

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.

При удалении кровяного сгустка, однако, началось кровотечение и обнаружена рана, около 1 см длиной, на передней стенке правого предсердия, из которой с каждой систолой выбрасывается струя темной крови. Рана закрыта пальцем, а затем зашита двумя узловатыми швами из бумажной нитки. Линия шва погружена одним серо-серозным швом. Кровотечение остановилось. Полость перикарда осушена и зашита наглухо. После этого наложены швы на рану легкого, осушена полость плевры (благодаря плевральным спайкам пневмоторакс был не велик), в нее введен кончик пелатоновского катетера, и после зашита рана грудной клетки. Через оставленный в плевре катетер при помощи Жанстевского шприца удален воздух из плевры, и вслед затем катетер извлечен из раны.

В послеоперационном периоде были повышены температуры до 38°, боли в области сердца, шум трения перикарда до 10-го дня и пневмония в нижней доле левого легкого. Терапия: морфий под кожу в течение первых трех дней, хинин и стрептоцид внутрь. Рана зажила первичным натяжением. Пневмония и перикардит благополучно разрешились и большой 31/VIII был выписан. При выписке — пульс хорошего наполнения и напряжения, тоны сердца чисты, болей нет. 5/X I-в был помещен в факультетскую терапевтическую клинику в Перми для исследования сердца. Клиника дала следующее заключение: „органических заболеваний со стороны клапанного аппарата сердца нет. Функционально сердце вполне работоспособно. Имеются перикардиальные спайки, ограничивающие подвижность сердца (подвижность около 2 см)“. Весной 1939 г. Г-в исполняет прежнюю работу. Никаких жалоб не предъявляет: „как будто никогда и не был ранен в сердце“.

Поступила 20.VI 1939.

С. И. ВОРОНЧИХИН

Наружное применение крови при лечении ожогов

(Предварительное сообщение)

Из факультетской хирургической клиники Ижевского мединститута (директор проф. С. А. Флеров)

Вопросу об ожогах в последнее время уделяется исключительное внимание. Достаточно указать на VI Всеукраинский (1936) и 24 Всесоюзный съезды хирургов (1938), где ожоги были программными темами.

Стремление унифицировать классификацию и методы лечения ожогов еще не увенчалось успехом. Многочисленные способы терапии в основном сводятся к открытому, закрытому и комбинированному методу с одновременной борьбой с шоком, интоксикацией и инфекцией.

Открытый метод есть крупный шаг вперед в лечении ожогов; им предпочтительно пользуется большинство хирургов, получая лучшие результаты по сравнению с закрытым.

Применение различных антисептических, дубящих, коагулирующих веществ сопровождается образованием струпа на обожженной поверхности, под которым идет эпителизация раны. Наличие струпа-корки, временно заменяющей отсутствующий эпителий, придает важное значение; струп, образованный свертыванием белков обожженной ткани коагулирующими растворами, связывает токсины. Струп — защитный покров травмированной ткани, препятствует плазморрее, а следовательно и сгущению крови в организме пострадавшего и, наконец, струп предохраняет от проникновения инфекции в раневую поверхность.

Преимущество открытого способа перед мазевыми повязками выявлено и на материале наших клиник, разработанном асс. Шипулиным. До 1934 г. пользование мазевыми повязками дало на 1 больного в среднем 20,3 койко-дня, а открытый метод, применяемый после 1934 г., на 250 больных дал в среднем 13,6 дня со смертностью в 8,5%. Причем на 150 больных применялся 5% раствор марганцовокислого калия, а на 100 больных — рыбий жир с последующим согреванием электролампами.

Наиболее употребительные вещества: таннин, ляпис (способ Бетмена), марганцовокислый калий различной концентрации, пары иода, сулема, анилиновые краски и многие другие — не удовлетворяют полностью требованиям современной терапии ожогов.

Биологический метод, применяемый нами, лишен этого недостатка. В замену химических веществ обожженную поверхность мы смазываем кровью. Из крови образуется сухой покров-струп, под которым протекает заживление раны.