

С. В. МЕЛЕЩЕНКО

Случай наложения швов на правое предсердие

Из клиники неотложной и военно-полевой хирургии (директор проф. Г. М. Новиков)
Казанского государственного института усовершенствования врачей имени
В. И. Ленина

Больной М-в А. П., 24 лет, слесарь, 1/IV 1938 г. был доставлен в клинику неотложной хирургии с диагнозом: ранение грудной клетки. Больной взят из вырезвителя, куда он был направлен милицией, подобравшей его в пьяном виде на улице. Получил ранение в драке с товарищем. Больной бледен, в полусознательном состоянии, беспокоен, мечется, стонет.

При осмотре в области левой половины груди обнаружена резаная рана $1\frac{1}{5}$ —2 см длиной, проходящая через левый сосок. Рана покрыта запекшейся кровью, не кровоточит. При пальпации в окружности раны определяется крепитация. Пульс еле просщупывается, нитевидный, частый. При перкуссии области сердца—тимпанит. Тоны сердца не выслушиваются.

Предположительный диагноз: ранение сердца. Решено больного оперировать, но в связи с тем, что в это время операционная была занята другой срочной операцией, к операции пришлось приступить только через 1 час. Таким образом с момента ранения до операции прошло около 3 часов. За время пребывания в клинике до операции положение больного мало изменилось: он несколько протрезвился, стал проявлять признаки большего сознания, стал менее беспокоен. Однако, бледность усилилась, больной покрылся холодным потом, дыхание участилось. Появилась сильная жажда.

Операция (д-р Мелещенко). После послонной инфилтратционной анестезии по Вишневскому края раны иссечены, и разрезом, доходящим до плевры, рана удлинена кнутри и кнаружи. Удлинено в том же направлении раневое отверстие в плевре. Послышался резкий присасывающий звук открытого пневмоторакса. Выделения крови из полости плевры почти не было. В целях улучшения доступа к сердцу произведена постоянная резекция 4-го и 5-го реберных хрящей и части ребер. К горизонтальному разрезу прибавлен еще вертикальный через все слои. Таким образом, получился разрез на протяжении 10—12 см. Рана расширена крючками, на перикарде обнаружено отверстие в 2—3 см, из которого сочилась кровь. После анестезии передней стенки перикарда отверстие его расширено. Из перикарда выделилось около 1 стакана крови со сгустками. Первоначально, после белого осмотра подлежащей поверхности сердца, ранение не было обнаружено, но после того как был снят марлевым тампончиком небольшой сгусток крови в области правого предсердия, оттуда фонтаном хлынула кровь. Быстро введенной в грудную клетку левой рукой сердце было охвачено сзади 4 пальцами, а спереди большим пальцем было прижато раневое отверстие, затем для наложения швов этой же рукой сердце было несколько подведено вперед. После этой манипуляции несколько ослабело кровотечение из раны. Рана длиной в $1\frac{1}{2}$ см, расположена на правом предсердии несколько выше коронарных сосудов. На середину раны наложен кетгутовый шов. При стягивании краев раны швом мышца стала прорезаться, и из уколов показалась кровь. Но бокам этого шва было наложено еще два кетгутовых шва. Кровотечение из раны остановилось, но из мест уколов кровь продолжала сочиться, в связи с чем было решено сверху наложить еще кисетный шов тонким кетгутом. Кровотечение совершенно остановилось. Частое сердцебиение не явилось особенным неприятствием при наложении швов, так как особого смещения сердца, придерживаемого левой рукой, не было.

После закрытия перикарда наглухо несколькими кетгутовыми швами, из плевральной полости марлевыми салфетками удалена скопившаяся там кровь. Рана грудной клетки послонной зашита наглухо. Тотчас после операции трансфузия 400 см³ консервированной крови. Пульс после операции и переливания крови стал значительно полнее и реже. Послеоперационный период осложнился развитием у больного гнойного ограниченного плеврита. Рана грудной клетки частично разошлась, некоторое время наблюдались явления открытого пневмоторакса. Через месяц рана закрылась вторичным натяжением. Больной обследован нами через год: он совершенно здоров,

ни на что не жалуется, выполняет свою обычную работу. Пульс 72—80 уд. в 1 мин. тоны сердца чисты, несколько глуховаты, границы не увеличены.

