

У 16-ного был определен мезенхимальный гепатит, при повторной же пункции не исключалась возможность метастатического рака печени. На аутопсии же обнаружен гидатидозный и альвеолярный эхинококк печени.

При пункции легких у одного больного цитологическое заключение (как и клинико-рентгенологическое исследование) позволило поставить диагноз рака легкого, подтвержденный аутопсией. У другого больного на основании пунктата легкого и грудины цитологически диагностирована плазмоцитома легкого. Аутопсия же установила крупозную пневмонию.

При пункции ребер в двух случаях цитологическое заключение способствовало уточнению диагноза болезни Рустицкого. В третьем случае цитологический диагноз — «хлорома» не подтвердился (на аутопсии мезотелиома плевры).

Е. П. Архипов (Бугульма, ТАССР). Опыт оперативного лечения больных по поводу язв желудка и двенадцатиперстной кишки

За период с 1947 по 1956 гг. в хирургических отделениях больниц Бугульмы произведены 237 операций по поводу язв желудка и двенадцатиперстной кишки: 186 гастроэнтероанастомозов, 51 — резекция желудка. Мужчин было 208 чел. (87,8%) и женщин — 29 (12,2%). Все они имели типичный язвенный анамнез с длительным (от 3 до 6 лет) рецидивным течением болезни и выраженный симптомокомплекс.

У 8% этих больных имелись указания на гастродуоденальное кровотечение, 2 больных в прошлом перенесли ушивание по поводу прободной язвы, 7 больным в прошлом наложен по поводу язвы гастроэнтероанастомоз. Все больные в предоперационном периоде обследовались рентгенологически и лабораторно. Операции, как правило, производились под местной инфильтрационной анестезией; 4 больным операция была начата под местной анестезией, закончена под эфирным наркозом; 3 больных оперировано под эфирным наркозом.

При резекции желудка производилось кормление питательной смесью по С. И. Спасокукоцкому; тяжелым больным капельно переливалась кровь. В послеоперационном периоде больным придавалось полусидячее положение, вводились антибиотики, сердечные, наркотики, 1—2 л физиологического раствора подкожно. При застойных явлениях периодически откачивалось желудочное содержимое через зонд. Пить по 2—3 глотка (за сутки 500—600 мл) разрешалось на вторые сутки после операции. С 3 дня разрешался прием бульона, киселя, фруктовых соков, с 4 — 2 сырых яйца, масло, сливки, с 5 — жидкие каши, протертые супы-пюре, с 7—8 дня переводили на диету язвенных больных. Вставать при гладком послеоперационном течении разрешалось на 5—6 сутки. Швы снимались на 8—10 дни.

На 51 резекцию желудка (45 мужчин и 6 женщин) в 49% язвенный процесс локализовался в желудке, в 13,7% в пилородуоденальном отделе, в 11,8% — в двенадцатиперстной кишке, множественные язвы имелись у 13,7%. Каллезные язвы обнаружены у 7, пенетрирующие язвы — у 24, стеноз привратника — у 12.

Из 186 больных (163 мужчин и 23 женщин), которым произведена гастроэнтеростомия, у 53,3% язвенный процесс локализовался в желудке, у 26,3% — в пилородуоденальном отделе, у 12% — в луковице двенадцатиперстной кишки, у 5,4% больных имелись множественные язвы. Каллезные язвы были у 42 больных, пенетрирующие — у 16, простые — у 18, стеноз привратника имелся у 76 больных. У 34 характер язв выяснить не удалось.

Из приведенных данных видно, что к гастроэнтеростомии неоправданно ставились широкие показания.

При резекции желудка послеоперационный период осложнился у 9 больных (17,6%) — включаются случаи с летальным исходом — перитонитом, пневмонией, нагноением и расхождением раны, желудочно-кишечным кровотечением и нарушением эвакуации.

После гастроэнтеростомии осложнения были у 92 больных (49,4%) — включая случаи с летальным исходом. Из осложнений наблюдались: пневмония, нарушение эвакуации, экссудативный плеврит, расхождение раны, нагноение раны, парез кишечника.

Наиболее опасными являлись такие осложнения, как несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки и анастомоза, перитонит, желудочно-кишечное кровотечение.

Перитонит в послеоперационном периоде был у 6 больных с 4 летальными исходами. Перитонит возник, вероятно, в связи с инфицированием окружающих тканей при наложении анастомозов.

Несостоятельность швов анастомоза и культи двенадцатиперстной кишки оказалась у 3 больных (все погибли).

Пневмония представляют наиболее частое осложнение (7—10%). Как правило, они встречались у ослабленных, перенесших в прошлом простудные заболевания, у пожилых больных и носили очаговый характер.

Желудочно-кишечное кровотечение встретилось в 2% случаев, причину его мы склонны видеть в технических погрешностях при наложении соустья. Кровотечение в одном случае оказалось смертельным, в остальных было остановлено промыванием желудка физиологическим раствором, гемостатическими средствами, морфином.

