

щения отломков; забрюшинная гематома; ушибленные раны мягких тканей левого плечевого сустава и правой паховой области, шок III степени.

В течение первых двух суток проводили противошоковую терапию: покой, холод на голову, переливание крови и противошоковой жидкости, подкожное переливание 5% раствора глюкозы с витаминами В₁, В₁₂, кровоостанавливающие средства, увлажненный кислород.

После некоторого улучшения общего состояния больной произведена первичная хирургическая обработка ран мягких тканей левого плечевого сустава и правой паховой области с последующим наложением глухих швов.

При люмбальной пункции получен ликвор с примесью крови, вытекающий под давлением 180 мм водяного столба. Выведено 10 мл ликвора, введено 15 см³ кислорода интратюмбально.

Последующее лечение включало внутривенное капельное введение 5% раствора глюкозы, раствора Рингера; сердечно-сосудистые средства, по показаниям — строфантин с глюкозой; хлористый кальций, викасол, антибиотики.

Состояние девочки в течение первых двух суток оставалось крайне тяжелым.

На 3-и сутки появился глотательный рефлекс. Остальные рефлексы отсутствовали. Адинамия. АД 105/65. Непроизвольное отхождение мочи и кала. В последующем нарастают признаки общего истощения и резко выраженной анемии (Э.—1 780 000, Гем.—6,6 г%). Моча без патологии. Продолжали вводить плазму, кровь, жидкости. Отоларингологом диагностирован правосторонний травматический отит, окулистом отмечено побледнение сосков зрительного нерва и сужение артерий сетчатки.

Через 8 дней после травмы появилась гипертермия, в связи с чем усилили дегидратационную терапию, стали вводить амидопирин, проводили физическое охлаждение.

Питание больной осуществлялось через зонд. Через каждые 3—4 дня ей переливали кровь и плазму.

Через 21 день наметились первые признаки улучшения общего состояния. Больная начала стонать, открывать глаза, затем реагировать на окружающее. Но сознание оставалось спутанным.

10/V 1968 г. появился глотательный рефлекс и возможность кормить девочку через рот жидкой пищей. Лишь через 36 дней с момента травмы девочка начала произносить отдельные слова. Отхождение кала и мочи стало произвольным.

В дальнейшем проводили общеукрепляющее лечение, в том числе ЛФК и массаж. Движения в левых конечностях постепенно восстановились. Через два месяца больная начала ходить, вначале с посторонней помощью, а затем самостоятельно. Через 67 дней девочка выписана в хорошем состоянии. Поведение ее правильное. Речь восстановилась. Через 3 месяца после травмы девочка пошла в школу, учится успешно.

УДК 616—001.4—616.24—616.11—616.12

В. П. Поляков и А. И. Пучиньянц (Куйбышев-обл.). Множественные инородные тела легкого, перикарда и сердца

М., 31 года, поступил в хирургическое отделение 23/V 1967 г. с диагнозом: инородные тела (иглы) в левом легком и сердце, стенокардия. При поступлении жаловался на одышку при физической нагрузке, боли в области сердца с иррадиацией в плечо и лопатку слева, возникающие при малейшем напряжении, сердцебиение, слабость.

В 1962 г. с суицидальной целью М. ввел в левую половину груди (в область сердца) несколько швейных игл. Остался жив, был помещен в стационар, где длительно лечился, но операцию в то время не предлагали. Больного долго беспокоили боли в груди, которые со временем притупились, но совсем не проходили, усиливаясь при физической нагрузке.

В последние 2 года состояние его ухудшилось: появилась одышка, усилились и стали более продолжительными боли в области сердца. Больной длительно лечился от стенокардии, но коронарорасширяющие средства эффекта не оказывали. Был направлен в хирургическое отделение для решения вопроса об оперативном лечении.

При объективном исследовании никакой патологии, кроме глухости сердечных тонов, не отмечено. Пульс 74. АД 100/80. На ЭКГ изменений, свидетельствующих о коронарной недостаточности, нет. При рентгенологическом исследовании видны иглы в левом легком и сердце. Судя по снимкам, сделанным в прямой и боковой проекциях, одна игла сломана, и оба ее отломка расположены в мягких тканях грудной стенки, 4 иглы видны в легком в проекции язычковых сегментов, а 2—в проекции тени левого желудочка сердца.

