

еще сотни не снятых с учета. Тысячи излеченных от трахомы нуждаются в длительном наблюдении. Быстрая заражаемость трахомой детей требует от медицинских работников обеспечения систематического контроля. Ликвидация трахомы также связана с ростом культуры, повышением жизненного уровня и ликвидацией пережитков капитализма в сознании людей.

#### ЛИТЕРАТУРА

Зарубин К. А. Диспансеризация населения Чувашии на трахому. Чебоксары, 1935.

Поступила 8 августа 1959 г.

## НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

### О НОЖЕВОМ РАНЕНИИ СЕРДЦА И ЛЕГКОГО

*И. Н. Матвеев*

Из хирургического отделения Буинской больницы ТАССР (зав.—И. Н. Матвеев)

18/X-58 г. в Буинскую больницу из деревни, расположенной от нее в 20 км, был доставлен Н., 25 лет, с проникающим ножевым ранением грудной клетки. Сопровождавший пострадавшего фельдшер во все время переезда придавливал рану своей рукой.

Пострадавший жалуется на боль в груди и одышку. Легкий цианоз лица. Дыхание частое, пульс 120, слабого наполнения и напряжения. Раневое отверстие на уровне 5 ребра по переднеаксиллярной линии, длиной 2,5 см, с ровными краями. Из раны вытекает артериальная кровь и с шумом входит воздух в плевральную полость.

Введен промедол, произведена шейная вагосимпатическая блокада и приступлено к операции под местной анестезией (оперировал И. Н. Матвеев, ассистировал В. П. Афанасьев).

В плевральной полости оказалось до 2 л свежей крови. Раны с ровными краями до 1,5 см на сердце (левом ушке) и несколько больших размеров — на левом легком. На ушко наложено 3 шелковых шва и на легочную рану — один. По удалении крови в плевральную полость введено 300 000 ед. пенициллина.

Рана зашита наглухо, воздух откачан шприцем. Во время операции больному введено 500 мл крови, 1500 мл физиологического раствора, давался кислород (ингаляционно).

В последующие дни температура поднималась до 40°, отмечались затрудненное дыхание, тахикардия. На левой стороне груди и живота была подкожная эмфизема. Появился кашель с серозно-гнойной мокротой.

При рентгеноскопии выявлен ячеистый рисунок в нижней доле правого легкого, слева — гомогенное затемнение в нижней трети легочного поля, ограничение экскурсий диафрагмы. Тень сердца умеренно увеличена в обе стороны, по-видимому, за счет затекания крови в полость перикарда.

Дважды было эвакуировано по 1 л крови из полости плевры.

Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 8 день. Через месяц больной стал ходить и выписался на 54 день.

Поступила 12 февраля 1959 г.

### СЛУЧАЙ РАНЕНИЯ СЕРДЦА

*А. Ф. Агеев*

Из хирургического отделения (зав.—Г. М. Кузнецов)  
2-го больнично-поликлинического объединения г. Бугульмы  
(главврач — А. П. Щекотоло)

Лечение ранений сердца мирного времени по-прежнему остается разделом казуистики. Каждый случай этого вида травмы представляет определенный практический интерес.

Г., 22 лет, поступил в хирургическое отделение в 3 ч. 30/VI-57 г. За два часа до поступления получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Состоя-

ние крайне тяжелое, больной без сознания. Выраженный цианоз кожных покровов и слизистых. Дыхание учащенное, поверхностное, ослабленное. Границы сердца равномерно расширены, тоны не прослушиваются. Пульс на лучевых артериях отсутствует, на сонной — ослаблен и аритмичный; АД не определяется.

По левой парастернальной линии, в проекции VI межреберья, имеется колотая рана  $1,5 \times 0,3$  см, кровотечения нет.

Диагноз: проникающее ранение сердца, тампонада сердца.

Операция через 30 мин после поступления (Агеев). Перед операцией произведена левосторонняя шейная вагосимпатическая блокада по А. В. Вишневному. Отпрепарирована левая лучевая артерия на случай необходимости внутриартериального переливания крови.

