

атрезии привратника—требует своевременного хирургического вмешательства—единственная действительная помощь в таких случаях

Литература. 1) Р. А. Лурия. Каз. мед. жур., 1921 г., № 1—2) Бейл А. Новый хирургич. архив, т. V/2, 1924.—3) Quenu et Petit. Revue de chirurgie, № 1—2, 1902.—4) Assmann. Die klinische Röntgendiagnostik, 1924.—5) Hœding. Zbl. f. chir., 1926/7.—6) Schinz. Lehrbuch. d. Röntgendiagnostik, 1928.—7) Galdau u. Popp. Fort. a. d. Röntgenstrahlen Bd. XXXVII, H. 5.—8) Krehl. Патологическая физиология, 1911.—9) Р. А. Лурия и А. И. Миркин. Врач. дело, № 1—2, 1925.—10) R. A. Luria u. E. Mogilewsky. Archiv. f. Verdauungskrankheiten. B. XLIV (1928), H. 1/2.

Из Хирургического отделения Казанского военного госпиталя. (Гл. врач—Бабнунтин).

К казуистике извлечения инородных тел легкого под контролем экрана 1)

Завед. хирургич. отделением М. С. Знаменского.

Является ли присутствие инородного тела в легком показанием к его удалению? Следует ли его удалять даже в том случае, когда оно не причиняет серьезных расстройств? Повидимому, хирурги в настоящее время склоняются к положительному ответу на этот вопрос потому, во первых, что инородное тело даже после гладкого заживления раны представляет из себя опасность для его носителя, так как является очагом латентной инфекции, а во-вторых потому, что операции на плевре и легком далеко не так опасны, как считали раньше. Технически трудны и опасны поиски инородного тела только в области корня легкого, вследствие соседства крупных сосудов, но такие случаи редки, так как раненые большей частью погибают вскоре после ранения от кровопотери. Поэтому там, где извлечение пули технически возможно, оно должно быть предпринято.

Так было сделано мной в случае, к изложению которого перехожу: Ком-звода N полка И. в июле 1928 г., во время учебной стрельбы на полигоне, был ранен случайной пулей из пулемета с расстояния приблизительно в один километр. Так как он стоял, повернувшись к пулемету левой стороной, то пуля вошла по левой передней аксиллярной линии несколько выше уровня соска. Выходного отверстия не было. Тотчас после ранения—резкая одышка с частым и поверхностным дыханием, кровью не кашлял. Выздоровел через 2 недели, но в левом боку осталось ощущение какой-то тяжести и неопределенные болевые ощущения при глубоких вдохах («как будто царапает что-то внутри»). С такими жалобами и с желанием избавиться от пули И. поступил в Казанский воен. госпиталь в начале декабря 28 года.

Stat. praesens: больной—правильного телосложения, хорошего питания; по передней аксиллярной линии слева маленький бледный рубец на месте входной раны. Подвижность обеих половин грудной клетки хорошая и симметричная. Перкуторных изменений в левом легком (также как и в правом)—нет. Всюду выслушивается везикулярное дыхание. При рентгеноскопии обнаружена остроконечная ружейная пуля в левой половине грудной клетки, лежащая горизонтально, острием кнаружи, кнутри от сосковой линии. При рассматривании спереди тень имеет распылчатые контуры и превосходит нормальные размеры реальной винтовочной пули. При боковом просвечивании тень пули отодвигается кзади, так что между ней и сердечной тенью образуется довольно широкий светлый промежуток. При рассматривании сзади—тень представляется резко очерченной и по размерам почти равной действительной пуле. Пуля движется при дыхании—она несколько опускается при вдохе и подымается при выдохе, при этом она пересекает тень VIII ребра, которое движется в обратном направлении. На основании рентгено-скопии можно было сделать вероятное заключение, что пуля лежит в левом лег-

ком, на уровне задней части VIII ребра, где-то близко от задней поверхности легкого, вероятно на небольшой глубине.

Для более точного определения глубины залегания пули больной был направлен в рентгенов. кабинет Института для усов. врач. им. Ленина. Пр.-доц. Г. Я. Гасуль в своем заключении подтвердил наши выводы, высказавшись определенно, что «пуля лежит под висцеральной плеврой»¹⁾.

При выборе оперативного метода прежде всего напрашивалась мысль об использовании госпитального рентгенов. кабинета, который давал полную возможность оперировать под контролем экрана. Было решено оперировать по типу плевро-пневмотомии.

22/XII 26 г. операция. Обыкновенный стол рентгенов. кабинета с крышкой из фанеры превращен в операционный стол. Рентгеновская трубка установлена под столом, на экран надета стерильная наволочка с прорезанным в ней окном и установка была готова. 1-е просвечивание было сделано для кожного разреза. Местная инфильтрационная анестезия $1\frac{1}{2}\%$ новокаином, послойно. Разрез вдоль VIII ребра сзади (лопатка отодвинута закидыванием руки за голову). По рассечении мышц вырывается новокаин в VII, VIII и IX межреберья и резекция VIII и IX ребер на протяжении около 12 см. 2-е просвечивание. Отмечена точка расположения пули. Вокруг этой точки наложено три фиксирующих шва, проникающих сквозь плевру и легкое. После этого было произведено вскрытие плевры и извлечение из плевральной раны прилежащего участка легкого. Вследствие тампонады плевры извлеченным куском легкого—просачивание воздуха в плевральную полость было ничтожно. Пуля прощупывалась в извлеченном куске легкого. Через небольшой разрез висцеральной плевры (2 см.) она была найдена на глубине около $1\frac{1}{2}$ см. в полости с вяло гранулирующими стенками. Гноя в полости не было; на поверхности пули—известковые отложения. Рана легкого зашита катгутовым швом по типу Ламберовского шва и фиксирована к плевре. Плевра зашита наглухо. Подоформенная полоска к плевральной ране. Катгутовые швы на мышцы, шелковые на кожу. Обезболивание было полное. Больной не чувствовал во время операции никаких расстройств дыхания, мог по нашей просьбе задерживать дыхание в некоторые моменты операции. Легкое было совершенно нечувствительно ко всем манипуляциям на нем без всякой анестезии.

Послеоперационный период протекал без осложнений. В первые три дня были небольшие повышения t^0 (один раз до 38,0) и незначительная примесь крови к мокроте. 25/XII удален тампон. При выслушивании сзади определяется бронхальное дыхание соответственно ране, вокруг—рассеянные гудящие хрипы, дыхание—40 в минуту. Спереди слева—перкуторный звук имеет характер коробочного. 27/XII снята часть швов. *Prima intentio*. 29/XII сняты все швы. Больной ходит, самочувствие хорошее. При рентгеноскопии—очаг затемнения в левом легком соответственно ране, затемнение левого плеврального синуса, ограничение подвижности левого купола диафрагмы. 10/1—29 г. Общее состояние хорошее. Кашля нет. Глубокие вдохи болезненны. При рентгеноскопии—фокус в левом легком исчез, синус свободен, левый купол диафрагмы несколько ограничен в своей подвижности. 15/1. Больной выписан.

На основании одного случая нельзя, конечно, делать каких-либо выводов, но все же можно отметить большие удобства оперирования под контролем экрана, позволяющего совершенно уверенно идти к инородному телу, и огромные преимущества местного обезболивания, которое, по нашему мнению, могло бы быть при операциях на легких методом выбора.

¹⁾ Пользуюсь случаем выразить ему здесь свою благодарность.