

Развившаяся картина свидетельствовала о разрыве межжелудочковой перегородки. 12/IV-60 г. больная скончалась.

Клинический диагноз: Атеросклероз аорты, коронарных сосудов. Инфаркт передне-боковой стенки левого желудочка. Перфорация межжелудочковой перегородки. Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Патологоанатомический диагноз: Общевыраженный атеросклероз. Склероз аорты, коронаро-кардиосклероз. Обширный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка с переходом на межжелудочковую перегородку и прободение ее.

О., 74 лет, доставлена 12/VI-61 г. на 4 день заболевания в тяжелом состоянии с жалобами на колющие боли за грудиной, боли в эпигастральной области без иррадиации, резкую одышку.

Боли появились после физической нагрузки, сопровождались чувством «страха смерти». 8/VI-61 г. врачом скорой помощи были диагностированы гипертоническая болезнь и пищевое отравление. 12/VI участковый врач диагностировал инфаркт миокарда. Стенокардитические боли у больной отмечались и раньше, но за врачебной помощью она не обращалась.

Сознание ясное, положение вынужденное — сидит в постели. Беспокойна, временами кричит от усиливающейся боли. Кожные покровы бледны, акроцианоз. Верхушечный толчок не определяется. У грудины пальпируется систолическое дрожание. Границы сердца увеличены влево. В V и IV межреберьях слева от грудины выслушивается грубый, дующий систолический шум. Пульс 120, ритмичный, слабого наполнения. АД — 90/60. Дыхание — 38. Печень не пальпируется.

На ЭКГ картина свежего задне-бокового инфаркта с вовлечением межжелудочковой перегородки, левограмма, замедление атриовентрикулярной проводимости.

13/VI Л. — 11 000, РОЭ — 20 мм/час. 16/VI Л. — 8700, РОЭ — 35 мм/час. Температура субфебрильная.

Несмотря на лечение: наркотики, эуфиллин внутривенно, пелентан, строфантин внутривенно, кардиолин, кофеин, ингаляции кислорода, состояние больной оставалось тяжелым: боли, одышка, тахикардия, АД — 90/50. На ЭКГ изменения держались стойко. Появилась и быстро нарастала недостаточность сердца по правожелудочковому типу. 22/VI-61 г. больная скончалась.

Клиническая картина и данные ЭКГ позволили поставить диагноз: свежий инфаркт миокарда левого желудочка с выраженными изменениями в межжелудочковой перегородке и нарушением проводимости. Грубый систолический шум у грудины, «кошачье мурлыканье» и быстрое нарастание сердечно-сосудистой недостаточности свидетельствовали об осложнении инфаркта миокарда разрывом межжелудочковой перегородки.

На вскрытии обнаружен свежий инфаркт задне-боковой стенки левого желудочка с вовлечением межжелудочковой перегородки и ее перфорацией.

Поступила 20 декабря 1961 г.

## ПРИМЕНЕНИЕ СЫВОРОТКИ Н. Г. БЕЛЕНЬКОГО ПРИ ГЕМОСТАЗЕ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ

*Е. П. Архипов, Г. М. Кузнецов*

Хирургическое отделение (зав. — Г. М. Кузнецов) 2-го больнично-поликлинического объединения Бугульмы (главврач — А. П. Щекотоло)

Современное представление о свертывании крови основано на теории А. Шмидта. Суть процесса свертывания крови сводится к тому, что под влиянием воздействия тромбопластина (тромбокиназы) и ионов кальция протромбин крови превращается в активный фермент — тромбин, который вызывает переход глобулярного белка фибриногена в волокнистый по структуре белок — фибрин с образованием тромба.

В последние годы установлено (Д. М. Зубаиров, Б. А. Кудряшов), что превращение протромбина в тромбин может происходить под воздействием внешней (тканевой тромбопластин) и внутренней активирующих систем (кровяная тромбокиназа). Факторы внутренней активирующей системы (факторы V, VIII, IX, X, XI, XII, кальция, тромбоцитарный фактор 3) содержатся в крови. Часть из них стабильна и хорошо сохраняется в сыворотке крови: факторы IX, X, XI, XII. Кроме того, в сыворотке сохраняется активным и тромботропин, нужный для превращения неактивной протромбокиназы тканей в активную тромбокиназу (Б. А. Кудряшов и сотрудники).

Наличие в сыворотке крови факторов свертывания натолкнуло нас на мысль применить ее для гемостаза при операциях. Нами использована смесь раствора новокаина с сывороткой Н. Г. Беленького, которая готовилась непосредственно перед операцией путем смешения равных объемов сыворотки и 0,5% раствора новокаина. Приготовленная смесь используется одновременно для гемостаза и для местной инфльтрационной анестезии по А. В. Вишневному. Для гемостатического эффекта после инфльтрации анестезирующе-гемостатической смесью тканей мы выжидаем 5—10 мин, после чего

производим разрез. Эту смесь мы применяем с 1958 г. Операции, как правило, проходят бескровно, и лигировать приходится лишь крупные сосуды.

