

ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ АНТИВИРУСОМ ПРОФ. Б. Л. МАЗУРА

Е. Б. Галкина и А. А. Ахметзянов

*Аллергологический кабинет курса туберкулеза (зав.— проф. Б. Л. Мазур) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

В 1932 г. проф. Б. Л. Мазур, выращивая на бульоне «синюю палочку», лишенную кислотоупорности палочки Коха, впервые получил атуберкулиновый антивирус. В анти-
вирусе Б. Л. Мазура не растут «синяя палочка» и классическая туберкулезная микобактерия. В своей среде антивирус не содержит туберкулин, хорошо выдерживает стерилизацию в автоклаве. Эти специфические свойства антивируса дали возможность применять его в клинике. У больных внелегочным туберкулезом, леченных этим препаратом, исчезали проявления сопутствующих заболеваний, в частности бронхиальной астмы. Ежегодно антивирусом проф. Б. Л. Мазура лечились 50—60 больных, страдающих только бронхиальной астмой.

Для специального изучения эффективности лечения больных, страдающих бронхиальной астмой, антивирусом проф. Б. Л. Мазура мы проанализировали наблюдения над 149 больными. В возрасте от 3 до 20 лет было 28 больных, от 21 до 50 лет — 68, от 51 до 72 лет — 53. Мужчин было 43, женщин — 106. 38 из них болели от 1 до 3 лет, 79 — от 4 до 10 лет и 32 — от 11 до 20 лет. До лечения на приступы удушья жаловались 47 чел., на кашель — 57 (в том числе с мокротой — 16), на одышку — 58, на рвоту — 2, на кровохарканье — 8.

Антивирус применяли в разведении 1:20 на физиологическом растворе с добавлением 0,5% раствора карболовой кислоты, в дозе 0,2—0,3 мл подкожно один раз в неделю в течение 3—6 месяцев.

Выздоровели 28 (18,88%) чел., хорошие и удовлетворительные результаты получены у 110 (73,8%). Выздоровление и резкое улучшение наблюдались преимущественно у лиц в возрасте от 3 до 20 лет. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у больных в возрасте от 31 до 50 лет.

Не прекратились одышка, приступы удушья и кашля у 11 чел., страдающих эмфиземой легких, пневмосклерозом, бронхоэктатической болезнью. Не наступило улучшения у больных старше 60 лет, а также у ранее лечившихся против астмы гормональными препаратами (преднизолон, АКГП).

УДК 616.22—089.819.3—616—06

О РАННИХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ

Л. Л. Береснев, Д. Н. Смалин и А. Ф. Трефилова

(Куйбышев-обл.)

Интратрахеальный метод ингаляционного наркоза получил широкое распространение. Однако при нем нередко осложнения как в раннем, так и в позднем посленаркозном периодах.

Травматические осложнения при интратрахеальном методе наркоза зависят от повреждений, связанных с ларингоскопией, интубацией трахеи, тампонадой ротовой полости и глотки, длительным нахождением интубационной трубки в трахее.

Двайер, Кроненберг и Саклад (1949) уже через 2—4 часа после интубации обнаруживали в слизистой трахеи участки гиперемии и трахеита. Пребывание трубки в трахее более 6 часов приводило к возникновению изъязвлений величиной в 4—5 см², отеку и другим тяжелым изменениям слизистой глотки и трахеи. Ланди указывает, что после нахождения трубки в трахее в течение 70—80 часов она окружается оболочкой новой ткани подобно тому, как это происходит с трахеостомической трубкой. И. Е. Сум-Шик (1962) находил у всех обследованных им больных, независимо от продолжительности наркоза, выраженную гиперемию зева (дужек, миндалин, мягкого неба, язычка, задней стенки глотки). Осложнения, связанные с грубыми манипуляциями, техническими трудностями интубации, он наблюдал у 65% больных, посленаркозные ларингиты — у 39%. П. Д. Сатин и Д. Деянов (1964) отмечают постинтубационный синдром, выражающийся в покраснении, небольших кровоподтеках в верхних дыхательных путях, отеке язычка и истинных голосовых связок, охриплости голоса и т. д., у 60% больных.