29/V 1967 г. под интубационным наркозом произведена торакотомия передне-боковым доступом в 5-м межреберье слева (В. П. Поляков). При рассечении межреберных мышц обнаружены и удалены оба отломка иглы, находившиеся в мягких тканях. Плевральная полость оказалась полностью облитерированной. При выделении легкого из сращений пальпацией установлено наличие 4 игл в язычковых сегментах. Все иглы удалены простым извлечением, так как воспалительных и склеротических изменений вокруг них в легочной ткани не было. Обнаружена игла, замурованная в перикарде. Последний продольно рассечен кпереди от диафрагмального нерва. Установлено, что конец упомянутой иглы проникает в полость перикарда и упирается в сердечную мыш-

цу, которая в этом месте имеет белесоватый цвет. Игла удалена. Верхушка сердца фиксирована к перикарду рубцовыми тяжем диаметром около 1,5 см. Тяж рассекли, что заметно улучшило сердечную деятельность. При ощупывании сердца в области рассеченного сращения обнаружена игла в толще миокарда. На верхушку сердца наложены 2 шелковых держалки, между которыми миокард рассечен, пинцетом извлечена игла. На разрез миокарда наложен один шелковый шов. Сделано «окно» в нижне-заднем отделе перикарда. Перикард ушит редкими швами. Введены антибиотики, плевральная полость дренирована в 8-м межреберье. Для улучшения питания сердечной мышцы произведена перевязка левой внутренней грудной артерии, после чего рана грудной клетки ушита наглухо. Продолжительность операции — 50 мин.

Послеоперационный период протекал гладко. Дренаж извлечен на вторые сутки. Рана зажила первичным натяжением. Боли в области сердца после операции не повторялись. Через год состояние М. хорошее, жалоб нет. Он занимается физическим трудом.

УДК 616—001.4—616.61—616.36

М. П. Беляев и Л. И. Захарова (Электросталь). Пулевое комбинированное ранение правой почки и печени

Г., 20 лет, доставлен в хирургическое отделение 8/II 1963 г. через 30 мин. после пулевого ранения правой половины грудной клетки. При поступлении состояние тяжелое, боли в животе, рвота без примесей крови. Пульс 82, удовлетворительного наполнения, АД 115/77. В области 10-го межреберья справа по передней подмышечной линии рана 1,0×1,0 см (входное отверстие), вторая (выходное отверстие) — справа в верхнем отделе поясничной области, с неровными краями, размером 4×4 см; из нее вытекает струей кровь. Живот напряжен, не участвует в акте дыхания, болезнен. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. В правой половине живота притупление. Больной не мочится. Выпущенная катетером моча интенсивно окрашена кровью.

Гем. 75 ед. Э.—380 000, Л.—23 300, ю.—0,5%, п.—17,5%, с.—72%, л.—5%; м.—5%, РОЭ 32 мм/час. Удельный вес мочи 1 030, цвет кровавый, белка 6,6%, лейкоцитов 10—15 в поле зрения, эритроциты в большом количестве, свежие и выщелоченные.

Большого оперировали под интубационным эфирно-кислородным наркозом. Справа разрезом С. П. Федорова через поясничную рану вскрыли забрюшинное пространство. Верхне-наружный край правой почки разможен; на передней поверхности почки рана, идущая через толщу ее до лоханки; почка декапсулирована гематомой. Кровотечение остановили путем наложения кетгутовых швов на рану почки и лоханку, подвели дренаж и тампон. После этого вскрыли брюшину. В брюшной полости — умеренное количество крови; ее удалили салфетками. Обнаружено ранение правой доли печени: участок печени 6×10 см оторван и держится на узкой ножке размером 1×1,5 см. Произведена частичная резекция печени с наложением кетгутовых матрачных швов и перитонизацией сальником, резекция конца XII ребра (ввиду многооскольчатого перелома его). Операционная рана послойно ушита до тампона и дренажа. Рана входного отверстия тоже обработана. Операция сопровождалась капельным переливанием крови и полиглюкина.

В первые шесть суток состояние больного оставалось тяжелым. Повязка в поясничной области обильно промокала кровавой мочой. На 8-й день количество выделяемой мочи по дренажу уменьшилось. Тампон удален на 8-й, а дренаж — на 16-й день.

Г. осмотрен через 3 года, состояние удовлетворительное.

УДК 616.34—007.43—031:611.26

Ж. Х. Васильев (Казань). К распознаванию ущемленных диафрагмальных грыж

Диафрагмальные грыжи относятся к редким и трудно диагностируемым заболеваниям.

Приводим наше наблюдение.

Г., 34 лет, доставлен в клинику 13/I 1964 г. в 0 час. 45 мин. с жалобами на постоянные боли в животе, особенно вокруг пупка, тошноту. Утром был скудный стул. Заболел внезапно 12/I около семи часов вечера. Почувствовал резкую боль в животе, слабость, тошноту. Была однократная рвота. Часа за 2 до возникновения болей ел колбасу и пил пиво. Т° 36,5. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые. Пульс 100, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. Живот болезнен в окружности пупка, где определяется мышечное напряжение.

Рентгеноскопия органов брюшной полости. Свободного газа нет, множество «чаш» Клейбера ниже пупка, больше справа.

У больного заподозрена непроходимость кишечника. Сифонная клизма и двухсторонняя паранефральная новокаиновая блокада по А. В. Вишневному не улучшили состояние больного. От операции большой категорически отказался.

В 4 часа боли резко усилились. Больной согласился на операцию.

В 4 часа 45 мин. произведена лапаротомия. Разрез срединный, с обходом пупка слева. Обнаружены заворот тонкого кишечника на 180° вокруг корня брыжейки, инвагинация тонкой кишки в слепую на участке 12 см. После раскручивания и дезинвагина-