

Гладкий послеоперационный период. Верхняя доля и IV сегмент полностью расправились. Выписан 24/VIII 1960 г. в хорошем состоянии.

ЭКГ (Ю. М. Красновский): синусовый ритм 67 ($R - R = 0,90''$). Левограмма. Зазубрен P_{1-2} , расщеплен S_3 $PQ_2 = 0,18''$, $QRS_2 = 0,11''$. $QRST_2 = 0,40''$ ($N = 0,34''$). V : QRS типа RSr' , T (—). $V_2 - 6$ — без особенностей.

Замедление внутрижелудочковой проводимости. Удлинена систола желудочков (на $0,06''$). Изменения в миокарде.

Можно предположить, что остановка сердца у нашего больного произошла в связи с гипоксией сердечной мышцы, обусловленной передозировкой эфира.

По Жорову, массаж сердца, примененный в первые 4 минуты после его остановки, дает эффект в 94% случаев, а после 4 минут — лишь в 6%, так как в веществе мозга возникают необратимые изменения.

Таким образом, быстро предпринятый прямой трансторакальный массаж сердца, введение адреналина в желудочек или предсердие, а в ряде случаев — внутриартериальное нагнетание крови могут обеспечить хороший клинический результат при описанном выше чрезвычайно опасном осложнении.

Мы считаем, что после остановки сердца дальнейшее проведение операции может быть выполнено лишь при полном восстановлении и стабилизации сердечной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев А. Н. и Мешалкин Е. Н. Врожденные пороки сердца. М., 1955.
2. Гурвич Н. Л. Фибрилляция и дефибриляция сердца. М., 1957.
3. Жоров И. С. Общее обезболивание в хирургии. М., 1959.
4. Неговский В. А., Смирнская Е. М., Бакулев А. Н. Хирургия, 1952.
5. Неговский В. А. Вестн. АМН СССР, 1957, 6.
6. Петров И. Р. Вестн. хир., 1956, 6.
7. Рябова Н. М. Вестн. хир. 1960, 5.
8. Bailey, Cookson, Downing, Neptune. Вopr. патологии сердечно-сосудистой системы, 1955, 2. (Реф. Journ. thor. surg., 1954, 27).
9. Beck H. Zbl. Gynäk., 1955, 77.
10. Stefenson H. E., Reid C. a. Hinton J. W. New York Ann. Surg., 1953, 137, 5.

Поступила 7 сентября 1960 г.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО СОЧЕТАННОГО РАНЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВНУТРЕННЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

З. З. Шакиров

(г. Грозный)

Свободная кровь в брюшной полости обнаруживается в подавляющем большинстве случаев проникающих ранений живота с повреждением внутренних органов. Нам пришлось наблюдать раненого с внутренним кровотечением, у которого до операции мы не отмечали признаков кровотечения.

Б-ной Ш., 22 лет, поступил 12/VIII-59 г. с жалобами на сильную боль в животе, тошноту. За полчаса до поступления получил ранение из дробового ружья в поясничную область. После ранения, пробежав метров сто, почувствовал сильную боль в животе, общую слабость. Доставлен на носилках с наложенной на рану асептической повязкой.

Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс — 66, ритмичный, хорошего наполнения; АД — 125/75. Дыхание — 20, поверхностное. В легких притуплений нет. Живот правильной формы, в акте дыхания не участвует, рефлексы отсутствуют. Определяется доскообразное напряжение брюшной стенки; резко положителен симптом Щеткина-Блюмберга в верхней части живота. Тимпанит по всему животу; печеночная тупость сохранена; уровень свободной жидкости в животе не определяется. Выслушиваются обычные силы перистальтические шумы. В поясничной области слева по лопаточной линии на уровне 3-го поясничного позвонка имеется овальная рана $1 \times 0,5$ см с незначительным кровотечением; выделения мочи из раны не отмечается. Диагноз: огнестрельное проникающее ранение живота с повреждением полых органов (желудок?).

