

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 межлунной 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 париеальной 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-

ным аппаратом 600 см³ воздуха. Манометрия повторно — 2+2. Решено прибегнуть к торакотомии с резекцией пораженного отдела легкого и плеврэктомией.

9/1 1968 г. под интубационным эфирно-кислородным наркозом с миорелаксантами произведена клиновидная резекция I и II сегментов верхней доли и плеврэктомия с декортикацией нижней доли легкого.

Расправление легкого после операции несколько замедленное (на 15-й день после операции); возник небольшой экссудативный плеврит, который был ликвидирован повторными плевральными пункциями с аспирацией экссудата.

В. выписан 10/II 1968 г. Через 6 месяцев после операции самочувствие хорошее. Работает.

УДК 615.847

П. И. Долнаков (ст. Зеленый Дол). Искусственная аэроионизация как лечебно-профилактический фактор

Начиная с 1959 г. мы при ряде заболеваний применяли аэроионотерапию.

Больные с острыми катарам верхних дыхательных путей (120 чел.) кроме медикаментозной терапии получали ионизированный воздух в течение 2—3 дней. При этом срок лечения уменьшался на 2—4 дня.

С профилактической целью во время вспышки острых инфекционных катаров верхних дыхательных путей мы производили в жилых помещениях организованных коллективов и в изоляторах лечебного учреждения искусственную ионизацию воздуха в течение 30 минут наряду с кварцеванием (после тщательного проветривания). В результате наблюдалось купирование вспышек в течение 5—7 дней, тогда как в не подвергшихся ионизации помещениях еще возникали заболевания.

У больных, поступающих с обострениями хронического бронхита, после применения аэроионов самочувствие улучшалось в первый же день, а в легких физикальные изменения исчезали после 3—5-дневного лечения.

При бронхиальной астме аэроионизация обеспечивает длительную ремиссию.

Весьма эффективна аэроионизация при мигрени.

УДК 617.54—001.4

Н. В. Швалев (Елабуга). Самостоятельное отхождение пули через верхние дыхательные пути при слепом ранении груди

Больной 16 лет доставлен в хирургическое отделение ночью 16/III 1949 г. по поводу слепого огнестрельного ранения груди, в состоянии шока. Входная рана расположена в области сердечного толчка. Тотчас же была оказана медицинская помощь, однако оперативное вмешательство не было показано. Через 6 недель больной был выписан в хорошем состоянии. Среди остаточных симптомов отмечались приступы кашля при положении на правом боку.

Спустя 5 месяцев в момент резкого движения при рыбной ловле больной почувствовал боль в груди, затем возник приступ кашля, во время которого он выплюнул пулю. Больной явился в поликлинику в хорошем состоянии. Установлено, что пуля была самодельной, вследствие чего ранение оказалось слепым. При рассмотрении рентгенограммы больного непосредственно после ранения предполагалось, что пуля застряла в стенке левого бронха, закрыв частично его просвет. В последующем при положении на правом боку пуля постепенно, в соответствии с изменением тканей стенки бронха, проскальзывала в его просвет; во время резкого движения пуля сместилась в просвет бронха полностью. Последовал рефлекторный приступ кашля, и пуля выделилась без осложнений.

УДК 616.22—089.819.3

Ю. М. Скоморохов (Иошкар-Ола). Оротрахеальная интубация в боковой позиции

В настоящее время значительная часть операций выполняется в положении больного на боку. Поворот его в эту позицию после индукции в наркоз и интубации может сопровождаться постуральными реакциями кровообращения вплоть до сердечно-сосудистого коллапса. Последний чаще всего встречается у больных с поражением спинного мозга и позвоночника, с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Постуральные реакции кровообращения особенно выражены при потенцированном наркозе. С целью их профилактики Санчес-Салазар и Бурштейн (1959) предложили интубировать больных, которым предстоит операция в положении на боку, в той же позиции. Однако освещения ряда вопросов, связанных с применением этого способа интубации, в литературе нам не удалось найти.

Мы используем следующую методику. На ночь накануне операции больной принимает барбитуровое снотворное, за 2—3 часа до обезболивания — транквилизатор (чаще андаксин). Перед введением в наркоз ему в положении на спине дают вдохнуть