

клиническое проявление и поэтому лечение при них не обязательно, является неверным. Хотя большинство ателектазов в пределах субсегмента разрешилось без лечения, мы сталкивались и с серьезными осложнениями при субсегментарных ателектазах. Оставленный без воздействия субсегментарный ателектаз у больного С., 20 лет, привел к бронхопневмонии. Еще более печальным было следующее наблюдение.

Н., 63 лет, поступила 7/XI 1961 г. с диагнозом: рак нижней доли левого легкого. 20/XI 1961 г. произведена левосторонняя пневмонэктомия. На рентгенограмме, снятой на операционном столе после окончания операции, отмечался субсегментарный ателектаз. Ему не придали должного значения, никакого лечения не назначили. Ателектаз инфицировался, развился абсцесс, и, несмотря на энергичное последующее лечение, включающее трахеостомию, больная погибла.

При ателектазах оставшегося легкого мы проводили аспирацию мокроты, промывание бронхов новокаином, введение в бронхи 2,4% диафилина по 5—10 мл, аэрозолетерапию (ингаляции щелочных и бронхорасширяющих растворов), трахеостомию, вводили сульфаниламиды, антибиотики.

Из 6 больных с долевыми ателектазами 4 выздоровели, всем им была произведена трахеостомия. Из 2 больных без трахеостомии 1 погибла на столе из-за гипоксического кровотечения, у 1 ателектаз осложнился абсцессом доли. Из 3 тотальных ателектазов 1 был ликвидирован с помощью трахеостомии, второй — путем аспирации мокроты через интубационную трубку. У третьего больного трахеостомия не производилась, ателектаз осложнился пневмонией. Тотальная гиповентиляция (трахеостомия не производилась) осложнилась пневмонией и закончилась смертью.

Мы считаем, что при долевым и тотальном ателектазах трахеостомия является методом выбора.

В последнее время в клинике применяется оправдавший себя метод профилактики ателектаза — микротрахеостомия. В трахею, проколов ее толстой иглой, вводят тонкую полихлорвиниловую трубочку, через которую с интервалом в 2—4 часа вливают 10% раствор поваренной соли и антибиотики. Это вызывает кашель.

Перед операцией больные получают аэрозоли антибиотиков и эфедрин с кислородом. Мы стремимся рано поднимать больных после операции. Для сохранения кашля назначаем им смесь пантопона, димедрола и эфедрина под кожу. Это уменьшает боль при кашле и расширяет бронхи. Лечебную физкультуру назначаем до операции и продолжаем в послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ

Ателектаз оставшегося легкого, даже субсегментарный, — это тяжелое осложнение после пульмонэктомии.

Лечение больных с ателектазом оставшегося легкого должно включать активное поведение больного и создание условий для удаления мокроты и улучшения вентиляции легкого. В тяжелых случаях не следует медлить с трахеостомией.

УДК 616.233—072.1—616—089.5—031.81

ОПЫТ БРОНХОСКОПИИ ПОД НАРКОЗОМ

И. З. Сигал, С. С. Рытвинский и Р. Н. Бобкова

Кафедра туберкулеза (зав. — канд. мед. наук Г. А. Смирнов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и туберкулезный госпиталь для ИОВ (начальник — В. Л. Унтербергер)

Техника бронхоскопии разработана достаточно детально. Однако вопрос о выборе обезболивания при бронхоскопии, производимой по разным поводам, до сих пор обсуждается.

Бронхоскопия под местным обезболиванием связана с некоторыми опасностями, осложнениями и неудобствами. Среди них следует упомянуть о возможной токсичности обычно используемых растворов диканна. По Ю. И. Мушковой (1957) те или иные осложнения, связанные с анестезией, наблюдались в 14%. Кроме того, отрицательной стороной местного обезбоживания является участие в процедуре больного, что наносит ему психическую травму. Согласно нашему опыту, при местной анестезии часто нет условий для методичного, неторопливого бронхоскопического исследования и эндобронхиальных манипуляций, особенно в левой половине бронхиального дерева.

Мы проводили бронхоскопию под барбитуровым наркозом после премедикации 2% раствором промедола (1 мл) и 0,1% (0,5—1 мл) сернокислого атропина, вводя медленно внутривенно 2,5% раствор тиопентала (500—1000 мг сухого вещества). Для релаксации применяли листенон (2% раствор). Такая последовательность и дозировка медикаментов рекомендуются Г. И. Лукомским (1963) и др.

Мы пользовались бронхоскопом Брюнинга. Верхнедолевые бронхи осматривались через оптический бронхоскоп. Подачу кислорода и периодическое управляемое дыхание производили через штуцер, смонтированный в проксимальный конец тубуса. Герметичность достигалась рыхлой тампонадой носоглотки или раздуванием резиновой манжеты, надетой на тубус бронхоскопа.

