

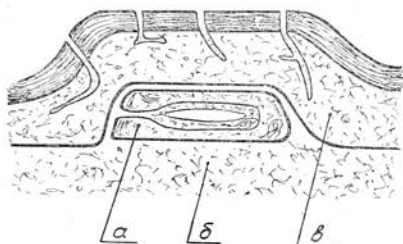
жен. Рельеф слизистой петли двенадцатиперстной кишки грубый, а просвет несколько расширен, барий по ней продвигается широкой дорожкой. Заключение: неэпителиальная опухоль выходного отдела желудка, простирающаяся до нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки.

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 расправлением 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 свинок.

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-

скими наблюдениями. Предлагаемый комбинированный способ аутоаллодермопластики с использованием поперечных аутодермотрансплантатов является перспективным в терапии больных с обширными кожными дефектами.

УДК 618.13—089

### Р. А. Осипов (Казань). Профилактика повторной облитерации после реконструктивных операций на маточных трубах

С целью профилактики инфекции и предотвращения слипания маточных труб с первых часов после окончания операции мы использовали непрерывную ирригацию труб. Для этого непосредственно перед операцией в цервикальный канал вводили самодержащийся наконечник, через который после вскрытия брюшной полости нагнетали стерильный физиологический раствор, окрашенный индигокармином (хромогидротубация), что позволяло во время операции более точно определять состояние маточных труб и контролировать степень восстановления проходимости. После окончания операции наконечник оставляли в матке на 5—7 дней. К нему присоединяли систему для капельного переливания жидкостей. Капельно вливали прокаин-фурациллиновую смесь (0,1 г фурациллина, 9 г хлористого натрия, 2,5 г новокаина, 1000 г воды дистиллированной). К исходному раствору добавляли 250 мг гидрокортизона и 1500 ед. гепарина, однако их дозу в последующие дни постепенно уменьшали. Скорость ведения раствора регулировали так, чтобы за сутки вводилось не более 1000 мл. При необходимости капельную систему отключали, и женщина могла вставать и ходить. Через неделю наконечник извлекали из матки. Если было нужно, гидротубации продолжали.

Под наблюдением находилось 20 женщин детородного возраста, которым произведено оперативное вмешательство на маточных трубах по поводу вторичного бесплодия. Реимплантация труб в матку сделана 10 женщинам, терминальная сальпингостомия — 8 и трансверзальная сальпингостомия — 2. При этом 6 больным произведен сальпинголизис.

10 женщинам 1-й группы для профилактики повторной облитерации в трубы вводили полиэтиленовые протекторы, а 10 женщинам 2-й группы производили ирригацию по описанной выше методике. Сравнение ближайших и отдаленных результатов у женщин обеих групп показало преимущество предложенного нами лечения. После оперативного восстановления проходимости маточных труб рецидив заболевания отмечен у 6 женщин 1-й и у 3 — 2-й групп. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 617—001—089.8

### ОПЫТ РАБОТЫ МЕДСОВЕТА ПО ЭКСПЕРТИЗЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Д. Г. Тахавиева

Казанский НИИ травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. У. Я. Богданович)

Одним из основных критериев состояния лечебной помощи является исход травм, а экспертиза отдаленных результатов лечения травм имеет существенное значение для улучшения организации травматологической помощи и повышения качества лечения больных.

В соответствии с приказом министра здравоохранения СССР № 480 от 15 июля 1970 г. в Татарии в 1974 г. создан Республиканский медсовет по экспертизе отдаленных результатов лечения травматолого-ортопедических больных. Заседания медсовета проводятся в плановом порядке во всех специализированных травматологических стационарах и травматологических пунктах г. Казани и республики. На экспертизу вызываются как взрослые, так и дети, перенесшие различные по локализации и характеру травмы опорно-двигательного аппарата, не ранее чем через год после окончания лечения.

На основании клинического и рентгенологического обследования вызванных больных, изучения медицинской документации определяются исходы повреждений, ошибки, осложнения и их причины. Во всех случаях членами совета по экспертизе де-