Различие литературных данных о частоте травматических осложнений после интубации и интратрахеального наркоза побудило нас проанализировать характер и частоту повреждений ротовой полости, глотки и голосовых связок у наших больных, оперированных под интратрахеальным наркозом. С этой целью нами обследовано 50 больных в предоперационном и послеоперационном периодах путем прямой ларингоскопии. Больные были в возрасте от 20 до 72 лет. Обследование проводили накануне операции и на 2—5-й день после операции, вне зависимости от жалоб больных.

В предоперационном периоде изменения были выявлены только у 2 больных. У 1 из них был парез голосовых связок и у 1 — значительное количество слизи в зеве.

Индукцию в наркоз осуществляли 1—2% раствором тиопентала натрия. Релаксацию достигали внутривенным введением листенона (200 мг) или миорелаксина (250 мг). У 49 больных интубация была произведена через рот и у 1 через трахеостому в связи с возникшими во время индукции в наркоз техническими неисправностями инструментария и наркозного аппарата.

Интубационные трубки подбирали соответственно ширине голосовой щели. У 48 больных интубация трахеи была выполнена с первой попытки, у 2 — со второй. У 47 больных глотку и полость рта тампонировали влажным марлевым бинтом, а у 3 больных герметичность создавали раздуванием манжетки на интубационной трубке и тампонадой.

По нашим наблюдениям, продолжительность наркоза не оказывала влияния на обнаруженные в послеоперационном периоде повреждения глотки и полости рта.

При осмотре на 2-й день после операции 15 из 50 больных жаловались на боли и сухость в горле, болезненность глотания, першение. Нами были обнаружены следующие изменения: ссадины слизистой дужек и мягкого неба — у 2 больных, эрозии слизистой задней стенки глотки — у 4, точечные кровоизлияния в области языка — у 4, гиперемия истинных голосовых связок — у 5.

К 3-му дню после операции на травмированной слизистой появлялся сероватый фибринозный налет, к 5-му дню ссадины и эрозии обычно полностью заживали без специального лечения.

35 больных в послеоперационном периоде жалоб не предъявляли. Однако при ларингоскопии у 2 из них были обнаружены единичные поверхностные кровоизлияния на задней стенке глотки, у 2 — гиперемия языка и задней дужки, у 1 — инъекция сосудов истинных голосовых связок. У всех этих больных отмеченные изменения полностью зажили без лечения к 5-му дню после операции.

Выявленные повреждения слизистой ротовой полости или глотки были обусловлены: у 12 больных грубой прямой ларингоскопией (повреждение задней стенки глотки), у 2 — давлением на голосовые связки слишком толстой интубационной трубкой (инъекция сосудов голосовых связок) и у 6 — грубой тампонадой ротовой полости или тампонадой недостаточно увлажненным бинтом (повреждения слизистой дужек, языка, мягкого неба).

Характер и тяжесть травматических осложнений при интубации трахеи во многом зависят от опытности анестезиолога, глубины вводного наркоза и степени релаксации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сатин П. Д., Деянов Д. Эксп. хир. и анестезиол., 1964, 5.—2. Сум-Шинк И. Е. Хирургия, 1962, 9.

УДК 616.24—008.4—616.1—612.2

ВЕНТИЛЯЦИОННО-ПЕРФУЗИОННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ЩЕЛОЧНО-КИСЛОТНЫЙ БАЛАНС ПРИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Проф. К. А. Маянская, Р. Ш. Абдрахманова, Д. А. Валимухаметова,
Л. С. Низамутдинова и В. Р. Абдрахманов*

*Кафедра госпитальной терапии № 1 (зав.— проф. К. А. Маянская) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

В настоящей работе представлены результаты комплексного изучения нарушений газообмена в легких (по показателям легочных объемов, равномерности распределения вдыхаемого газа, диффузии газов в альвеоло-капиллярной системе легких), отклонений щелочно-кислотного равновесия, влияния CO_2 на дыхательный центр (по приросту легочной вентиляции), на накопление CO_2 во вдыхаемом воздухе (методом возвратного дыхания). Исследования проводили с использованием отечественных приборов: спирометра закрытого типа АООЗ-М, азотографа А-1, малоинерционного газоанализатора ГУМ-2, оксигенографа О-36, аппарата для замера ионов водорода АЗИВ-1.

Под нашим наблюдением было 207 больных и 30 практически здоровых лиц. 1 группу составили 110 больных, страдающих хроническими неспецифическими забо-