

производим разрез. Эту смесь мы применяем с 1958 г. Операции, как правило, проходят бескровно, и лигировать приходится лишь крупные сосуды.

Иллюстрацией может служить следующее наблюдение.

У Г., 11 месяцев, гемангиома верхней губы. С момента рождения она быстро увеличилась в размерах и к 11 месяцам достигла величины $1,5 \times 2$ см.

18/X-58 г. операция (Г. М. Кузнецов) под неглубоким гексеналовым наркозом с применением анестезирующе-гемостатической смеси. После инфльтрации смесью самой гемангиомы и тканей вокруг опухоли и под ней спустя 8 мин произведено радикальное иссечение опухоли. Операция прошла совершенно бескровно, без спешки, при хорошей видимости границ гемангиомы. Послеоперационное течение гладкое. Исход — выздоровление.

Мы оперировали с применением смеси не только по поводу гемангиом, но производили и полостные операции у женщин во время месячных (острые аппендициты) и первичные хирургические обработки ран головы, лица, шеи.

Наблюдаемый при этом гемостатический эффект мы склонны объяснить следующим образом. Инфльтрация тканей анестезирующе-гемостатической смесью ведет к сдавливанию артериоло-капиллярной и венозной сети, к замедлению кровотока в ней и накоплению тромбоцитов. Вводимые при этом факторы свертывания, содержащиеся в сыворотке смеси, стимулируют процесс свертывания в силу активации образования тромбoplastина и усиливают тромбообразование артериоло-капиллярной и венозной сети в месте инфльтрации.

Осложнений от применения описываемой смеси мы не наблюдали. Возможно, наличие новокаина в смеси лишает сыворотку Беленького ее иногда наблюдаемых анафилактических свойств.

Выраженный гемостатический эффект, простота и доступность приготовления смеси — все это позволяет нам рекомендовать ее для применения с целью гемостаза при операциях по поводу гемангиом, операциях на обильно кровоснабжаемых областях (голова, лицо, шея) и в случаях, когда ожидается повышенная кровоточивость во время операции (например, при месячных). Наличие в сыворотках активаторов свертывания крови, по-видимому, делает возможным применить их для остановки кровотечения из ран гемофилика (инфльтрация тканей вокруг раны предлагаемой смесью, наложение давящей повязки, пропитанной смесью, на рану).

Задачей дальнейшего исследования является изучение сыворотки Н. Г. Беленького *in vitro*, а также использование гемостатических свойств других видов сыворотки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубаиров Д. М. Казанский мед. ж., 1959, 2; 1961, 2. — 2. Петров И. Р., Филатов А. Н. Плазмозамещающие растворы. М., 1958. — 3. Кудряшов Б. А. Проблемы свертывания крови и тромбообразования. М., 1960.

Поступила 3 февраля 1961 г.

НЕРАСПОЗНАННОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В БРОНХЕ, ПРИВЕДШЕЕ К РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКОГО

М. М. Криворотова

Хирургическое отделение (зав. — М. М. Криворотова) Марийского республиканского противотуберкулезного диспансера (главрач — Т. В. Кордэ)

В январе 1962 г. в хирургическое отделение Марийского противотуберкулезного диспансера поступил больной С., 18 лет, с жалобами на частые кровохарканья, легочные кровотечения и умеренный кашель со значительным количеством гнойной мокроты.

В июне 1961 г. во время прогулки по полю он вдохнул ржаной колос. Кашель первое время не беспокоил, и больной считал, что колос был проглочен. Через 2 дня после этого поднялась температура до 40°. Диагностирован экссудативный плеврит. Экссудат рассосался самостоятельно. Рентгеноскопически определялось затемнение, которое трактовали как туберкулезный инфильтрат. По поводу туберкулеза легких больной лечился в санатории и стационаре диспансера в течение многих месяцев. Несмотря на активную антибактериальную терапию, общее состояние и рентгенологическая картина не улучшались. С сентября 1961 г. начались частые кровохарканья, дважды было легочное кровотечение. 14 декабря 1961 г. с целью гемостаза наложен пневмоперитонеум. Производились повторные переливания крови. Больной принял 50,5 стрептомицина, 292,5 фтивазида и 271,0 ПАСК.

Ввиду полной безуспешности терапевтического лечения больной был направлен в хирургическое отделение. При поступлении общее состояние неустойчивое, температура в отдельные дни субфебрильная, РОЭ — 15 мм/час, Л. — 8500, небольшой лимфоцитоз. В правом легком выслушивались непостоянные влажные и сухие хрипы.

