

степень гипоксии центральной нервной системы (параллелизма в этом отношении не наблюдается). ФКГ-картина в период трепетания желудочков сердца отличается различными по длительности и амплитуде осцилляциями с наложением на них предсердных тонов. Выслушиваемый во внеприступном периоде систолический шум при трепетании желудочков исчезает, что служит графическим доказательством отсутствия нормальной систолической деятельности желудочков сердца.

Переход к медленному номотопному ритму сам по себе не прекращает судорог. Требуется некоторое время для ликвидации выраженной аноксии мозга.

20/X 1964 г. на фоне стойкого отсутствия приступов во время контрольной съемки ЭКГ внезапно возник тяжелый приступ стенокардии. Зарегистрирована выраженная и прогрессирующая недостаточность веночного кровообращения. Большая погибла.

Вскрытие подтвердило наличие активной фазы ревматизма и недостаточности митрального клапана.

Гистологическое исследование. Между волокнами миокарда располагаются небольшие инфильтраты из круглых клеток, в капиллярах стаз.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Злочевский И. М. и Зальмунина А. М. Клин. мед., 1961, 5. — 2. Олейник С. Ф. Теория сердечных шумов. Медгиз, М., 1961; В сб.: Предупреждение и лечение сердечно-сосудистой недостаточности. Укр. НИИ клинической медицины, вып. 1. Госмедиздат УССР, Киев, 1957. — 3. Сергиевский В. С., Сердюк Н. Г., Цой Л. А., Рязанцев Д. Е. Кардиология, 1965, 1. — 4. Сигал А. М. Ритмы сердечной деятельности и их нарушения. Медгиз, М., 1958. — 5. Спиридонов А. А. Грудная хирургия, 1964, 5. — 6. Шницер И. С. Клин. мед., 1956, 7.

УДК 611.135—616—001.4

## УДАЧНОЕ ЗАШИВАНИЕ ВНУТРИПЕРИКАРДИАЛЬНОГО РАНЕНИЯ АОРТЫ

*М. Ю. Розенгартен*

*(Казань)*

В отечественной литературе опубликованы лишь единичные сообщения о благоприятных исходах операций по поводу ранений аорты. Редкость наблюдений объясняется прежде всего тем, что такие травмы обычно заканчиваются смертью от тяжелого молниеносного кровотечения. Б. В. Петровский (1960) отмечает, что трагический исход может быть предупрежден только стечением благоприятных обстоятельств (тромбоз в сосуде, спайки и шварты, ограничивающие место травмы, и т. д.).

В 1913 г. Ю. Ю. Джанелидзе первым из русских хирургов сообщил о наложении швов на колото-резаную рану восходящей аорты с благоприятным исходом.

Е. А. Дамир (1956) продемонстрирован больной, оперированный по поводу ранения восходящей аорты. Тяжелый послеоперационный период осложнился правосторонней гемиплегией и стойкой потерей речи. Возникшее осложнение автор объясняет эмболией левой внутренней сонной артерии. Б. В. Петровский приводит 10 наблюдений травматических повреждений. Были прооперированы 8 больных (с одним летальным исходом). Имеются также немногочисленные сообщения о повреждении брюшной аорты (Г. Л. Ратнер, 1963; Е. В. Кулешов, 1963, и др.).

Наше наблюдение касается Д., 26 лет, доставленного в Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии 17/VI 1965 г. в 22 часа 35 мин. (через 20 мин. после ножевого ранения грудной клетки).

Больной лежит на спине, безучастен, бледен. Язык суховатый. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. 24 дыхания в мин. Границы сердца: правая — на 2 см от края грудины, левая — на 2 см снаружи от сосковой линии. Тоны глухие. Пульс 95, слабого наполнения, дикротичный. АД 80/40 мм. В легких справа перкуторно-легочный звук, дыхание с жестковатым оттенком, проводится на всем протяжении, слева громкий тимпанит. Дыхание резко ослаблено. В 3-м межреберье у края грудины рана 1,5×0,5 см. Вокруг небольшая подкожная эмфизема. Живот мягкий, безболезненный. Диагноз: ранение сердца.

