

ческие достижения, как на пример можно указать на клинику профессора Gyulé, где благодаря переливанию крови в дооперационном периоде больным базедовой болезнью удалось снизить процент смертности с 12,4% (1919 г.) до 1,2% (1923 г.).

Подводя итоги нашему опыту по переливанию крови, мы можем сделать следующие выводы: при острых кровопотерях переливание крови безусловно показано и является наиболее верным средством. Очень хорошие результаты получаются при вторичных малокровиях, где переливание крови быстро восстанавливает здоровье больных. При злокачественном малокровии переливание крови иногда дает хороший результат, когда другие средства остаются бессильными. Переливание крови является хорошим кровоостанавливающим средством. При септических процессах переливание крови приносит пользу при хронических формах и в случаях, когда первичный очаг инфекции был оперирован. В острых случаях возлагать больших надежд на переливание крови преждевременно, и метод нуждается в дальнейшем изучении, может быть, в сторону предварительной иммунизации крови. При самопроизвольной гангрене переливание крови является очень ценным методом, дающим верный, хотя и временный эффект. Нужно думать, что область применения переливания крови чрезвычайно обширна и еще далеко не исчерпана, особенно в области заболевания желез внутренней секреции. Необходимо пропагандировать и популяризировать метод и добиваться выделения на это дело особых сумм со стороны руководящих органов здравоохранения. Своевременно подумать об организации института доноров, так как недостаток доноров является главным тормозом в распространении этого лечебного средства. Для этого вопрос должен быть широко освещен в медицинской и общественной печати. Отсутствие усовершенствованных аппаратов для переливания крови не является препятствием для пользования этим ценным методом.

Из хирургической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей (заведующий—проф. В. Л. Боголюбов).

К оперативному лечению резаных ран глотки и гортани.

И. Л. Цимхеса.

Глубокие раны шеи представляют большой практический интерес в виду связанных с ними ранений важных для жизни органов (глотки, гортани, крупных сосудов). Не останавливаясь на огнестрельных повреждениях шеи, я ограничусь разбором проникающих резаных ран шеи. Резаные раны глотки и гортани наблюдаются большей частью при попытках к самоубийству, реже при убийствах. Отчеты русских хирургических учреждений показывают, что резаные раны шеи встречаются редко и еще реже наблюдаются раны, проникающие в глотку и гортань. В Обуховской больнице (Болярский) за 10 лет (1900—1910 г.) насчитывается 1% повреждений шеи, а на раны глотки и гортани падает лишь 0,1%. В Московской Солдатенковской б-це за 1 г. 11 мес. из 405 травматических повреждений наблюдались две раны гортани и одна

глотки (Померанцев). В Госпитальной хирургической клинике Томского университета (Директор-проф. П. И. Тихов) за 9 лет среди 25000 травм отмечается 6 повреждений гортани (Фирфаров). За 15-ти летнюю деятельность (1910—1925 г.) Госпитальной хирургической клиники I Московского государственного университета (Директор-проф. А. В. Мартынов) отмечается лишь один случай резаной раны горла бритвой. Нижеописываемый нами случай является единственным за семилетнюю деятельность хирургической клиники Казанского Института усов. врачей.

В зависимости от места нанесения удара режущим предметом глубокие проникающие раны шеи располагаются: 1) выше подъязычной кости, 2) между подъязычной костью и щитовидным хрящем (*membrana thyrohyoidea*), 3) в области гортани (щитовидный хрящ, щитовидно-перстневидная перепонка и перстневидный хрящ) и 4) трахеи. По данным Dugham'a, Гофмана и Фирфарова чаще всего встречаются раны гортани между щитовидным хрящем и подъязычной костью, затем—поражения гортани на месте щитовидного хряща, реже—трахеи и еще реже—выше подъязычной кости.

Повреждения крупных сосудов, даже при обширных ранах шеи, довольно редки. Объясняется это глубоким положением сосудов по сравнению с выступающей гортанью и трахеей, с одной стороны, и инстинктивным защитным движением путем отведения шеи в момент повреждения—с другой. В случаях, которые описаны Еремичем, Дьяконовым и Прянишниковым, раны простирались от одной грудино-ключично-сосцевидной мышцы до другой, но крупные сосуды при этом не были ранены. Из 6 случаев резаных ран гортани, описываемых клиникой проф. Тихова, в 3-х случаях наблюдались повреждения больших сосудов. В случае, опубликованном Померанцевым, была резаная рана, занимавшая $\frac{6}{7}$ окружности шеи 30 см. длиною, и надсеченной оказалась лишь передняя стенка правой яремной вены. В этом случае, после перевязки яремной вены, двукратная попытка зашить гортань не увенчалась успехом и рана гортани зажила *per granulationem* с профилактической трахеотомией. В случаях, сопровождающихся ранением крупных сосудов и вхождением воздуха в яремные вены, или асфиксией от затека крови в дыхательные пути, смерть наступает вскоре после ранения. Может наблюдаться и поздняя смерть—через несколько дней или недель—вследствие внезапного кровотечения из крупных затромбированных сосудов шеи или нарушения целостности стенки сосуда на почве развившегося по соседству с ними нагноения и, наконец, от соскальзывания лигатуры, наложенной на сосуд. Реже причиной поздней смерти является затечный медиастинит, бронхопневмония и др. В тех случаях, где крупные сосуды не повреждены, предсказание *quo ad vitam et valetudinem* пострадавшего благоприятнее.