Рентгенологически: в нижней доле правого легкого медиально над диафрагмой участок уплотненной легочной ткани.

Производилось многократное исследование мокроты, только в одном мазке обнаружены БК. Отсутствие эффекта от антибактериальной терапии, повторные кровохарканья и выделение большого количества гнойной мокроты дали основание заподозрить бронхоэктазы неспецифической этиологии. 21/III-62 г. произведена бронхография, которая подтвердила цилиндрические бронхоэктазы в нижней доле правого легкого.

27/III-62 г. произведена под местной анестезией резекция нижней доли правого легкого. Сердечно-базальный сегмент, плотный на ощупь, был спаян с диафрагмой.

При исследовании удаленной доли обнаружены резко измененные сегментарные и субсегментарные бронхи сердечно-базального сегмента. Расширенный сегментарный бронх заполнен жидким гноем, после удаления которого обнаружен ржаной колос. Туберкулезных изменений в удаленной доле нет. Послеоперационный период протекал гладко. Больной выписан в хорошем состоянии.

Подобный случай описан М. В. Шестериной в журнале «Советская медицина», № 9 за 1956 г.

Мы считаем целесообразным еще раз фиксировать внимание на необходимости своевременной бронхоскопии при подозрении на аспирацию инородного тела. Повторные кровохарканья, выделение большого количества мокроты без выраженных рентгеновских данных со стороны легких являются показанием для бронхоскопии. При сборе анамнеза у легочных больных необходимо помнить о возможности инородного тела в бронхе.

Ранняя бронхоскопия с применением оптики может избавить нас от диагностических ошибок, а больного — от тяжелых осложнений и необходимости большого хирургического вмешательства на легких.

Поступила 24 августа 1962 г.

ПЛЕВРЭКТОМИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЭМПИЕМЕ 25-ЛЕТНЕЙ ДАВНОСТИ

И. З. Сигал

Курс туберкулеза (зав. — проф. Б. Л. Мазур) Казанского медицинского института на базе противотуберкулезного диспансера Тат. АССР (главврач — З. М. Кутуева, консультант — проф. Ю. А. Ратнер)

Проблема лечения хронических плевральных эмпием различной этиологии во многом нашла решение в разработке и применении операции нового типа — плеврэктомии. Операция имеет целью удаление эмпиемного мешка, формирующегося в результате длительного нагноительного процесса, и создание таким путем условий для расправления легкого и облитерации плевральной полости. Оперативным путем восстанавливают анатомические отношения в плевральной полости и функцию легкого, в значительной мере утраченную в связи с длительным ригидным коллапсом.

Несмотря на очевидные преимущества, для лечения неспецифических и туберкулезных эмпием плеврэктомия не получила достаточного распространения. Число опубликованных в литературе случаев применения плеврэктомии остается относительно небольшим, особенно при очень продолжительном коллапсе легкого.

Наш опыт составляют 16 восстановительных операций при ригидном пневмотораксе и хронических туберкулезных гнойных плевритах.

Приводим описание наблюдения, особенностями которого являются чрезвычайно длительный коллапс легкого и нагноительный процесс в плевральной полости.

Б., 44 лет, больна туберкулезом легких с 1935 г. Тогда по поводу левостороннего инфальтративного туберкулеза легких с распадом был наложен искусственный пневмоторакс, который в короткий срок привел к ликвидации бацилловыделения и закрытию очага деструкции в легочной ткани. К роспуску пневмоторакса приступили лишь в 1947 г. Легкое не расправлялось, появился выпот в плевральной полости. С 1948 г. экссудат в плевральной полости держался постоянно, периодически нагнаивался. Проводилось настойчивое консервативное лечение плевральной эмпиемы, осложнившейся многолетней давности искусственный пневмоторакс. Добиться заметного расправления легкого не удавалось, менялся лишь характер экссудата, он становился серозным. В течение последующих лет проводились пункции плевральной полости для эвакуации экссудата. В последнее время пункции переносила плохо, они сопровождалась обмороками, температурными реакциями.

С 1958 г. у больной отмечались редкие припадки эпилепсии.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное, температура субфебрильная. Жалобы на постоянную головную боль, умеренную одышку, боли в левой половине грудной клетки.

Некоторое западение и отставание при дыхании левой половины груди. Перкуторный звук справа легочный, слева — укорочен на всем протяжении. Тоны сердца