В 0 ч. 30 мин. под эндотрахеальным наркозом закисью азота (З. В. Нахрова) произведена перелая торакотомия в 3-м межреберье (М. Ю. Розенгартен). После вскрытия плевральной полости удалено около 2 л крови со сгустками. В области края 4-го языкового сегмента обнаружена сквозная кровоточащая рана 2×2 см. На перикарде — обширное кровоизлияние и рана 1×1 см. Перикард вскрыт. Извлечено около 100 мл жидкой крови. На передней поверхности аорты на 1,5 см выше

сердца рана  $0,3 \times 0,3$  см, прикрытая небольшим сгустком крови. Отверстие стенки аорты зашито через всю толщу тремя шелковыми швами с фиксацией свободного ку-сочка мышцы. Рана легкого зашита. После введения в плевральную полость анти-биотиков и дренажа операционная рана зашита. Операция продолжалась 1 час. 30 мин. В течение хирургического вмешательства перелито 1500 мл крови.

Послеоперационный период протекал гладко. 10/VII Д. выписан в хорошем со-стоянии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Джанелидзе Ю. Ю. Хир. арх. Вельяминова, 1916, кн. 1. — 2. Джанелидзе Ю. Ю. и Каменчик М. Г. Нов. хир. арх., 1941, кн. 1—2. — 3. Дамир Е. А. Хир., 1957, 1. — 4. Петров Б. А. Там же. — 5. Петровский Б. В. Хир., 1960, 10. — 6. Манукян Р. С. Вестн. хир., 1963, 12. — 7. Кулешов Е. В. Клин. хир., 1963, 1. — 8. Ратнер Г. Л. Хир., 1963, 1. — 9. Гаранин Н. А. Вестн. хир. им. Грекова, 1965, 2.

УДК 616—002.44—616.5—001.27—616—089

## ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕНТГЕНОВСКИХ ЯЗВ

М. Г. Каримов

*Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии  
(директор — ст. науч. сотр. У. Я. Богданович)*

Клинические проявления рентгеновских ожогов по тяжести поражения принято делить на 4 степени (классификация Гольдкнехта и М. Н. Побединского).

Ожоги I—II—III степени (эпидермальный, эритемный, буллезный дерматиты) лечат консервативно, теми же методами, что и термические ожоги. При ожогах же IV ст. консервативные методы редко оказываются успешными, ибо при таких поражениях образуются глубокие некрозы тканей, длительно секвестрирующиеся и заживающие грубым и часто изъязвляющимся рубцом.

Поэтому лучшим методом лечения тяжелых рентгеновских ожогов является опе-ративное вмешательство, хотя оно связано с определенным риском провоцирования обширных некрозов тканей в послеоперационном периоде.

Операция целесообразна лишь после образования демаркационной линии. Она заключается в иссечении язвы с последующим кожнопластическим закрытием раневого дефекта. Естественно, что наиболее рационально тотальное иссечение язвы в пределах здоровых или хотя бы в зоне депигментированных тканей с последующим наложением глухого шва.

Если дефект, образовавшийся после иссечения язвы, соседними участками кожи закрыть невозможно, прибегают к кожной пластике. Лучший результат наблюдается при применении биологических полноценных лоскутов: стебельчатого или на широкой питающей ножке. Однако И. П. Райгородский полагает, что от оперативного лечения не следует отказываться даже тогда, когда невозможно одномоментное пластическое закрытие всей поверхности язвы.

В свете вышеизложенного определеннй интерес представляет наш опыт успеш-ного лечения тяжелых лучевых язв у двух больных.

1. Н., 20 лет, поступил в районную больницу 2/VII 1962 г. со слепым пулевым ранением (из мелкокалиберной винтовки) мягких тканей задней поверхности нижней трети правого бедра. Пуля на следующий день была удалена под рентгеновским экраном. Операция длилась 2 часа. Операционная рана зажила первичным натяже-нием. Через 2 недели после операции в подколенной области появилась гиперемия и отек кожи; через несколько дней наступил некроз мягких тканей, образовалась язва, которая постепенно увеличивалась. Консервативное лечение в районной больнице в течение 7 месяцев (перевязки, аутогемотерапия, витаминотерапия) оказалось безуспешным.

8/II 1963 г. больной поступил в наш институт.

Общее состояние больного удовлетворительное. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено.

Правая нижняя конечность в положении сгибательной контрактуры в коленном суставе под углом  $150^\circ$ . В подколенной области язва  $10 \times 8$  см. Края язвы подрыты, эпителизация отсутствует, дно выполнено плотными некротическими тканями зелено-бурого цвета. Глубину некроза установить не удастся, так как нигде нет отторжения некротических тканей. Чувствительность дистального и проксимального отделов конечности не изменена, пульсация периферических сосудов четкая. Лимфатические узлы в правой лаховой области увеличены, болезненны. Умеренная лимфопения (11%) и эозинофилия (14%).