Через два с половиной часа после ранения взят на операционный стол. Пульс — 68, ритмичный, хорошего наполнения, АД — 115/55. Губы розовые. Язык суховат. Живот напряжен. Небольшой равномерный тимпанит по всему животу. Уровень сво-

бодной жидкости в брюшной полости не определяется. Введены сердечные средства, начато капельное внутривенное вливание физиологического раствора. Под местной анестезией произведен верхне-средне-срединный разрез; из операционной раны хлынула кровь со сгустками. Произведено прижатие рукой брюшной аорты. Пульс — 100, слабого наполнения. АД — 110/50. Дополнительное введение сердечных средств; струйное вливание внутривенно физиологического раствора. Дан эфирно-кислородный наркоз. После осушения брюшной полости обнаружено поступление крови из различных отделов верхнего этажа брюшной полости. Сделан дополнительный поперечный разрез влево. Обнаружены рваная кровотокающая рана $7 \times 0,5$ см ножки селезенки, разрыв $2 \times 0,5$ см в области хвостовой части поджелудочной железы, рана $0,3 \times 0,3$ см задней и передней стенок кардиальной части желудка, рана $1 \times 0,5$ см нижней и верхней поверхности левой доли печени, гематома 8×6 см в левой окологепаточной области, кровоподтеки 3×2 см и менее — в различных отделах брыжейки поперечно-ободочной кишки. Произведено ушивание ран желудка, печени, поджелудочной железы, удалена селезенка, вскрыта гематома левой окологепаточной области. На внутренней поверхности передней брюшной стенки под мечевидным отростком имеется рана $1 \times 0,3$ см; в толще стенки прощупывается инородное тело $1 \times 0,7$ см. Состояние больного ухудшается: пульс — 120, плохого наполнения, АД — 90/40, дыхание прерывистое, хриплое. Дача эфира прекращена. Введены сердечные средства, лобелин, дается кислород. Операционная рана ушита с введением марлевых дренажей к местам ранений органов брюшной полости. Во время операции введено 1500 мл физиологического раствора и гидролизина Л-103. После операции влило 1200 мл однокрупной свежесцитратной крови. Назначены: пенициллин — 600 000 ед. в сутки, глюкоза 40% — 80 мл, пантопон, камфара, кофеин, кислород, капельное вливание 5% глюкозы — 1000 мл, гидролизина — 1000 мл и физиологического раствора 1000 мл, инсулин.

Состояние в послеоперационном периоде тяжелое. Пульс — 140—160, плохого наполнения. АД — 100/50. Боли в животе. Бледность слизистых; жажда, сухость во рту. Ввиду плохого поступления жидкостей внутривенно вливания производятся внутривенно и подкожно.

На вторые сутки после операции произведено промывание желудка. Диурез свободный. Э. — 3 860 000, Л. — 18400; анизо-пойкилоцитоз, олигохронемия, сдвиг нейтрофилов влево, РОЭ не определяется из-за большой свертываемости крови.

На третьи сутки после ранения, через 48 часов после операции, состояние резко ухудшилось. Начался отек легких. В состоянии агонии применена методика оживления по Неговскому: введение под давлением физиологического раствора с глюкозой и адреналином в левую плечевую артерию, введение адреналина в сердечную мышцу, массаж сердца, искусственное дыхание. Проводимые лечебные мероприятия оказались безуспешными; больной скончался в результате паралича дыхательного центра на фоне нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности с явлениями острого отека легких.

На вскрытии в толще передней брюшной стенки под мечевидным отростком обнаружена свинцовая дробина.

Данный случай ранения интересен тем, что небольшой по размерам снаряд, пройдя брюшную полость снизу вверх сзади вперед слева направо, нанес повреждение почти всем органам брюшной полости; другая особенность этого случая в том, что при имевшемся массивном внутрибрюшном кровоизлиянии до операции не только не отмечено признаков внутреннего кровотечения, но и общее состояние раненого продолжало оставаться довольно удовлетворительным.

Поступила 27 октября 1960 г.

ОПАСНОСТЬ ВСКАРМЛИВАНИЯ МОЛОКОМ МАТЕРИ НОВОРОЖДЕННЫХ, БОЛЬНЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Научн. сотр. Г. С. Алескерова, ст. научн. сотр. Ф. М. Али-Заде

Азербайджанский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови

Литературные данные и наши наблюдения показывают, что в молоке у изосенсибилизированных женщин после родов могут появляться резус-антитела.

Еще точно не установлена степень всасываемости резус-антител в желудочно-кишечном тракте.

С целью выяснить этот вопрос Борман, Додд и Гунтер двадцати новорожденным с резус-положительной кровью через рот в первые дни жизни вводили молоко или