



Фото № 7.

Описанный случай интересен хорошим отдаленным результатом лечения и быстрым возвращением к труду после тяжелой множественной травмы. Заслуживает внимания и то, что такой результат получен в итоге наиболее рациональной в данном случае комбинации методов лечения: скелетного вытяжения, внутрикостной фиксации металлическим стержнем и гипсовой иммобилизации с последующей физиомеханотерапией.

Поступила 17 апреля 1958 г.

### УЩЕМЛЕНИЕ СЛЕПОЙ КИШКИ В ЛЕВОСТОРОННЕЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖЕ У РЕБЕНКА

*Ординатор Ю. С. КУЗЬМИН*

Из кафедры госпитальной хирургии (зав.— проф. А. М. Аминев)  
Куйбышевского медицинского института

Слепая кишка с червеобразным отростком у детей встречается в левосторонней паховой грыже очень редко. Брока приводит 10 случаев подобных грыж. Васильев на 63 случая паховой грыжи левостороннее положение червеобразного отростка встретил у 5 детей. Острый аппендицит в паховой грыже описан Б. Н. Назаровым (Хирургия, 1955, 2). С. Е. Лабинский приводит случай ущемленной грыжи в сочетании с деструктивным аппендицитом (Хирургия, 1957, приложение к журналу).

В клинику госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института 17/VI-57 г. в 21.00 для оказания неотложной хирургической помощи поступил ребенок Гасилин Анатолий, 6 месяцев, с явлениями, со слов матери, болей в животе и припухлости в области мошонки слева.

Заболел 16/VI-57 г; в 18.00 внезапно появились резкие боли в левой паховой области. Выпячивание, которое раньше вправлялось, приобрело плотную консистенцию и в брюшную полость не вправлялось. Боль усиливалась с каждым часом, но за медицинской помощью родители не обращались. 17/VI-57 г. боли усилились, появилась рвота. В связи с ухудшением состояния ребенок был доставлен в клинику.



Грыжевое выпячивание появилось 3 месяца назад и свободно вправлялось в брюшную полость. Общее состояние ребенка при поступлении в клинику удовлетворительное. Пульс — 92 удара в *мин*, ритмичный. Язык чистый. Живот симметричен. Стул — 4 раза в сутки. Мочиспускание свободное, безболезненное. Правое яичко не изменено. Левое яичко четко определяется и находится рядом с грыжевым выпячиванием, которое располагается в левой пахово-мошоночной области, имеет овальную форму, размер  $8 \times 5$  *см*, почти безболезненно. Начинаясь у наружного отверстия пахового канала, грыжевое выпячивание опускается в мошонку и достигает верхнего полюса яичка. Воспалительных изменений нет. Над выпячиванием наблюдается тимпанит. Образование в брюшную полость не вправляется.

Произведено срочное оперативное вмешательство. В грыжевом мешке оказалась слепая кишка с червеобразным отростком. Цианотичная слепая кишка приобрела нормальный цвет. Червеобразный отросток синюшный, длиной 8 *см*, напряженный. Произведена типичная аппендэктомия. Грыжевой мешок ушит изнутри. Остатки его иссечены.

Пластика пахового канала, по Жирану. Швы на кожу.

Описание препарата. Отросток длиной 8 *см*; при разрезе слизистая отечная, с множественными кровоизлияниями, местами темнобагрового цвета, в просвете — каловый камень.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Поступила 25 ноября 1957 г.

## ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРИ РАНЕНИИ СЕРДЦА

Л. Г. ГАЛИМУЛИН

Из отделенческой больницы ст. Рузаевка, Куйбышевской ж. д. (начальник хирургического отделения — И. А. Сидельников, начальник больницы — Ф. И. Баранов)

Больной Л., 18 лет, доставлен 21/VIII 1957 г. в 22 часа 50 *мин* в тяжелом шоковом состоянии по поводу колотых ран грудной клетки, спустя 40 *мин* после ранения ножом. Кожные покровы бледны, холодный липкий пот, дыхание поверхностное, прерывистое. Пульс на лучевой артерии еле ощутим. Артериальное давление 75/60 *мм*. В области правой лопатки имеются две колотые раны размером  $1 \times 1,5$  *см*, не проникающие в грудную полость, третья рана расположена слева по сосковой линии на 2 *см* ниже соска, размером  $2,5 \times 1$  *см*. Из раны выделяется темная кровь.

Диагносцировано ранение сердца.

Для выведения больного из шокового состояния введено 1,5 *мл* 1% морфина, 20% камфары — 3 *мл*, кофенна — 1 *мл*, 40% раствор глюкозы — 40 *мл* внутривенно, и проведено переливание крови внутривенно — 250 *мл*. Пострадавший пришел в сознание. Артериальное давление повысилось до 80/65 *мм*.

При продолжающемся внутривенном переливании крови (капельным способом), начата операция (Л. Г. Галимулин). Под местной инфильтрационной анестезией 1/4% новокаином, разрезом по ле-Форю сделана торакотомия слева. Сердечная сорочка наполнена кровью, перерастянута. На передней её поверхности обнаружена кровоточащая рана  $2,5 \times 1$  *см*. Продольным разрезом рана расширена, из полости удалены сгустки и жидкая кровь.

При осмотре сердца на передней поверхности правого желудочка обнаружена рана длиной 2,5 *см*, из которой пульсирующим фонтанчиком выделялась кровь. На рану наложено 4 шелковых шва. При наложении последнего шва произошла остановка сердца. Введен 1 *мл* адреналина, и проведен массаж сердца. Произведенные мероприятия восстановили работу сердца. Сердечная сорочка зашита кетгутными швами. В полость перикарда введено 300 000 *м. е.* раствора пенициллина и 500 000 *м. е.* стрептомицина. Рана послойно зашита наглухо.

Переливание крови внутривенно чередовалось с введением 5% раствора глюкозы.

Через 15 *мин* по окончании операции произошла вторичная остановка сердца. Пульс на лучевой артерии исчез, зрачки расширились, реакция их на свет отсутствовала. Дыхание прекратилось. Срочно вскрыта левая плечевая артерия, и произведено внутриаартериальное нагнетание крови. Через 5 *мин* после начала нагнетания крови в количестве 250 *мл* работа сердца возобновилась, а через 15 *мин* больной пришел в сознание.

Всего за время операции перелито 1 100 *мл* консервированной крови, 750 *мл* 5% раствора глюкозы и 250 *мл* физиологического раствора. Периодически давался кислород.

В послеоперационном периоде больной один день получал дикумарин и, по мере надобности, кислород, морфин и сердечные. На третий день перелито дополни-