

Под эндотрахеальным эфирно-фторотано-кислородным наркозом с миорелаксантами при одновременном проведении реанимационных мероприятий (переливание крови, полиглюкина и реополиглюкина, физиологического раствора, глюкозы) выполнена торакотомия в 4-м межреберье слева с пересечением 4-го ребра у грудины. В плевральной полости большое количество сгустков и крови. Сокращения сердца редкие и с малой амплитудой. Произведено рассечение перикарда на большом протяжении впереди диафрагмального нерва. Из полости его удалены кровь и сгустки. На передней поверхности левого предсердия обнаружена проникающая рана  $2 \times 0,2$  см, выполненная сгустком крови. В момент осмотра сгусток выпал, началось кровотечение. В рану введен указательный палец, затем наложено 4 капроновых шва, кровотечение прекратилось. Наступила остановка сердца. После введения 1,0 адреналина в мышцу левого желудочка и массажа сердца в течение 2 мин. сердечная деятельность возобновилась. Перикард зашит редкими швами после окончательного удаления сгустков крови и промывания околосердечной сумки теплым физиологическим раствором. Плевральная полость осушена от крови и сгустков, введен дренаж в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии. Рана грудной стенки ушита послойно. К концу операции АД 110/60 мм рт. ст., пульс на лучевой артерии 98 уд. в 1 мин., число дыханий 34 в 1 мин.

В течение 10 дней состояние С. оставалось тяжелым, отмечалась сердечная слабость, боли в сердце, одышка, кашель. Послеоперационный период осложнился перикардитом и левосторонней пневмонией, ввиду чего назначены антибиотики в больших дозировках, сульфаниламиды и симптоматические средства. Дренажная трубка удалена на 3-и сутки после операции, швы сняты на 9-е сутки, рана зажила первичным натяжением. Через 50 дней С. выписан в удовлетворительном состоянии. Приступил к занятиям в СПТУ.

П., 24 лет, доставлен 7/IV 1976 г. в 19 час. в тяжелом состоянии через 40 мин. после ножевого ранения в левую половину грудной клетки. На вопросы отвечает с трудом, стонет от боли в груди.

Кожные покровы бледные, на лбу холодный пот, одышка. АД 100/0 мм рт. ст., пульс 100 уд. в 1 мин. В области левого соска резаная рана  $1 \times 1,5$  см, из нее выделяются воздух и кровь. Тоны сердца приглушены, тахикардия, дыхание слева ослаблено.

Диагностировано ранение сердца и гемопневмоторакс. Больной взят в операционную. Под общим эндотрахеальным наркозом с применением эфира, кислорода и миорелаксантов при одновременном переливании полиглюкина (900 мл), физиологического раствора (500 мл) произведена торакотомия в 4-м межреберье слева. В плевральной полости большое количество жидкой крови и сгустков. Вскрыт перикард, удалена кровь, в области верхушки сердца обнаружена рана  $1,5 \times 0,3$  см, тампонирующая сгустком крови. При наложении капроновых швов на рану сгусток выпал, началось кровотечение, которое удалось прекратить затягиванием швов. Рана перикарда ушита. После туалета плевральной полости и дренирования ее произведено ушивание раны наглухо. В плевральную полость введено по 1 млн. ед. пенициллина и стрептомицина.

К концу операции АД 100/60 мм рт. ст., пульс 100 уд. в 1 мин. В течение 5 суток состояние больного оставалось тяжелым, беспокоила одышка, боли в области сердца; температура поднималась до 38°. Назначена интенсивная терапия: переливание крови и кровезаменителей, антибиотики в больших дозах, сульфаниламиды, сердечно-сосудистые средства, витамины. Из плевральной полости через дренажную трубку выделялись воздух и экссудат. Дренаж удален на 3-и сутки. С 6-го дня состояние стало улучшаться: уменьшилась одышка, исчезли боли в области сердца, нормализовалась температура. Швы сняты на 9-е сутки, рана зажила первичным натяжением. П. выписан из стационара через 20 дней после операции по семейным обстоятельствам в удовлетворительном состоянии.

Наши наблюдения свидетельствуют, что правильная организация помощи больным с ранением сердца предусматривает, наряду с хорошей работой скорой медицинской помощи, достаточную оснащенность хирургического стационара и подготовленность медицинского персонала.

УДК 616.411—003.4

### Н. И. Молько (Куйбышев-обл.). Непаразитарная киста селезенки

На кафедре общей хирургии Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова за последние 10 лет наблюдалось двое больных с непаразитарными кистами селезенки.

1. К., 34 лет, поступила в клинику 4/I 1972 г. с жалобами на умеренные тупые боли в левом подреберье, усиливающиеся при ходьбе, и наличие опухолевидного образования. Летом 1970 г. больная упала и получила ушиб левой половины живота о трамвайный рельс. Через год после травмы появилась припухлость в левом подреберье, которая постепенно увеличивалась в размерах, боль усиливалась.

При пальпации живота прощупывается увеличенная селезенка, нижний полюс которой находится ниже пупка. Медиальный край ее заходит за среднюю линию живота. Органы дыхания, сердечно-сосудистой системы без патологии. Количество эритроцитов  $3,28 \cdot 10^6$  в 1 мкл, гем. 100 г/л, время свертывания крови 9 мин., тромбоцитов.