При обширной проникающей ране шеи больной лишен возможности говорить и принимать пищу через рот, так как она вываливается или выливается через отверстие в глотке. Дыхание затруднено вследствие попадания в дыхательные пути крови или кровозлияния в рыхлую подслизистую ткань. С подобного рода клинической картиной был доставлен станцией скорой помощи 22 сентября 1929 г. в 9 час. веч. в хирургическую клинику Института для усовершенствования вра-

чей. гр-н С—лин, 38 лет. Больному была нанесена с целью ограбления в 8 час. веч. на окраине города резаная поперечная рана шеи 12 см. длиною.

Больной среднего роста, правильного телосложения. Окраска кожных покровов и видимых слизистых оболочек бледная. Пульс 72, удовлетворительного наполнения. Больной лежит с откинутой кзади головой и на уровне щитовидно-подъязычного промежутка расположена в поперечном направлении зияющая рана, приблизительно 12 см. в горизонтальном направлении и 7—8 в продольном (см. рис.). Справа рана вплотную подходит к *m. sternocleidomastoideus*'у и лежат обнажен-



ные, но не пораненные *a. carotis communis* и *vena jugularis*, сверху обнажена правая подчелюстная железа. В центральной части раны видна свободно-лежащая гортань. Надгортанник перерезан и отошел кверху вместе с перерезанной *membrana thyreo-hyoidea*, щитоподъязычными связками и мышцами, прикрепляющимися к подъязычной кости (*m. sternohyoidea*, *m. thyreo-hyoidea*), вследствие чего надгортанник не виден в ране. Левый край раны обнажает гортань и надрезанные поверхностные мышцы. В ране видна полость гортани с голосовыми связками, а в глубине—глотка и переход ее в пищевод. Полость раны почти вся заполнена кровяными сгустками, которые затрудняли дыхание. После очищения раны обнаружена кровоточащая верхняя гортанная артерия справа, которая была лигирована.

Состояние больного было тяжелое. Дыхание затрудненное. Речь отсутствовала, но сознание сохранено. Больному мною была произведена немедленно под местной инфильтрационной анестезией нижняя трахеотомия и оста-

новлено кровотечение. Через рот был введен в пищевод желудочный гуттаперчевый зонд. Зияющая рана была зашита (без анестезии) путем наложения отдельных швов последовательно на подъязычную кость, щитовидный хрящ и мягкие ткани, не захватывая слизистой оболочки. Послойно сшиты перерезанные мышцы, связки и фасции. Кожа зашита отдельными швами, и в правый угол раны введен выпускник.

В течение первых пяти дней после операции б-ого кормили жидкой пищей (чай, молоко, бульон) через желудочный зонд. Дыхание через трахеотомическое отверстие свободное. При зажимании трахеотомического отверстия пальцем б-ной в состоянии был говорить, голос был хриплый, слабый. Умеренный кашель. Состояние больного удовлетворительное. На шестой день удален желудочный зонд и больной стал питаться через рот. Вначале больной жаловался на боль при глотании даже мягкой пищи, но затем постепенно перешел к общему столу. При перевязках отошла лигатура в левой части рубца, а на месте введенного тампона поддерживались некоторое время кровянисто-гнойные выделения.

Через 20 дней после операции удалена трахеостомическая трубка, а так как дыхание было совершенно свободное, она больше не вставлялась. Голос больного стал значительно яснее. Общее состояние хорошее. Постепенно *per granulationem* зажил правый край раны и отверстие в трахее. 23/X 1929 г., т. е. через месяц после операции, произведена ларингоскопия и обнаружены: 1) нерезкий инфильтрат в области правого черпаловидного хряща, слизистой, *recessus piriformis* и правой ложной голосовой связки, 2) гранулирующая рана у основания надгортанника справа на гортанной поверхности его. Истинные голосовые связки без видимых изменений. В послеоперационном периоде появлялась у больного желтушная окраска склер и кожи, которая под влиянием диеты и лекарственного воздействия вскоре исчезла. При выписке из клиники (2/XI-29 г.) больной чувствовал себя хорошо, голос значительно яснее. Дыхание свободное. Рана надгортанника почти зажила.