В мировой литературе насчитывается уже около 1000 случаев наложения швов на сердце. Большая часть этих операций сделана в нашем Союзе: по последней статистике Алипова, к 20-летию Октябрьской революции, — 238. Из этого общего числа на долю правого предсердия приходится не больше 15 случаев. Особенностью нашего случая является то, что операция от начала до конца проведена под местной инфльтрационной анестезией по Вишневскому и большой, несмотря на то, что он был в состоянии опьянения, лежал совершенно спокойно, без единого стога. Описание случаев, проведенных целиком под местной инфльтрационной анестезией по Вишневскому, я в доступной мне литературе не нашел. Второй особенностью этого случая я считаю простой метод, который применен мною для остановки кровотечения из уколов иглы при наложении швов. Обычно для этой цели прибегают к мышечной или жировой пластинке, мне же удалось прекратить кровотечение простым наложением кисетного шва. Для наложения швов я пользовался кетгутом, что впрочем произошло совершенно случайно (не было шелку); следует согласиться, несмотря на благоприятный исход в нашем случае, с теми авторами, которые стоят за наложение на сердце шелковых швов. Доступ к сердцу методом постоянной резекции ребер наша клиника считает методом выбора.

Поступила 2. X. 1939.

М. С. ЗНАМЕНСКИЙ

Случай шва сердечной раны

Из хирургического отделения (зав. кандид. мед. наук М. С. Знаменский) Краснокамской больницы Пермской области

Описываемый ниже случай — второй в моей хирургической практике. Первый ¹⁾ касается крепкого мужчины, раненного ножом в левый желудочек и оперированного через 5 часов после ранения. Рана левого желудочка была непрочиная. Швы на сердце. Глухой шов сердечной сумки и плевры. Выздоровление.

Данный случай произошел в Краснокамске 10 VII 1938 г. Гр-н Г-в сидел в лесу рядом с приятелем. Оба были пьяны. Неизвестно почему приятель ударил Г-ва ножом в грудь. Раненый был быстро доставлен в больницу, и уже через 1½—2 часа он был мной осмотрен.

Это — молодой рабочий, физически хорошо развитый. По левой сосковой линии — длинная резаная рана, идущая от 2-го ребра почти вертикально вниз, рассекая сосок и достигая уровня VII—VIII реберных хрящей и немного кнутри от сосковой линии. Выше соска рана не глубока и не проникает в подкожную ткань, ниже соска она зияет и заполнена кровяным сгустком. Повязка и одежда сильно смочены кровью. Пульс едва прощупывается. Тоны сердца глухие. Границы в пределах нормы. В левом легком чуть ослабленное везикулярное дыхание, одинаково слышное спереди, сзади и подмышкой. Перкуторных изменений нет. Живот запавший, мягкий, безболезненный.

При первом взгляде на рану можно было представить себе движение ножа сверху вниз, и это вызывало опасение — не повреждены ли диафрагма и органы брюшной полости. Однако отсутствие брюшных симптомов, с одной стороны, с другой — падение пульса и глухость тонов заставляли думать о ранении сердца, хотя направление раны противоречило такому предположению.

Срочная операция была начата без определенного диагноза с целью первичной обработки и исследования раны. Под местным обезболиванием края раны ниже соска иссечены, рана расширена, и только тогда выяснился истинный характер повреждения.

Оказалось, что хрящи VI и VII ребер рассечены также вертикально, и в щель просасывается воздух. Хрящи эти резецированы, после чего обнаружена рана перикарда и легкого, которые сращены между собой. Рана перикарда расширена вертикально, в его полости обнаружен кровяной сгусток, сидящий шапкой на верхушке сердца и по правой и задней поверхности. Кровотечения из сердца нет. Раны не видно.

¹⁾ Труды Свердловского мед. института, сб. 8, 1937.