

На основании расположения раневых отверстий и клинических данных нами констатируется ранение сердца с его тампонадой.

Внутривенно введено 40 мл 40% раствора глюкозы с 0,25 мл раствора строфантина, подкожно — 3 мл 20% камфарного масла с 2 мл 1% раствора морфина. Диклорид.

В 22 ч. операция под эфирно-кислородным наркозом. Грудная полость вскрыта слева в 4 межреберье разрезом от грудины до задне-подмышечной линии. Рассечены хрящи 3—6 ребер. Плевральная полость свободна. Перикард растянут и резко напряжен, темного цвета. Из полости перикарда удалено около 1 л темной жидкой крови со сгустками. У наружного края правого желудочка в середине его рана в 1 см. При сокращении сердца из раны фонтаном выбрасывается кровь. Наложено три шелковых шва. Кровотечение прекратилось. Полость перикарда осушена салфетками. Введено 500 тыс. ед. пенициллина и 1 г стрептомицина. На перикард наложены редкие кетгутовые швы. Плевральная полость освобождена от крови, и грудная полость закрыта наглухо. Пункцией плевральной полости удалены воздух и небольшое количество жидкой крови.

Во время операции больному перелито 250 мл крови 0 (I) гр. и 1 л физиологического раствора.

После операции АД — 130/70, пульс — 136, удовлетворительного наполнения, ритмичный.

Состояние в течение 3 дней оставалось тяжелым. Наблюдалась выраженная одышка, пульс доходил до 140.

На 4-й день после операции состояние улучшилось. На 8-й день сделана повторная пункция плевральной полости — жидкости не получено.

На 10-й день сняты швы, заживление первичным натяжением. На 43-й день больной выписан в хорошем состоянии.

В настоящее время выполняет физическую работу, жалоб не предъявляет.

### М. Д. Андросов (Москва). Глоточные дивертикулы

Глоточные пульсионные дивертикулы встречаются не часто, в связи с чем и не всегда правильно распознаются.

Наши больные — двое мужчин и одна женщина в возрасте 25—31 г. — неоднократно обращались к терапевтам и стоматологам с жалобами на неприятный запах изо рта, отрыжку кислым или тухлым (особенно по утрам), отрыжку после еды пищевой массой, а также ощущение чего-то постороннего в гортани.

Больным проделаны исследование желудочного сока и рентгеноскопия желудка, никакой желудочной патологии не обнаружившие. Санация полости рта также не дала положительного результата.

При тщательном осмотре слизистой глотки у двух мужчин на правой боковой стенке глотки на границе с задней дужкой обнаружено шаровидной формы выпячивание размером с фалангу мизинца. Выпячивание имело входное отверстие в виде рыльца, которое у одного больного было покрыто складкой слизистой задней стенки глотки. У женщины такое же выпячивание локализовалось слева несколько ниже, граница с грушевидным карманом, причем основание выпячивания располагалось возле входа в пищевод. У всех больных при надавливании шпатель из указанного выпячивания через входное отверстие выделяется мутное жидкое тягучее содержимое с запахом. Под местной анестезией удалось прозондировать через входное рыльце указанные выпячивания, которые оказались дивертикулами.

Всем больным произведено под местной анестезией иссечение глоточных дивертикулов. После операции, во избежание инфицирования, питание производилось через зонд. Осложнений не было. Гистологическое исследование иссеченного материала показало, что стенки дивертикулов состояли из слизистой ткани с редкими включениями мышечных элементов.

### З. А. Зарипов (Уруссу, ТАССР). Киста почки

Х., 58 лет, поступила в терапевтическое отделение 17/XI-61 г. по поводу предполагаемой спленомегалии. Жалуется на боль в животе, повышение температуры, сильную головную боль, резкую слабость, плохой аппетит. Опухоль в животе слева впервые была замечена 4 года назад. Сначала значительных расстройств опухоль не вызывала. С 4/XI-61 г. без видимой причины опухоль начала расти, появились боли в животе, повысилась температура.

Состояние тяжелое, температура — 39°. Дыхание везикулярное, нижняя граница поднята на 1 ребро. Границы сердца расширены. Пульс — 100. АД — 110/70. Живот большой, выбухает левая половина. Слева пальпируется бугристая опухоль, определяется зыбление. Печень выступает на 2 см из-под реберного края.

Рентгеноскопия 27/XI-61 г. Легочные поля эмфизематозны, корни легких расширены, тяжисты. Диафрагма приподнята. Правый купол в IV межреберье, левый — в V. Сердце широко лежит на диафрагме. Аорта уплотнена.

18/XI Hb — 56%, Л. — 9900, п. — 9%, с. — 74%, л. — 12%, м. — 5%, РОЭ — 55 мм/час.

