

цу, которая в этом месте имеет белесоватый цвет. Игла удалена. Верхушка сердца фиксирована к перикарду рубцовым 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 матражных 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 состояния 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 больной 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-