возмещения утраченного дермального покрова, нами использовался новый способ пластики, заключающийся в комбинировании кожи больного и донора. У больного выкраивали лишнюю жировую клетчатку кожную полосу (ее размеры вычисляли с учетом площади раневой поверхности), которую скальпелем, опасной бритвой или специальным микродерматомом рассекали на поперечные аутомикротрансплантаты толщиной от 0,1 до 0,5 мм. Это значительно увеличивало площадь основного лоскута. Полученные трансплантаты имели две боковые поверхности, способные к срастанию с тканями. В них содержатся все элементы кожи, что позволяет называть их полнослойными. Трансплантаты укладывали на гранулирующую поверхность боковой стороной с умеренным их распластыванием на расстоянии 4 мм друг от друга в шахматном порядке. Затем брали аллокожу, заготовленную путем взятия ее с трупов или с ампутированных конечностей, и укладывали на трансплантат, полностью закрывая всю раневую поверхность. Укладывание и расправление трансплантата, а также подшивание аллокожи к краям дефекта производили специально изготовленными пинцетами оригинальной конструкции. Поверх аллокожи накладывали умеренную тугую бинтовую марлевую повязку. Трупную кожу использовали после предварительной консервации, а утильную укладывали тотчас после взятия.



Аутомикротрансплантаты, находясь между гранулирующей поверхностью и аллокожей, содержались в своеобразном инкубаторе с оптимальными условиями для их приживления (см. рис.). Одной стороной трансплантат (а) приживляли к гранулирующей поверхности (б), другой — к аллокоже (в). Последняя являлась

надежной биологической защитой для аутомикротрансплантата. При неизбежном отторжении аллокожи появлялись надежно и прочно сращенные с гранулирующей поверхностью аутомикротрансплантаты, которые становились устойчивыми к перевязкам. Данная методика пластического закрытия кожных дефектов вначале была испытана в условиях эксперимента на 115 морских свинках.

Несомненные преимущества сочетанной кожной пластики с использованием аутомикротрансплантата побудили нас применить этот вид дермопластики при лечении 72 больных с кожными дефектами (50 мужчин и 22 женщины, возраст — от 12 до 78 лет). В эксперименте и клинике с помощью гистологических и гистохимических методов изучали течение процессов регенерации в ранах и приживление кожных трансплантатов. При гистологическом исследовании на 10—15-е сутки после пластики погружные участки между трансплантатом и аллокожей оказались инфильтрированными округлыми клетками лимфоидного ряда. К 20-му дню тонкие, прозрачные аутомикротрансплантаты имели большое количество эпителиальных образований, прорастающих в мышечный слой аллокожи. Через 40—60 сут эпителий представлял собой мощный пласт, состоящий из 10—14 слоев клеток. Сформировавшийся впоследствии на месте дефекта регенерат с поверхности был покрыт пластом эпителия, не имевшего погружных выростов. Располагавшаяся под эпителием ткань напоминала по клеточному составу нормальную кожу.

Таким образом, наши экспериментальные данные были подтверждены клиниче-