

В глубине раны видны сгустки крови черного цвета. Положена повязка с мазью Вишневского.

Выписан домой 2/IV. При выписке состояние хорошее. Жалоб не предъявляет. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Рана в местах расхождения швов выполнена грануляциями. Пульс — 84, ритмичен, удовлетворительного наполнения.

Кровь: гем. — 35%, эр. — 3 240 000, Л. — 9050, РОЭ — 15 мм/час.

И. Б-ной С., 8 лет. Поступил в хирургическое отделение больницы 6/VI-55 г. по поводу заячьей губы. С раннего детского возраста страдает сильной кровоточивостью при случайных порезах. Были несколько раз носовые и кишечные кровотечения, кровотечения из десен. Каждое кровотечение продолжается по несколько дней.

Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Симптом Кончаловского не выражен. Внутренние органы без видимых патологических отклонений. На верхней губе имеется значительных размеров расщелина.

Кровь: гем. — 75%, эр. — 4 900 000, Л. — 8 600, РОЭ — 10 мм/час. Тромбоциты — 316 000. Время свертывания крови (по Фонию): начало — 90 мин, конец — 210 мин.

В течение 10 дней больной готовился к операции. Ежедневно получал по 10 мл 10% раствора хлористого кальция внутривенно, витамин К, поливитамины, фоликулин, пантокрин; накануне операции ввели 30 мл противокоревой сыворотки внутримышечно. Перед операцией перелили 200 мл свежечитратной крови 0(I) группы, взятой у сотрудника больницы, и определили время свертывания крови, которое оказалось: начало — 45 мин, конец — 85 мин (по Фонию).

16/VI под местной анестезией произведена операция по методу Лангенбека (Никошин). Кровотечение в послеоперационном периоде было незначительным. Только в первые 12 часов после операции несколько раз промокала повязка, а затем кровотечение прекратилось. В послеоперационном периоде было перелито 100 мл свежечитратной крови 0(I) группы, и больной в течение 5 дней получал ежедневно по 10 мл 10% раствора хлористого кальция, витамин К, поливитамины, фоликулин, пантокрин.

Швы сняты через 7 дней. Заживление раны первичным натяжением. Выписан домой на 9-й день.

Таким образом, второй наш больной, в отличие от первого, соответствующим образом подготовленный к операции, потерял очень мало крови. Из всех примененных средств наиболее эффективным оказалось переливание свежечитратной крови в комплексе с другими кровоостанавливающими средствами.

Поступила 10 мая 1958 г.

СЛУЧАЙ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ СЕРДЦА

Д. С. Муругов

Из хирургического отделения (зав. — Д. С. Муругов) Йошкар-Олинской городской больницы (главврач — Г. М. Шафран)

Б-ной Ш., 30 лет, доставлен в хирургическое отделение машиной скорой помощи 24 июня 1957 г. Около часа назад больной, находясь в алкогольном опьянении и состоянии душевной депрессии, нанес себе ранение перочинным ножом в левую половину грудной клетки.

В момент поступления состояние очень тяжелое, временами стонет, безразличен к окружающему, резко выражена бледность кожных и слизистых покровов, холодный пот, дыхание поверхностное, пульс почти не ощутим, тоны сердца не выслушиваются, границы сердечной тупости увеличены. Кровяное давление не определяется. На уровне левого соска и на 1 см правее имеется колото-резаная ранка, размером $1 \times 0,5$ см, без кровотечения.

Перелито 250 мл протившоковой жидкости, введено 1 мл морфина, 2 мл камфарного масла, 1 мл кофеина.

Судя по общему состоянию, локализации и данным объективного исследования раны, предположено ранение сердца. Срочная операция начата под местной новокаиновой анестезией. Лоскутный разрез по А. Н. Бакулеву. Отсепарованы мягкие ткани, произведена резекция IV и V реберных хрящей. В плевральной полости жидкости нет. Обнаженный перикард растянут, темного цвета, напряжен, почти не пульсирует. На нем имеется раневое отверстие $0,5 \times 0,5$ см, закупоренное плотным кро-

вяным сгустком. По рассечении раны на перикарде из сумки сердца удалено большое количество кровяных сгустков, после чего появилась пульсация сердца.