Летальность после резекции желудка — 5,8%, после гастроэнтеростомии — 3,2%. Отдаленные результаты после резекции желудка и гастроэнтеростомии изучены по анкетным сведениям, при встрече с больными у 69 человек, из них 26 была произведена резекция желудка, 43 — гастроэнтеростомия. Сроки после резекции: до 2 лет — 10, до 3 лет — 6, до 4 лет — 4, до 5 лет — 1, до 9 лет — 3, до 10 лет — 2. Сроки после гастроэнтеростомии: до 2 лет — 6, до 3 лет — 4, до 4 лет — 2, до 5 лет — 5, до 6 лет — 4, до 7 лет — 6, до 8 лет — 5, до 9 лет — 7, до 10 лет — 6.

Отличные результаты получены у 16 человек после резекции желудка (61,5%) и у 6 после гастроэнтеростомии (14%). Хорошие результаты — у 7 после резекции желудка (27%) и у 5 после гастроэнтеростомии (11,6%). Удовлетворительные результаты у 2 после резекции желудка (7,6%) и у 6 после гастроэнтеростомии (14%).

После гастроэнтеростомии отмечены незажившая язва — у 9 (20,9%), рецидив язвы у 11 (25,6%), у одного больного незажившая язва через 3 года после операции перфорировала, по поводу чего он был оперирован повторно.

Пептическая язва анастомоза, подтвержденная рентгеноскопией желудка, наблюдалась у одного больного (2,3%), желудочно-ободочный свищ — у 2 (4,6%), один из них оперирован повторно.

Итак, по нашим данным, гастроэнтеростомия дает несравненно худшие результаты, чем резекция желудка. Гастроэнтеростомия должна иметь ограниченные показания и производиться в тех случаях, когда из-за больших технических трудностей или из-за резкого истощения (ослабления) больного производство резекции желудка рискованно.

Б. З. Сухоруков (Казань). О диагностике и терапии туберкулеза языка

По данным ряда авторов, туберкулез языка встречается от 0,2 до 1% по отношению к легочному туберкулезу. Считают, что туберкулез языка встречается в 10 раз реже, чем рак языка. Мужчины болеют в 5 раз чаще, чем женщины.

Мы наблюдали в клинике хирургии и онкологии Казанского ГИДУВа с 1935 г. по 1955 гг. 29 больных туберкулезом языка (5 женщин и 24 мужчин).

27 чел. были в возрасте от 30 до 60 лет, один — 28 лет и один — 72 лет. У 4 больных диагностирована открытая форма туберкулеза легких с выделением туберкулезных палочек, у 25 — закрытая форма.

Туберкулез языка у этих больных был результатом диссеминации туберкулезной инфекции.

Поражение боковой стороны языка было у 22 больных, у 6 язва находилась на спинке языка и у одного — на корне. Частой формой поражения была язва. У 6 больных поражение было в виде глубокой трещины с лучистой разветвленностью, у трех множественные язвы. Размер поражения колебался от 1 до 3 см в диаметре. Длительность процесса была от 3 до 6 месяцев.

Туберкулезное поражение языка представляет значительную трудность в смысле диагностики. При этом надо иметь в виду эрозию или язву, возникшую в результате травмы острыми краями зубов. Туберкулезная язва языка отличается хроническим, вялым течением. Язва или трещина болезненны при пальпации. Часто располагаются на боковой поверхности языка. Сама язва имеет рваные, подрытые края, неправильной формы, с незначительной инфильтрацией, умеренной гиперемией, края и дно не плотные, что и отличает ее от раковой язвы. Для уточнения диагноза необходимо ставить реакцию Вассермана и производить биопсию.

Реакция Вассермана ставилась 22 раза. Биопсия производилась у 27 больных. В двух случаях мы приняли туберкулезное поражение языка за раковое, хотя у больных имелся легочный процесс. Клиническая картина указывала на раковый процесс, с регионарными метастазами. Гистологическое исследование взятого кусочка язвы показало туберкулезное поражение.

Хирургическое иссечение язвы в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием было основным лечебным мероприятием. У 2 больных проводилась тканевая терапия методом аппликации; у 6 применение антибиотиков и поверхностная электрокоагуляция дали хорошие результаты. При многолетнем наблюдении за больными мы не отмечали рецидива.

Б. А. Цайг и Д. Е. Ходаков (Куйбышев-обл.). К лечению переломов надколенника

Нами изучены 64 больных из разных лечебных учреждений (1951—1957 гг.).

Причины — уличная травма (33), бытовая травма (15), производственная (8), транспортная (7) и спортивная (1).

По характеру перелома: оскольчатый перелом (28), поперечный (26). Краевой перелом (6) и вертикальный совсем редко (1). Не уточнен перелом у 3; открытых переломов было 3. В связи с определением характера перелома не всегда можно базироваться только по рентгенограмме или, тем более, на ее описании рентгенологом.

25 больных подверглись оперативному вмешательству при открытых переломах и при расхождении отломков более 2 см. Было произведено полное иссечение надколенника у 2, частичное — у 4. У 10 были наложены кисетные перипателлярные швы шелком, у 1 — такой же шов металлической проволокой. У 6 больных отломки были сближены отдельными кетгутовыми или шелковыми швами за мягкие ткани с ушива-