Под местной инфльтрационной анестезией разрезом Кохера с иссечением кожной раны, пересечением хрящей IV—V—VI ребер слева, обнажена передняя стенка перикарда, на которой имеется рана длиной около 1 см, затампонирующая стужком крови. При расширении операционной раны вскрылась левая плевральная полость, легкое спалось, при осмотре признаков ранения легкого не обнаружено. Перикард вскрыт через раневой канал. Полость перикарда содержит примерно 400 мл стужков и жидкой крови. По удалении их работа сердца улучшилась. На передней стенке правого желудочка колотая рана  $0,7 \times 0,2$  см. С каждой систолой из раны фонтанирует кровь. Наложены два узловых шелковых шва, кровотечение остановлено. При наложении второго шва сердечная деятельность резко замедлилась, возникла опасность ее остановки. Немедленно начато внутривенное переливание оксигенизированной крови 250 мл — 01 группы (игла для переливания крови была введена до операции), внутривенно введено 0,5 мл строфанта и 0,5 мл адреналина 1:1000 в 20 мл 40% раствора глюкозы. Работа сердца улучшилась, пульс на лучевых артериях стал определяться отчетливо. Полость перикарда осушена, орошена раствором пенициллина 300 000 ед. На перикард наложены редкие узловые шелковые швы. Операционная рана ушита наглухо.

Сознание к больному вернулось на второй день после операции. Назначения: инъекции пенициллина по 150 000 ед. 4 раза в день, стрептомицина — по 250 000 ед. 2 раза в день, дикумарин по 0,1 3 раза в день в течение трех дней, постоянная дача увлажненного кислорода через носовые катетеры, полусидячее положение.

ЭКГ (на второй день): выраженная синусовая тахикардия; незначительное отклонение электрической оси вправо; замедлены атриовентрикулярная проводимость и систола желудочков, симптомы нарушения метаболических процессов в миокарде.

На третьи сутки после операции присоединилась двусторонняя нижнедолевая пневмония, развился левосторонний экссудативный плеврит. Увеличены дозы антибиотиков, дважды производилась разгрузочная пункция плевральной полости с введением антибиотиков. Улучшение общего состояния наступило к 5-му дню, на 10-й день после операции состояние удовлетворительное, температура нормальная, швы сняты, заживление первичным натяжением. ЭКГ на 14-й день: синусовый ритм; замедлены атриовентрикулярная проводимость и систола желудочков, свидетельствующие об образовании рубца.

Ходить разрешено на 25-й день после операции. Выписан на 34-й день в удовлетворительном состоянии, отмечает только общую слабость. Гемодинамические показатели хорошие.

Наконец, важен вопрос о трудоспособности больных. Через полтора года после операции больной чувствует себя хорошо, жалоб никаких не предъявляет, через 3 месяца после операции приступил к своей работе шофера, теперь работает шахтером.

Описанный случай заслуживает внимания в том отношении, что экстренные операции на органах грудной клетки вполне выполнимы в условиях периферийных больниц. В подобных случаях решающее значение в прогнозе и исходе заболевания имеют срок госпитализации и готовность операционного блока к срочному оперативному вмешательству.

Наложение редких швов на перикард, по-видимому, следует считать целесообразным, так как это способствует лучшему оттоку выпота перикарда и предупреждению возможного развития перикардита.

Поступила 3 декабря 1958 г.

## К СИМПТОМАТИКЕ РАКА НОСОГЛОТКИ, ПРОРАСТАЮЩЕГО В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА

*Р. Л. Гизатуллина*

Из кафедры нервных болезней (зав. — проф. Л. И. Омороков)  
Казанского медицинского института, на базе Республиканской клинической больницы  
(главврач — Ш. В. Бикчурин)

Злокачественные новообразования, исходящие из носоглотки, часто разрушая кости основания черепа, прорастают в его полость. При этом они протекают как