В проекции левого предсердия на мышце сердца обнаружена рана размером $0,5 \times 0,5$ см. Из нее во время систолы струей вытекает кровь. Рана закрыта пальцем, и под ним на мышцу сердца наложены два шва. Рана перикарда зашита. Кровотечение прекратилось. Операционная рана послойно зашита наглухо. Из плевральной полости пункцией удален воздух, введено 300 тысяч пенициллина.

Во время операции перелито внутривенно 500 мл консервированной крови 0(1) группы, 1000 мл протившоковой жидкости, 40 мл 40% раствора глюкозы.

После операции состояние больного относительно удовлетворительное, пульс — 100, ритмичный, достаточного наполнения, кровяное давление — 120/60. Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 8-й день. Заживление первичным натяжением. Выписан в хорошем состоянии на 30-й день с момента ранения.

В настоящее время чувствует себя хорошо, продолжает работать по прежней профессии — слесарем.

Поступила 16 мая 1958 г.

К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РЕНТГЕНОВСКИХ ЯЗВ

Канд. мед. наук А. А. Трошков

Из клиники факультетской хирургии (зав. кафедрой — проф. В. И. Акимов)
Львовского медицинского института и 5-й городской больницы (главврач —
И. И. Хома)

Образование рентгеновских язв возможно или от воздействия чрезмерных доз лучистой энергии, или при повышенной индивидуальной чувствительности организма к рентгеновским лучам.

Под нашим наблюдением состояло 2 больных с хроническими рентгеновскими язвами, подвергшиеся после безуспешного консервативного лечения оперативным вмешательствам.

И. Б-ной С., 1917 г. рожд., с 1953 г. страдал эпидермофитией подошвенных поверхностей обеих стоп. В 1954 г. принял 3 курса рентгенотерапии, после чего наступило некоторое улучшение, а через 2,5 месяца у больного в области свода левой стопы появился водянистый пузырь, который нагноился, лопнул, и на его месте появилась болезненная язва. Больной вынужден был лечь в дерматологическую клинику, где лечился консервативными методами около года. Лечение эффекта не дало.

20/VI-55 г. с диагнозом: рентгеновская язва свода левой стопы, с подозрением на раковое перерождение — поступил в нашу клинику.

Б-ной ослабленного питания, раздражительный. Страдает бессонницей, жалуется на плохой аппетит, сильные боли в области язвы при движении и общую слабость.

Язва неправильной формы, глубокая, размерами 10×8 см, края язвы инфильтрованы и пигментированы, верхний ее полюс заходит на внутреннюю поверхность тыла стопы. Дно язвы покрыто гнойно-фибринозным налетом с вялыми участками грануляций, кровоточит. В коже подошвенной поверхности видны многочисленные буро-черные узелки, напоминающие собой импрегнацию кожи порошком от взрыва. Воспалительная реакция вокруг язвы слабо выражена. Лимфатические регионарные узлы не увеличены. Левая стопа несколько отечна и синюшна. Пульсация артерий стопы удовлетворительная. Кровь: Э. — 4900 000, Нв. — 72%, РОЭ — 7 мм/час, Л. — 3870, э. — 1, п. — 2, с. — 70, лимф. — 24, м. — 3. Реакция Вассермана отрицательная. Осциллограмма обеих голей и стоп в пределах нормы. Заключение невропатолога: восходящий неврит, связанный с основным заболеванием. Признаков злокачественного роста при гистологическом исследовании биопсии, взятой из язвы, не обнаружено.

Больному была предложена операция (иссечение и пластика), на что он не дал согласия, а требовал продолжения консервативной терапии. На протяжении 10 месяцев и местная, и общая терапия оказались безуспешными, после чего больной дал согласие на операцию.

4/IV-56 г. операция под общим эфирно-кислородным наркозом. Произведено иссечение язвы вместе с краями и некротическим дном до фасции сухожилий в пределах здоровых тканей. Крайя раны хорошо кровоточат. На внутренней поверхности правой голени выкроен кожный лоскут с жировой тканью на широкой ножке, размерами 13×10 см, основанием кверху, подведен к дефекту стопы и фиксирован