$125 \cdot 10^3$  в 1 *мкл.* Анализ мочи не выявил отклонений от нормы. Диагноз до операции: тромбоблебитическая спленомегалия.

12/1 1972 г. операция (проф. А. В. Барский). Разрезом параллельно левому реберному краю вскрыта брюшная полость. Селезенка очень больших размеров, спаяна с диафрагмой и хвостовым отделом поджелудочной железы. Произведена спленэктомия. Препарат синюшно-багрового цвета, массой 4250 г. Размеры кисты  $35 \times 25 \times 20$  см. Киста селезенки имеет истонченную фиброзную капсулу. Гистологическое исследование: стенки кисты состоят из фиброзной ткани с наличием гистиоцитов с гемосидерином, окружающая ткань селезенки с фиброзом и кровоизлияниями. Послеоперационный период протекал без осложнений. Последний осмотр 16/VI 1976 г. Самочувствие пациентки хорошее.

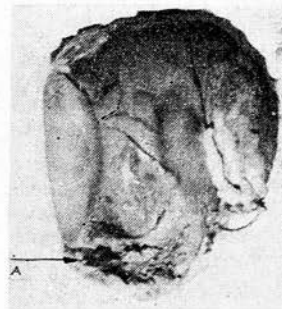
2. К., 29 лет, поступил в клинику 27/XII 1975 г. в 10 час. 30 мин. с жалобами на нестерпимые боли в верхнем отделе живота, тошноту. За 30 мин. до поступления в клинику больной поскользнулся на улице и упал на левую половину тела, после чего почувствовал резкую боль в верхнем отделе живота.

Живот несколько вздут, передняя брюшная стенка напряжена по всему животу, симптом Блюмберга — Щеткина положительный, в боковых каналах — свободная жидкость. Печеночная тупость сохранена. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости над печенью воздух не определялся. Органы дыхания, сердечно-сосудистой системы без изменений. АД 135/70 мм рт. ст. Диагноз до операции: перфоративная язва желудка. 27/XII 1975 г. в 10 час. 50 мин. операция (Н. И. Молько). Под эндотрахеальным наркозом срединным разрезом, затем дополнительным разрезом вдоль реберной дуги слева вскрыта брюшная полость. Обнаружена серозно-кровянистая жидкость, вытекающая из разрыва кистозно измененной селезенки. Произведена спленэктомия. Препарат селезенки размером  $24 \times 16 \times 12$  см, по задне-боковой поверхности нижнего полюса измененной селезенки — разрыв длиной 6 см. Почти вся увеличенная селезенка оказалась кистозно перерожденной. Стенка кисты плотная, с очагами обызвествления. Выделилось 1000 мл серозно-кровянистой жидкости. Во время операции перелито 750 мл одногруппной крови. Послеоперационный период осложнился правосторонней пневмонией, левосторонним экссудативным плевритом. Трижды произведена плевральная пункция, удаляли по 400—700 мл прозрачной жидкости с последующим введением антибиотиков. Операционная рана зажила первичным натяжением.

29/I 1976 г. К. выписан на амбулаторное наблюдение в удовлетворительном состоянии. Контрольная рентгеноскопия грудной клетки при выписке: слева над диафрагмой плевральные наслоения, синусы свободны, диафрагма подвижна.

Гистологический диагноз: гиперплазия пульпы селезенки с редукцией фолликулов, глианозом стенок артериол. Сама стенка кисты представлена фиброзной тканью (см. рис.).

Приведенными наблюдениями подтверждаются данные литературы, что непаразитарная киста селезенки распознается главным образом при операции. Лечение может быть только хирургическим (спленэктомия).



Селезенка больного К., 29 лет, пораженная непаразитарной кистой (препарат). А — разрыв кисты.

УДК 616.382

#### М. П. Капустин (Агеевская больница Суворовского района Тульской области). Изолированные заболевания большого сальника

Случаи изолированных заболеваний большого сальника (оментиты, эпиплоиты) не так часты. Распознавание их бывает трудным, и обнаруживаются они, как правило, только на операционном столе. Приводим два собственных наблюдения.

1. Ч., 1924 года рождения, поступила в стационар 2/X 1967 г. с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе справа, общую слабость. Заболела 27/IX 1967 г. Вначале были небольшие боли в правой половине живота, затем боли усилились, приняли схваткообразный характер и иррадиировали в правую половину грудной клетки, правый пах и правую половину поясницы. 28/IX 1967 г. Ч. обратилась в амбулаторию. Была осмотрена терапевтом и хирургом. Диагноз не был установлен, назначено симптоматическое лечение. С 28/IX по 2/X 1967 г. самочувствие больной было удовлетворительным. 2/X 1967 г. во время выполнения домашних работ внезапно возникли резкие схваткообразные боли в правой половине живота.

Больная среднего роста, правильного телосложения, пониженной упитанности, бледна. Язык сухой, не обложен. Пульс 96 уд. в 1 мин., слабого наполнения и напряжения, ритмичный. АД 150/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание.

Живот немного вздут. Печень и селезенка не увеличены. При пальпации определяется резкая болезненность в правой половине живота. В брюшной полости справа