Белка в моче нет. Удельный вес — 1025. Единичные лейкоциты в поле зрения. 20/XII-61 г. при лапаротомии, произведенной под местной анестезией, селезенка оказалась без уклонений от нормы, но обнаружена кистозноизмененная левая почка. Киста вмещала 3,5 л кофейного цвета мутной жидкости. Почка удалена. Послеоперационное течение гладкое. Швы сняты на 11-й, выписана — на 14-й день.

**М. Ф. Муравьев (Ижевск). Повязка Кефера при амбулаторном лечении хронических язв голени**

Конечность тщательно моется, высушивается и протирается спиртом (водкой или одеколоном). Ногти аккуратно подстригаются. Нога приподнимается под углом 35—40° на 30 минут для уменьшения отека. В межпальцевые промежутки закладываются ватные прокладки. Обмакнув обычную малярную кисть в теплый состав цинк-желатина, покрывают им кожу стопы и голени от пальцев до бугра большеберцовой кости равномерным слоем. Затем переходят к наложению бинта шириной в 6—8 см с умеренным натяжением без всяких складок, прикрывая предыдущий ход в последующем наполовину. Когда бинт не идет спиралью, его перерезывают ножницами, и продолжают таким образом последовательно и равномерно покрывать конечность ходами бинта до намеченного места. Так же накладываются второй и третий слои цинк-желатина и бинтов. По наложению повязка должна иметь вид хорошо приложенного чулка. Повязка накладывается на 3—4 недели.

Клиника госпитальной хирургии Ижевского медицинского института располагает 110 наблюдениями наложения повязки Кефера.

У 48 больных были язвы на почве варикозного расширения вен голени. Полное заживление получено у 30 (сроки заживления колебались от 21 до 84 дней), улучшение — у 12, рецидив — у 5 больных.

Язвы на почве повреждения артерий и периферических нервных стволов были у 18 больных. Заживление наступило у 14, улучшение — у 2, рецидив — у 2 больных.

Изъязвившиеся рубцы были у 14 больных. Хорошая эпителизация получена у 8, улучшение — у 1, рецидив — у 5 больных.

У 30 больных были язвы на почве травм. Хорошие результаты — у 26 больных (сроки заживления колебались от 20 до 62 дней), улучшение — у 3, рецидив — у 1.

Наши наблюдения, давность которых достигает 2 и более лет, показали целесообразность этого метода лечения. Полное заживление язв получено у 78 (70,9%), улучшение — у 18 (16,3%), рецидив — у 13 (11,9%) больных. У одного больного было осложнение — рожистая флегмона.

Все больные лечились амбулаторно и продолжали выполнять свою работу, за исключением нетрудоспособных по общему физическому состоянию.

**Я. Б. Юдин (Новокузнецк). Реконструктивная резекция при туберкулезном коксите**

Среди больных туберкулезным кокситом наиболее тяжелый контингент составляют те, у которых в результате перенесенного процесса наступило значительное разрушение элементов сустава. До появления антибактериальных препаратов такие больные не получали достаточной помощи. Антибактериальные препараты дали возможность приступить к хирургическому лечению. Операция заключалась в радикальном удалении туберкулезных очагов и создании опороспособной конечности.

Мы произвели реконструктивную резекцию тазо-бедренного сустава 41 больному. Все оперативные вмешательства произведены нами из бокового продольного доступа по Лангенбеку в модификации К. Е. Покотилова.

У 24 больных на рентгенограмме отмечалась полная деструкция элементов сустава. Головка и шейка бедра отсутствовали, а большой вертел располагался выше края впадины на 5—8 см. Впадина отсутствовала. Бывшие ее контуры на рентгенограмме едва просматривались. Оперативное вмешательство сводилось к выделению проксимального конца бедра и вертела из рубцовых сращений. Формировалась новая впадина с достаточной крышей. Обработанный проксимальный конец бедра, при обязательном удалении малого вертела, низводился, и большой вертел внедрялся во вновь сформированную впадину. Обнаруженные во время операции очаги деструкции радикально удалялись.

После операции накладывалась полуторная тазобедренная повязка. Фиксация продолжалась 3 месяца. В дальнейшем рекомендовалось ношение тьютора еще 3—4 месяца. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия в обычных дозировках.

В результате плотной адаптации костей у всех больных этой группы получен анкилоз в хорошем положении конечности.

У 17 человек рентгенологически отмечалось разрушение вертлужной впадины, но крыша ее частично была сохранена. Головка бедра отсутствовала. От шейки оставалась лишь небольшой костный шип.

Вскрывался сустав. Из вертлужной впадины удалялись грануляционная ткань, казеоз, рубцы, впадина углублялась. При обработке бедра обязательно удалялись