

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.