Конечно, хирургия в настоящее время далека от мысли, что раны дыхательного горла излечиваются „милостью божией“, как это предполагал в XVI столетии *Ambroise Paré*. Однако, в литературе встречаются сторонники открытого лечения раны гортани (*Fischer, König, Hartmann*) или только частичного их ушивания (*Nelaton, Gosselein*). Против закрытого метода лечения ран гортани приводились те соображения, что 1) от кашля или мышечных сокращений при глотании швы прорезываются, 2) если при зашитой ране не вполне остановлено кровотечение, то кровь, не имея выхода наружу, будет поступать в полость гортани и затруднять дыхание, 3) вследствие воспаления может наступить отек голосовых связок и 4) опасность подкожной эмфиземы вследствие недостаточной герметичности воздухоносных путей. Несмотря на вышеуказанные моменты хирургическая мысль всегда стремилась к первичному глухому шву резаных ран глотки и гортани, так как открытое консервативное лечение увеличивает опасность инфекции, затягивает заживление раны и требует кропотливого ухода. Открытый метод лечения может быть испробован при небольших ранах, склонных к самостоятельному закрытию. При больших зияющих ранах глотки и гортани на основании литературных данных (*Henry, Morris, Владиславлев, Прянишников, Богораз, Болярский, Цывинский, Левит, Фирфаров, Померанцев, Максимов, Андреевский*) и приводимого мною случая лучше всего прибегать к первичному послыйному глухому шву. Как при наложении швов, так и в послеоперационном периоде следует наклонять голову вперед и приводить подбородок к рукоятке грудины, чтобы уменьшить опасность расхождения швов. Швы должны соединять послыйно фасцию, мышцы и кожу, не захватывая слизистой гортани и надгортанника. Из собранных Фирфаровым в русской литературе 42 случаев проникающих ран шеи первичные швы были наложены у 23 больных, причем ни в одном случае это не послужило поводом к смерти. В 4-х случаях швы разошлись от магноения.

При глухом первичном шве самочувствие больных быстро улучшается. Больной вскоре после операции может говорить, свободно дышать без мучительного кашля и глотать. Срок восстановления трудоспособности сокращается. Таким образом возражения прежних авторов против первичного глухого шва гортани мало обоснованы: прорезывание первично наложенных швов на гортань почти не отмечается, последующего кровотечения не происходит, кашель с закрытием раны гортани прекращается сам собой, так как воздух и кровь больше не раздражают дыхательные пути. Поэтому первичный шов резаных ран глотки

и гортани, ведущий в короткое время к полному восстановлению функции, является в настоящее время операцией выбора.

Остается спорным, необходима ли профилактическая трахеотомия с наложением швов гортани. Fischer, König, Tillmans, Langenbeck, Platt, Владиславлев, Троянов, Васильев, Болярский, Померанцев, Максимов, Андреевский и др. советуют производить трахеотомию, чтобы предотвратить возможность смерти от задушения. Другие авторы (Н. Morris, Прянишников, Левит-Фирфаров) получили хороший эффект от первичного шва без трахеотомии и советуют производить ее лишь при обширных кровоточащих ранах и в случаях, где больной не находится под постоянным наблюдением врача. В Обуховской больнице из 25 случаев ранения гортани трахеотомия была применена в 23-х. Необходимо отметить, что трахеотомия в таких случаях быстро регулирует дыхание, препятствует затеканию жидкости в дыхательное горло и, что особенно важно, может в случае отека голосовой щели или развития подкожной эмфиземы спасти больного от задушения. Трахеотомия, как операция несложная, легко выполняема, и после удаления трубки трахеотомическое отверстие быстро заживает. Сравнительная редкость в хирургической практике резаных ран глотки и гортани не позволяет выработать определенного способа действия. Первичный глухой шов без предварительного горлосечения, несомненно, рискован и при обширных, зияющих, кровоточащих ранах гортани профилактическая трахеотомия может спасти положение.

Относительно питания больных в первые дни после глухого закрытия проникающих ран шеи следует отметить, что некоторые хирурги (Цивинский, Андреевский) кормили больных первые 4—6 дней *per rectum*, другие (Болярский, Максимов)—через желудочный зонд или катетер, а часть — с самого начала *per os*. В случае Померанцева была даже произведена временная гастростомия для питания больного. Отсутствие единого взгляда на способ послеоперационного питания больных заставляет индивидуализировать каждый случай. Необходимо только принять во внимание, что при питании *per os* затекание жидкостей в рану и акт глотания могут способствовать расхождению швов. Поэтому при глухом шве больших ран лучше всего производить первые дни питание больных либо через введенный во время операции желудочный зонд или катетер, либо *per rectum* и таким образом создать наилучшие условия для заживления раны.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Тилльманс. Частная хирургия.—2) Андреевский. Врач. газ. № 14, 1923 г.—3) Boljarski, Beitr. z. Chir. Bd. 77, 1912.—4) Левит. Врач. газ. № 8, 1910 г.—5) Максимов. Русск. врач. № 21, 1915 г.—6) Обзоры за 15 лет (1910—1925 г.) Госпитальн. хирург. клиники I Московск. гос. унив. под редакц. проф. А. В. Мартынова, т. I. 1927 г.—7) С. П. Померанцев. Хирургия, Т. XXX. 1914 г.—8) К. И. Цивинский. Хирургия. Т. XXVII. 1910.—9) Фирфаров. Сиб. врач. газ. № 48, 1912 г.