

ным аппаратом 600 см<sup>3</sup> 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 катарамы 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. Последним 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

кислород через маску наркозного аппарата в течение 3—5 мин. Затем он сам повертывается на бок. Голову больного укладывают на подголовник, который позволяет удерживать ее повернутой на 45—50° в сторону, противоположную боку, на котором лежит больной, а также избежать бокового изгибания шеи. Продолжая давать чистый кислород, делают венепункцию и вводят атропин. Индукция в наркоз осуществляется внутривенным введением 2,5% раствора барбитуратов ультракороткого действия.

Интубацию мы выполняем при полном расслаблении мышц нижней челюсти, после введения деполаризующих миорелаксантов (1,5—2 мг/кг веса больного), анестезии 1—2% раствором дикаина верхних дыхательных путей и ротоглотки, методом прямой ларингоскопии клинком Мэгилла. При этом, надавливая снаружи на щито-видный хрящ гортани, мы придаем голосовой щели положение, доступное для обозрения анестезиологом.

Учитывая указания ряда авторов, что жизненная емкость легких в боковой позиции снижена, мы во время вводного наркоза переключаем ингаляцию кислорода на вспомогательное, а затем управляемое дыхание им через маску наркозного аппарата, вплоть до проведения ларингоскопии. В боковой позиции внутрижелудочное давление выше, чем на спине, и возможность регургитации возрастает. Поэтому искусственную вентиляцию легких мы проводим путем ритмичного, плавного нажатия полунаполненного мешка наркозного аппарата, не превышая положительного давления на вдохе 15 см вод. ст., релаксанты перед интубацией вводим медленно, в ряде случаев используем постоянный желудочный зонд, применяем прием Селлика (блокада просвета пищевода давлением на перстневидный хрящ гортани). Интубацию заканчиваем раздуванием манжеты на трубке и приданием голове прямого положения, чтобы в случае регургитации желудочное содержимое свободно вытекало из ротовой полости наружу. Введение трубки в трахею при достаточном опыте и навыке анестезиолога не является сложной манипуляцией и обычно легко удается за 12—25 сек. Длительность интубации не должна превышать 40 сек., так как выполнение ее в условиях гипоксии может привести к рефлекторной остановке сердца.

Эта методика использована нами при интубации 204 больных в возрасте от 12 лет до 71 года (у 19 из них были сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы и у 12 выраженная деформация грудной клетки и позвоночника). В правом боковом положении интубировано 104 больных, в левом — 100.

Интубация оказывала определенное непродолжительное влияние на сердечно-сосудистую функцию и дыхание. Чаще всего это выражалось в повышении максимального АД на 10—40, минимального — на 10—30 мм рт. ст., учащении пульса на 6—28 ударов. Насыщение крови кислородом по данным оксиметрии обычно снижалось на 1—3%, а в ряде случаев оставалось без изменений. В течение ближайших 15 мин. отмеченные сдвиги в гемодинамике и дыхании проходили, что свидетельствует о полном сохранении компенсаторных и адаптационных механизмов организма при проведении интубации в боковой позиции.

Технических трудностей при выполнении ее у больных с нормальными топографо-анатомическими соотношениями челюстно-лицевой области и шеи мы не испытывали. Продолжительность манипуляций колебалась от 8 до 37 сек. Мы считаем, что особенно показан описываемый способ интубации экстренным больным, которым предстоит операция в боковом положении.

УДК 616.36—089.87—618.2—618.4

### В. И. Драч и А. Л. Верховский (Киров). Течение беременности и родов после резекции печени

Сообщений о течении беременности и родов после резекции печени по поводу туберкулеза мы не нашли.

Приводим наше наблюдение.

Роженица М., 20 лет, находилась в родильном отделении с 3/XII по 11/XII 1967 г. по поводу срочных родов. Беременность первая.

В 1962 г. (в возрасте 15 лет) удалена правая латеральная доля печени по поводу кавернозного туберкулеза (оперировал В. С. Шапкин).

Беременность до 32 недель протекала нормально. После этого до срока наступления родов М. дважды (в 32 и 39 недель) находилась на стационарном лечении по поводу водянки беременных. Токсикоз протекал нетяжело и хорошо поддавался терапии. АД на протяжении всей беременности оставалось в пределах 90/50—110/70. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено, ЭКГ в норме. Реакция Пирке отрицательная. Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля чистые, структура корней не изменена, диафрагма справа фиксирована и подтянута вверх за счет послеоперационных спаек; сердце и аорта в норме.

3/XII 1967 г. произошли срочные нормальные роды. Родилась живая девочка весом 3300 г, длиной 50 см. Длительность первого периода родов 7 час. 10 мин., второго — 20 мин. и третьего — 20 мин. АД в родах оставалось на уровне 120/80. Общая кровопотеря 150 мл. Послеродовой период протекал нормально. Родильница выписана на 9-е сутки с живым ребенком в удовлетворительном состоянии.

При осмотре через 3 и 6 месяцев состоянии матери и ребенка удовлетворительное, жалоб нет.