Иллюстрацией может служить следующее наблюдение.

У Г., 11 месяцев, гемангиома верхней губы. С момента рождения она быстро увеличилась в размерах и к 11 месяцам достигла величины  $1,5 \times 2$  см.

18/X-58 г. операция (Г. М. Кузнецов) под неглубоким гексеналовым наркозом с применением анестезирующе-гемостатической смеси. После инфльтрации смесью самой гемангиомы и тканей вокруг опухоли и под ней спустя 8 мин произведено радикальное иссечение опухоли. Операция прошла совершенно бескровно, без спешки, при хорошей видимости границ гемангиомы. Послеоперационное течение гладкое. Исход — выздоровление.

Мы оперировали с применением смеси не только по поводу гемангиом, но вводили и полостные операции у женщин во время месячных (острые аппендициты) и первичные хирургические обработки ран головы, лица, шеи.

Наблюдаемый при этом гемостатический эффект мы склонны объяснить следующим образом. Инфльтрация тканей анестезирующе-гемостатической смесью ведет к сдавливанию артериоло-капиллярной и венозной сети, к замедлению кровотока в ней и накоплению тромбоцитов. Вводимые при этом факторы свертывания, содержащиеся в сыворотке смеси, стимулируют процесс свертывания в силу активации образования тромбластина и усиливают тромбообразование артериоло-капиллярной и венозной сети в месте инфльтрации.

Осложнений от применения описываемой смеси мы не наблюдали. Возможно, наличие новокаина в смеси лишает сыворотку Беленького ее иногда наблюдаемых анафилактических свойств.

Выраженный гемостатический эффект, простота и доступность приготовления смеси — все это позволяет нам рекомендовать ее для применения с целью гемостаза при операциях по поводу гемангиом, операциях на обильно кровоснабжаемых областях (голова, лицо, шея) и в случаях, когда ожидается повышенная кровоточивость во время операции (например, при месячных). Наличие в сыворотках активаторов свертывания крови, по-видимому, делает возможным применить их для остановки кровотечения из ран гемофилика (инфльтрация тканей вокруг раны предлагаемой смесью, наложение давящей повязки, пропитанной смесью, на рану).

Задачей дальнейшего исследования является изучение сыворотки Н. Г. Беленького *in vitro*, а также использование гемостатических свойств других видов сыворотки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Зубаиров Д. М. Казанский мед. ж., 1959, 2; 1961, 2. — 2. Петров И. Р., Филатов А. Н. Плазмозамещающие растворы. М., 1958. — 3. Кудряшов Б. А. Проблемы свертывания крови и тромбообразования. М., 1960.

Поступила 3 февраля 1961 г.

## НЕРАСПОЗНАННОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В БРОНХЕ, ПРИВЕДШЕЕ К РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКОГО

М. М. Криворотова

Хирургическое отделение (зав. — М. М. Криворотова) Марийского республиканского противотуберкулезного диспансера (главрач — Т. В. Кордэ)

В январе 1962 г. в хирургическое отделение Марийского противотуберкулезного диспансера поступил больной С., 18 лет, с жалобами на частые кровохарканья, легочные кровотечения и умеренный кашель со значительным количеством гнойной мокроты.

В июне 1961 г. во время прогулки по полю он вдохнул ржаной колос. Кашель первое время не беспокоил, и больной считал, что колос был проглочен. Через 2 дня после этого поднялась температура до 40°. Диагностирован экссудативный плеврит. Экссудат рассосался самостоятельно. Рентгеноскопически определялось затемнение, которое трактовали как туберкулезный инфильтрат. По поводу туберкулеза легких больной лечился в санатории и стационаре диспансера в течение многих месяцев. Несмотря на активную антибактериальную терапию, общее состояние и рентгенологическая картина не улучшались. С сентября 1961 г. начались частые кровохарканья, дважды было легочное кровотечение. 14 декабря 1961 г. с целью гемостаза наложен пневмоперитонеум. Производились повторные переливания крови. Больной принял 50,5 стрептомицина, 292,5 фтивазида и 271,0 ПАСК.

Ввиду полной безуспешности терапевтического лечения больной был направлен в хирургическое отделение. При поступлении общее состояние неустойчивое, температура в отдельные дни субфебрильная, РОЭ — 15 мм/час, Л. — 8500, небольшой лимфоцитоз. В правом легком выслушивались непостоянные влажные и сухие хрипы.