

щину молодого возраста. При этом в патогенезе заболевания выявляются такие факторы риска, как отягощенный гинекологический анамнез (возможно, из-за снижения эстрогенной защиты) и применение пероральных контрацептивов. В то же время диагноз ИМ (особенно у молодых) требует тщательной верификации и дифференцирования с другими патологическими состояниями (миокардиодистрофии, врожденные аномалии сердца, пороки и т. д.), которые нередко сопровождаются кардиальгическим синдромом и инфарктоподобными изменениями на ЭКГ.

УДК 616.12—001.4—089.814

З. А. Шабаев, А. В. Слепцов (г. Нурлат, РТ). Лечение ранений сердца в сельской районной больнице

Мы располагаем некоторым опытом успешного лечения ранений сердца. Так, за последние 5 лет нами были произведены четыре успешные операции по поводу ранений сердца.

З., 28 лет, доставлен в больницу 07.07.1988 г. через 30 минут после ножевого ранения в крайне тяжелом бессознательном состоянии. АД не определяется, тоны сердца практически не выслушиваются.

Объективно: в области между грудиной и соском слева, в четвертом межреберье — резаная рана (5×1 см), расположенная продольно. В глубине раны — пульсирующая гематома. Больному начата внутривенная инфузия в две вены. Под интубационным комбинированным наркозом произведена торакотомия в четвертом межреберье по ходу раневого канала с пересечением V ребра. В плевральной полости выявлено около 1500 мл свежей крови со сгустками, в нижней половине перикарда — рана (3×1 см), из которой толчками пульсирует кровь. Перикард рассечен продольно по передней поверхности по ходу его раны; на передней поверхности правого предсердия — рана ($1,5 \times 1,2$ см), из которой струей вытекает кровь. Рана ушита тремя шелковыми швами.

На перикард наложены ситуационные швы, из плевральной полости удалена кровь. В седьмом межреберье позади подмышечной линии введена дренажная трубка. После расправления легкого наркозным мешком рана послойно ушита наглухо. Последующее расправление легкого осуществлено дренажем по Бюлоу. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан 04.08.1988 г. В последующие годы за помощью не обращался, успешно справляется с работой шофера.

С., 43 лет, поступил в ЦРБ 27.09.1991 г. в крайне тяжелом бессознательном состоянии. Пульс и АД не определяются в области проекции сердца; в третьем межреберье по срединно-ключичной линии — две резаные раны ($2 \times 0,5$ см). Прооперирован по поводу проникающего ранения грудной клетки и повреждения сердца. Внутривенно струйно введены полиглюкин, противошоковая жидкость. Операция начата под местной анестезией; по ходу операции дан интубационный комбинированный наркоз и произведена торакотомия в четвертом межреберье. В плевральной полости — около 1800 мл жидкой крови со сгустками, 1000 мл которой после фильтрации через марлю залили во флакон с глюкоцином и пере-

лили болному. По передней поверхности перикарда обнаружена рана (2×1 см), в области правого предсердия — две раны ($1,5 \times 0,3$ см) на расстоянии 0,5 см. Наложены три шелковых шва с захватом обеих ран. Осушена плевральная полость. После расправления легкого к синусу подведена дренажная трубка, рана ушита наглухо. Выписан 24.10.1991 г. Последующее наблюдение не проводилось (больной иногородний).

П., 27 лет, доставлен фельдшером ФАП 09.10.1991 г. через один час после ранения ножом. Пострадавший в тяжелом состоянии, кожа бледная, покрыта холодным потом. Частота пульса — 140 уд. в 1 мин. АД — 5,3 кПа. В четвертом межреберье по среднеключичной линии — резаная рана ($2 \times 1,5$ см), из которой струей вытекает кровь. С учетом локализации раны и тяжелого состояния больной взят в операционную, где начата внутривенная инфузия противошоковой жидкости. Под интубационным комбинированным наркозом произведена торакотомия по пятому межреберью. В плевральной полости обнаружено около 1600 мл жидкой крови со сгустками, в нижнем отделе перикарда — рана (2×1 см). Выполнена перикардотомия; на левом желудочке на 3 см выше верхушки расположены сквозные отверстия до 1,5 см, из которых пульсирует кровь. На рану наложены четыре шелковых шва, перикард ушит редкими швами. При ревизии легкого в нижней доле выявлена рана (2 см), из которой также выделяется жидкая кровь, наложен восьмиобразный кетгуттовый шов. Из восьмого межреберья плевральная полость дренирована резиновой трубкой. На диафрагме обнаружена рана до 2 см, которая ушита. Легкое расправлено, рана ушита наглухо. Операция продолжена срединной лапаротомией с ушиванием проникающего ранения стенки желудка. Рана ушита двухрядным швом. Выполнены санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без особенностей, выписан 01.11.1991 г. После операции за помощью не обращался, профессию не менял, работает электриком в колхозе.

