

В. В. Дьяков и Б. А. Яковлев (г. Кызыл Тувинской АССР). Бронхологическая практика легочно-хирургического отделения

В нашем легочно-хирургическом отделении на 25 коек бронхологические исследования применяются с марта 1965 г. Произведено 236 бронхоскопий 204 больным в возрасте от 8 до 77 лет. Все бронхоскопии выполнялись под наркозом.

Премедикация — 10—20 мг промедола за 20—30 мин. до бронхоскопии. Непосредственно перед наркозом мы вводим внутривенно атропин 0,5—1 мг и на фоне выраженного действия его — 2,5 или 5% раствор тиопентал-натрия в количестве, достаточном для достижения II ст. внутривенного наркоза по И. С. Жорову (250—300 мг для взрослого). Вспомогательное дыхание кислородом осуществляем через маску. Вводим 80—100 мг релаксантов короткого действия.

Из 180 обследованных больных с инфильтративно-пневмоническими, кавернозными и фиброзно-кавернозными формами легочного туберкулеза у 48 (26,7%) выявлен специфический эндобронхит. Всем им был проведен курс лечения путем эндобронхиальных вливаний антибактериальных препаратов в сочетании с общей антибактериальной терапией тремя препаратами.

У 31 обследованного больного бронхоскопии сочетались с забором промывных вод бронхов для цитологической и бактериологической диагностики.

У 18 больных было произведено 39 бронхоскопий по поводу послеоперационных ателектазов после частичных резекций легких и верхне-задних торакопластик.

После частичных резекций легких у 4 больных бронхоскопия проводилась от 2 до 4 раз через день до полного разрешения ателектаза.

У 6 больных с ателектазом легкого после верхне-задней торакопластики слева произведено 18 бронхоскопий (из них у 4 человек бронхоскопия проводилась от 3 до 5 раз ежедневно и через день до разрешения ателектаза), тогда как 2 больным с ателектазом после торакопластики справа сделано только 3 бронхоскопии.

Из всех оперированных в нашем отделении больных после операции торакопластики ателектаз развился в 38%; отмечено, что чаще и более стойкий ателектаз возникает после торакопластики слева, чем справа (соответственно 66 и 16%).

Мы также придерживаемся общепризнанного мнения, что при ателектазе бронхоскопия является методом выбора для удаления слизи из бронхов.

УДК 616.25—003.219—616.25—089.87

И. В. Борштенбиндер, В. А. Белоусов и А. К. Чеснов (Владимир). Плеврэктомия при спонтанном неспецифическом пневмотораксе

Возникновение спонтанного неспецифического пневмоторакса связано с дегенеративными фиброзными изменениями в межклеточной ткани, преимущественно в кортикальных отделах легкого, ведущими к нарушению эластичности легочной ткани с образованием пузырей. Разрыв такого пузыря и служит причиной спонтанного пневмоторакса. Основой развития фиброзных изменений является нарушение кровоснабжения кортикальных отделов легкого. С целью реваскуляризации дегенеративных атрофичных отделов легкого в 1954 г. была применена плеврэктомия с одновременным удалением измененных участков легкого при спонтанном неспецифическом пневмотораксе с хорошим результатом.

Такой подход к лечению спонтанного неспецифического пневмоторакса мы считаем наиболее перспективным, так как удаляется участок не только буллезной эмфиземы, но и измененной парietальной плевры, что ведет к быстрой облитерации плевральной полости с улучшением кровоснабжения кортикальных отделов легкого. Нам представляется целесообразным применение раннего хирургического вмешательства (резекция пораженного отдела с плеврэктомией) при спонтанном неспецифическом пневмотораксе.

По данной методике нами оперированы двое больных с хорошим непосредственным и отдаленным результатом.

Приводим одно наблюдение.

В., 19 лет, поступил 5/І 1968 г. с диагнозом: рецидивирующий спонтанный неспецифический пневмоторакс слева. Общее состояние удовлетворительное. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания от правой. Перкуторный звук слева с коробочным оттенком. Дыхание слева не прослушивается, справа везикулярное. АД 110/70, пульс 80, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены. Органы брюшной полости без особенностей. В декабре 1966 г. во время работы внезапно появились сильные боли в левой половине груди и одышка. В течение месяца лечился в районной больнице. Легкое удалось расправить путем аспирации воздуха из плевральной полости. 12/XII 1967 г. после приступа сильного кашля вновь появились боли в левом боку. Госпитализирован в районную больницу. Дважды произведенная аспирация воздуха из плевральной полости оказалась неэффективной. При рентгенологическом обследовании подтвержден диагноз спонтанного пневмоторакса слева. Легкое в виде темной полоски поджато к средостению. Тень сердца смещена вправо. Манометрия плевральной полости 7/І: — 2+2 — откачано пневмоторакс-