

О ЗАТРУДНЕНИЯХ ПРИ РАСПОЗНАВАНИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА БРОНХА, НЕ ОБТУРИРУЮЩЕГО ЕГО ПРОСВЕТ

Асс. А. А. Зяббаров

Кафедра рентгенологии и радиологии № 1 (зав.—проф. М. Х. Файзуллин)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

При удалении инородного тела из грудной полости трудно рассчитывать на успешное оперативное вмешательство без установления точного места его расположения и взаимоотношения с окружающими органами. Эта подчас нелегкая задача может быть решена, как об этом свидетельствует описываемое здесь наблюдение, лишь при методически правильно выполненном рентгенологическом исследовании.

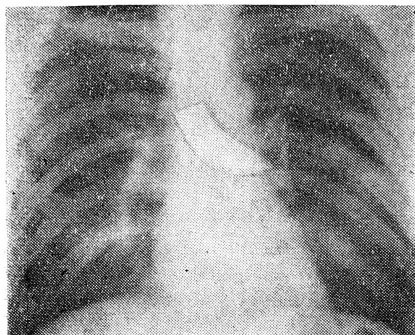


Рис. 1. Отломок ножа располагается в проекции левого главного бронха.



Рис. 2. Сагиттальная томограмма, выполненная отступая от срединной линии на 1,5 см влево. Отломок ножа в левом главном бронхе. Конец его выступает над бифуркацией.

В., 25 лет, в январе 1960 г. было нанесено ножовое ранение в шею с повреждением трахеи. Кожная рана была обработана и ушита в ближайшей районной больнице, где б-ной находился лишь четыре дня. Без рентгенообследования, как поправившийся, был выписан из стационара. По возвращении в город лечился амбулаторно у ларинголога по поводу кашля, появившегося после ранения. В мокроте временами наблюдались прожилки крови. Во рту ощущал «металлический» привкус.

Спустя 4 месяца после ранения при профилактическом флюорографическом исследовании у больного в грудной полости обнаружен отломок ножа.

В результате просвечивания, рентгенографии и бронхографии, выполненных достаточно опытными специалистами, был установлен диагноз «инородное тело заднего средостения», в связи с чем больному и была назначена операция — торакотомия. Между тем характерные анамнестические данные о выходе воздуха из раны, наличие рубца на шее по ходу трахеи и само положение тени отломка ножа на обычных снимках давали основание полагать, что нож попал не в средостение, а через трахею в бронх (рис. 1).

3/V-60 г. мы произвели больному томографическое исследование. Послойные снимки уточнили место расположения отломка ножа в левом главном бронхе (рис. 2).

Бронхоскопия от 7/V-60 г. (проф. Н. Н. Лозанов) это подтвердила и установила, что конец ножа несколько выступает в просвет трахеи.

Б-ной правильного телосложения, удовлетворительного питания. На коже подбородка и на шее, над яремной ямкой, рубцы. Перкуторный звук в легких справа в межлопаточной области несколько укорочен. Дыхание здесь жестковатое, а слева везикулярное. Границы сердца в пределах нормы. Тоны приглушены. Пульс 80, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Кровь 16/IV без особых изменений. Мокрота желтоватого цвета, гнойно-слизистого характера.

Ввиду острых углов у отломка и соприкосновения его режущего края с верхней стенкой левого бронха, на которой лежит дуга аорты, вытягивание его через трахею казалось сопряженным с риском повредить бронх и соприкасающуюся с ним дугу аорты.

В связи с этим больной был направлен в Институт грудной хирургии АМН СССР, где отломок ножа и удален 24/V-60 г. из левого главного бронха посредством правосторонней торакотомии и трахеотомии (проф. Н. И. Герасименко). В настоящее время б-ной никаких жалоб не предъявляет.

В этом случае заслуживают внимание те приспособительные и компенсаторные возможности организма, благодаря которым крупный отломок ножа, не обтурируя бронх, оставался там продолжительное время без заметных функциональных нарушений и был обнаружен лишь при профилактической флюорографии.

Поступила 5 октября 1960 г.