К., 24 года, поступил в ЦРБ 07.11.1992 г. Доставлен фельдшером ФАП через 1,5 часа после ножевого ранения в левую половину грудной клетки. Состояние больного тяжелое. Частота пульса — 104 уд. в 1 мин. АД — 10,7/5,3 кПа. Возле левого соска имеется резаная рана ($2 \times 0,4$ см), края ровные, не кровоточит. Аускультативно тоны сердца глухие. Перкуторно притупление легочного звука слева. Больной взят в предоперационную для проведения интенсивной терапии. После интубации у него наступила остановка сердечной деятельности. Срочно произведены торакотомия по пятому межреберью, перикардотомия. По вскрытию перикарда из него извлечены сгустки крови; проведен прямой массаж сердца, после восстановления сердечной деятельности операция продолжена. Рана левого желудочка ($2 \times 0,5$ см) ушита двумя узловыми шелковыми швами. В плевральной полости обнаружено около 1500 мл жидкой крови, из которой около 1000 мл перелито больному. На перикард наложены редкие швы. Плевральная полость осушена, дренирована из восьмого межреберья; после расправления легкого рана ушита наглухо. Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписан 24.11.

1992 г., профессию не меняя, работает слесарем на заводе, за медицинской помощью не обращался, жалоб не предъявляет.

Успешное лечение ранений сердца в условиях сельской районной больницы стало возможным благодаря развитию сети скорой медицинской помощи в районе, ее техническому обеспечению, совершенствованию анестезиологической и реанимационной служб, круглосуточному дежурству врачей-хирургов и анестезиологов в стационаре ЦРБ. Техника проведения данных операций несложна, но требует экстренности.

Примечание редакции. Обращаем внимание на то, что на раны сердца предпочтительно накладывать П-образные швы. Хирургические отделения ЦРБ должны иметь атрауматический шовный материал для экстренных случаев подобного рода.

УДК 616.33—006.441

А. Н. Сошин (г. Йошкар-Ола). Солитарная злокачественная лимфома желудка

В настоящее время возможности своевременной диагностики злокачественных лимфом желудка значительно возросли, что объясняется достижениями в практике хирургического, лучевого и медикаментозного лечения. При этом следует учесть, что прогноз при изолированных лимфомах желудка лучше, чем при раке, и период продолжительности жизни после своевременного лечения более значителен.

Среди злокачественных образований желудочно-кишечного тракта лимфомы составляют 1—3%. Особенно сложна диагностика изолированного поражения желудка, когда опухоль первоначально развивается только в этом органе. Нередко она имитирует рак желудка, язвенную болезнь, что во многом объясняется отсутствием специфических кли-

нико-лабораторных и рентгенологических признаков.

Приводим наши наблюдения.

К., 35 лет. На стационарное лечение поступил в сентябре 1991 г. по поводу впервые выявленной язвенной болезни желудка. Болен в течение полугода, жалуется на боли в эпигастрии, иррадиирующие в область сердца, и на слабость.

За месяц до поступления на лечение при рентгенологическом обследовании у больного был заподозрен рак желудка; при гастроскопии в нижней трети тела желудка по большой кривизне определена хроническая язва диаметром до 3 см, требующая морфологической оценки. Биопсия не выявила злокачественного процесса.

При повторной гастроскопии с биопсией, проведенной во время пребывания в стационаре, обнаружена хроническая прогрессирующая язва желудка. Консервативное лечение в течение полутора месяца оказалось безуспешным. Дополнительная биопсия показала скопление молодых лимфоидных элементов (пролимфоцитов, лимфобластов) и множества клеток, готовящихся к лизису. На основании результатов цитологического и гистологического анализов высказано предположение о злокачественности лимфомы желудка.

В декабре 1991 г произведена лапаротомия. В нижней трети тела желудка по большой кривизне обнаружен плотный инфильтрат с кратерообразным углублением. Серозная оболочка в области инфильтрата не изменена. Выполнены гастротомия, экспресс-биопсия опухоли. Заключение гистологического исследования: лимфоцитарная лимфома.

Произведена резекция $\frac{2}{3}$ желудка. Послеоперационный период протекал без осложнений. Проведены 3 курса химиотерапии. Наблюдается в течение двух лет. Самочувствие хорошее, рецидива и метастазов опухоли не обнаружено.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 61:368.4(470.323)

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ

В. П. Рассанов

Министерство здравоохранения Республики Марий Эл

В 1989—1992 гг. в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения СССР медицинские учреждения Республики Марий Эл осуществили переход на новые условия хозяйствования. В ходе реализации Положения о новом хозяйственном механизме были отработаны принципы ценообразования и рекомендации по расчету тарифов на медицинские услуги, условия бюджетного финансирования

учреждений здравоохранения городов и районов по дифференцированным половозрастным нормативам, система оплаты центральными районными больницами консультативно-диагностической помощи больным в республиканских и йошкар-олинских городских больницах и диспансерах.

В эти годы в системе здравоохранения республики были созданы стандарты качества и объемов медицин-