

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 матрацных 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-

ции кишечника принял нормальную окраску. Оператор решил, что источник заболевания устранен, и ревизии толстого кишечника не сделал.

14/1 в 10 час. состояние больного ухудшилось. Жалуется на боли в грудной клетке, кашель. Пульс 120. Слева дыхание слабо прослушивается. Живот вздут. После гипертонической клизмы частично отошли газы. Физикальные явления в легких расценены как левосторонняя пневмония, назначено соответствующее лечение.

15/1 и 16/1 состояние больного средней тяжести, боли в груди несколько уменьшились. Дыхание слева остается ослабленным. Газы не отходят, стула не было. Была однократная рвота.

17/1 и 18/1, несмотря на все принимаемые меры (клизмы, гипертонический раствор, карбохолин с прозергином, нибуфин), стула и газов не было.

19/1 состояние больного резко ухудшилось. Живот сильно вздут. Симптом Щеткина отрицательный. Язык сухой, черты лица заострились.

Ввиду прогрессирующего ухудшения состояния больного по рекомендации консилиума произведена релапаротомия. При ревизии органов брюшной полости обнаружено, что селезеночный угол поперечно-ободочной кишки ущемлен в щелевидном отверстии $5 \times 1,5$ см задней полуокружности диафрагмы в пояснично-реберном пространстве Бохдалека. Ущемленная часть, составляющая треть просвета кишки, некротизирована и расплавлена. В плевральной полости каловые массы.

Ввиду тяжелого состояния больного после резекции некротизированного участка решено ограничиться наложением толстокишечного свища, ушиванием отверстия в диафрагме и раздельным дренированием грудной и брюшной полости после предварительного тщательного туалета полостей раствором фурацилина, антибиотиками.

После операции состояние больного не улучшилось, на фоне разлитого перитонита нарастают явления интоксикации, и, несмотря на принятые меры (сердечные, антибиотик, гемотрансфузии, физраствор, глюкоза), 22/1 больной скончался.

Патологоанатомический диагноз: состояние после операции заворота тонкого кишечника и инвагинации, левосторонней ущемленной ложной диафрагмальной грыжи, осложненной некрозом стенки поперечно-ободочной кишки, гнойным плевритом, фибринозно-гнойным перитонитом. Резекция толстого кишечника, наложенный свищ поперечно-ободочной кишки, контрапертуры в боковых отделах живота, торакотомия, дренажи плевральных полостей слева.

УДК 616.411—089.87—616—06

Канд. мед. наук И. И. Ключев, С. И. Цибисов и В. Н. Саушев (Саранск). Осложнение после спленэктомии

Среди оперативных методов лечения тромбфлебитической спленомегалии наиболее распространенным является спленэктомия. Однако проблема профилактики и лечения осложнений, связанных со спленэктомией, все еще не решена.

Мы наблюдали 9 больных с тромбфлебитической спленомегалией, подвергшихся спленэктомии. При поступлении у всех больных селезенка была увеличена, клинически выраженные изменения со стороны печени отсутствовали; почти у всех выявлена лейкопения, тромбопения и анемия.

Перед операцией, как правило, больным повторно переливали кровь. Спленэктомию производили обычно под интубационным обезболиванием с применением релаксантов.

В послеоперационном периоде у одной больной развилось тяжелое осложнение, которое потребовало повторного хирургического вмешательства и в последующем лечения антикоагулянтами.

Больная поступила 5/1 1967 г. с тромбфлебитической спленомегалией. Увеличение селезенки обнаружилось 3 года назад, после родов. В последнее время стали беспокоить боли в животе, больше в левом подреберье, появилась общая слабость, субфебрильная температура, ухудшился аппетит, началось похудание.

Дыхание везикулярное. Границы сердца в пределах нормы, тоны глухие, систолический шум на верхушке. АД 120/70. Печень не увеличена, край ее мягкий, безболезненный. Селезенка на уровне пупка, плотная, слегка болезненна.

Гем. 6,8 г%, Э.—2 920 000, Л.—9200, тромбоцитов 100 000, РОЭ 54 мм/час., кровоточность по Дюке 2,5 мин., свертываемость по Мас-Магро 12 мин., билирубин 0,5 мг%, остаточный азот 30 мг%, протромбин 100%. Кривая сахара крови при нагрузке глюкозой нормальна.

Спленеограмма: на всех снимках до 8 сек. заполнение портального русла не определяется, видно депо контрастного вещества в пульпе селезенки.

Клинический диагноз: тромбфлебитическая спленомегалия.

22/II 1967 г. произведена спленэктомия под интубационным обезболиванием с релаксантами.

При выделении селезенки из сращений было значительное кровотечение. Заранее начатое переливание крови позволило благополучно закончить операцию.

При патогистологическом исследовании селезенки обнаружено утолщение стенок кровеносных сосудов, тромбоз просветов вен, гиперплазия красной пульпы.

В послеоперационном периоде температура 38—39°. Лечение антибиотиками и антикоагулянтами. На 12-й день состояние ухудшилось, появились тупые боли в животе.