

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-

нием боковых связок, и у 2 наложены шелковые швы через кость. В 11 случаях применен разрез Текстора, в 8 случаях вертикальный, по передней поверхности, и у остальных боковые, S-образные. После операции сустав фиксировался задней гипсовой лонгетой или циркулярной повязкой. Иногда нога укладывалась на функциональную шину Шулуто или Ланда в разогнутом положении.

При консервативном лечении у 28 больных в первые дни удалялась кровь с введением в полость сустава раствора пенициллина. При повторном накоплении жидкости производились новые пункции. 10 больным накладывались гипсовые повязки, и 29 лечились на функциональной шине, с легким липкопластырным вытяжением за голень, а после ликвидации гемартроза им назначалась лечебная физкультура.

Всего удалось осмотреть повторно 29 больных. Почти у каждого шестого из проверенных результат был неудовлетворительным. У всех отсутствовало костное сращение отломков. Причина, по-видимому, кроется в недостаточно тщательной адаптации отломков.

При контрольном осмотре больных обнаружено, что только у 5 не изменилась конфигурация коленного сустава. У остальных окружность сустава оказалась увеличенной от 1 до 3 см. У 22 чел. обнаружена атрофия мышц бедра на 1—2 см, а у 3, при отсутствии сращения отломков, даже на 3—4 см.

Ограничение движений в коленном суставе из числа повторно осматриваемых (помимо разобранных) отмечено еще у 10. В этой группе из 5 лечившихся консервативно двое отказались от операции, и отломки у них срослись неправильно. У одной больной с оскольчатым переломом и значительным смещением так же наступило неправильное сращение. Из оперированных у 3 пожилых людей имелся оскольчатый перелом. Одному из них произведено частичное удаление надколенника.

Ограничение движений в коленном суставе и медленное их восстановление после перелома надколенника мы объясняем накладыванием больным гипсовых повязок как при консервативном, так и при оперативном лечении. Этот вид иммобилизации задерживает раннее начало лечебной физкультуры. Лучший результат получается при лечении на функциональной шине с липкопластырным вытяжением.

Средняя продолжительность пребывания на койке у оперированных равнялась 30 дням, а при консервативном лечении 22. Средняя нетрудоспособность (среди работающих) при оперативном лечении выразилась в 83 дня. Инвалидность из этой группы больных через 1 год имел 1 человек и через 3 года — 1. При консервативном лечении среднее время нетрудоспособности равнялось 60 дням, инвалидов не было.

Л. Н. Молчанов и А. И. Громов (Казань). Апоплексия яичника при остром аппендиците

Дооперационная диагностика разрыва яичника представляет большие трудности. Чаще заболевание распознается при операции по поводу острого аппендицита, картину которого дает болевая форма разрыва яичника. При вскрытии брюшины, а иногда только при контроле на гемостаз, после аппендэктомии, находят поступление крови из малого таза, а дальнейшая ревизия позволяет обнаружить апоплексию. Реже, при анемической форме разрыва яичника, когда на передний план выступают симптомы внутрибрюшного кровотечения, больных оперируют с диагнозом внematочной беременности.

В клинике неотложной хирургии Казанского ГИДУВа за 2 года (1955—56) апоплексия яичника наблюдалась у 17 больных из 1529 аппендэктомий, проведенных у женщин, что составляет 1,1%. Все больные доставлены врачами скорой помощи с диагнозом «острый аппендицит» в сроки до 3 час.— 5 чел., до 6 час.— 3 чел., до 24 час.— 9 чел.

У 13 больных в клинике был диагностирован острый аппендицит, у двух — острый аппендицит и внematочная беременность, у одной — внematочная беременность и еще у одной — разрыв яичника.

Внезапное начало среди полного здоровья, боли постоянного характера с локализацией в правой подвздошной области, иногда иррадиирующие в поясницу, в промежность, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, наблюдались у большинства больных.

У 6 больных отмечалась бледность кожных покровов. АД было несколько пониженным (100/55; 90/60; 80/60). Живот был правильной формы, при пальпации в правой подвздошной области отмечалась резкая болезненность и незначительная ригидность, даже при левосторонних апоплексиях яичника. Симптом Шеткина — Блюмберга во всех случаях был выражен. Дисменорея имела у 4 больных, расстройство мочеиспускания — у 3, кровянистые выделения из влагалища — у одной больной. Изменений в моче не наблюдалось.

Нв в одном случае снизился до 50%, в остальных колебался от 75 до 90%. Лейкоцитоз от 9 000 до 15 000 отмечен у 9, у остальных — количество лейкоцитов колебалось от 5 000 до 9 000.

У 15 больных апоплексия яичника наступила в возрасте от 18 до 45 лет, то есть в менструальный период жизни, у одной — в доменструальном и у одной — в климактерическом периоде.

Все 17 больных оперированы. Сроки операции от начала заболевания: до 6 час.— у 5 чел., до 12 час.— у 4, до 24 час.— у 7. В 14 случаях применялся разрез Волкови-