Всего нами выполнено 120 бронхоскопий под наркозом у 111 больных. Мужчин было 77, женщин — 34. В возрасте от 21 до 40 лет было 70 чел., старше — 36.

У 83 больных были разные формы туберкулеза легких, у 14 — рак легкого, у 12 — хронические нагноительные заболевания, у 1 — спонтанный пневмоторакс и у 1 — бронхоаденит.

У больных туберкулезом бронхоскопически обнаружены изменения слизистой на различных уровнях трахеобронхиального дерева. Наиболее частым симптомом была гиперемия (у 30 из 83 больных).

У большинства больных бронхоскопия производилась после интенсивной антибактериальной терапии в течение 3—8 месяцев. Поэтому инфильтрат был обнаружен только у 1 больного.

В результате регрессии эндобронхиального туберкулеза при наличии активных деструктивных изменений в легочной ткани у 1 больного было сужение верхнедолового бронха справа без рентгенологических признаков ателектаза.

На нашем материале четко выявилось несоответствие бронхоскопических и клинических данных. У всех больных, за исключением одного, не было клинических и рентгенологических признаков эндобронхиального туберкулеза, между тем как бронхоскопически были обнаружены различные по протяженности и характеру изменения. Диссоциация клинических и рентгенологических данных (даже при выраженных формах эндобронхиального туберкулеза) свидетельствует о необходимости еще проводить бронхоскопию при туберкулезе легких, особенно при установлении показаний к оперативному вмешательству.

У 12 больных туберкуломами легких антибактериальная терапия не привела к заметной регрессии туберкулом. Рентгенологически определялись больших и средних размеров туберкуломы с деструкцией. У половины больных сохранялось бацилловыделение. Бронхоскопически были выявлены изменения у 2 больных, причем у 1 они имели характер ограниченного инфильтрата. Продолжение общей и местной антибактериальной терапии обеспечило обратное развитие процесса в бронхах.

Из 19 больных с очаговым и диссеминированным туберкулезом легких изменения на слизистой трахеи и бронхов найдены у 7. Преобладала ограниченная и распространенная гиперемия. У 2 больных обнаружены высыпания отдельных бугорков, которые расценены как туберкулезные.

При хронических нагноительных заболеваниях легких распространенная и ограниченная гиперемия воспалительного характера слизистой бронха, главным образом на стороне поражения, распознана у 9 больных из 12. Воспалительный процесс имел характер гипертрофического гнойного бронхита с разрыхленной слизистой гнойными фиксированными наложениями. И здесь мы отметили несоответствие клинических, рентгенологических и эндоскопических данных. Иногда эндоскопически определялся распространенный гнойный эндобронхит у больных с небольшим количеством мокроты, при малом кашле и скудных аускультативных данных.

В комплексной диагностике рака легкого большое значение имеет выявление элементов опухоли в отделяемом из трахеобронхиального дерева. На частоту обнаружения атипических клеток влияет способ забора материала для анализа (Ф. Г. Углов, 1963). Исследование мокроты на элементы опухоли подтвердило клинко-рентгенологический диагноз у 7 больных из 14, исследование мазков из бронхального дерева — у 11. В мазках из бронхов клетки обнаруживались в большом количестве, располагались комплексами, что облегчает цитологическую диагностику. У 4 больных опухоль эндобронхиальной локализации была установлена эндоскопически. У 2 больных из-за особенностей анатомического характера введения интубационной трубки не удалось. Интересно отметить, что у одного из этих больных в другом лечебном учреждении интубация под наркозом также оказалась невозможной. У другого больного бронхоскопия удалась при повторной попытке. У остальных 109 больных она была осуществлена без особых затруднений. У одного больного после исследования при восстановившемся дыхании и сознании наступил ларингоспазм. Трахеостомия была крайне затруднена, и только трахеоцентез и инсуффляция кислорода через толстую иглу вывели больного из крайне тяжелого состояния.

Трахеоцентез заслуживает внимания как способ борьбы с острой дыхательной недостаточностью в результате непроходимости голосовой щели из-за спазма. В подобных случаях трахеотомия чревата опасностями из-за невозможности придать больному необходимого положения при крайне тяжелом состоянии. Кроме того, трахеотомия связана с потерей времени. Прокол трахеи для подачи кислорода, аспирации гноя и слизи использовался Радиганом и Кингом в 1960 г. (цит. по А. А. Шипову, 1964). Однако трахеоцентез как метод борьбы с острой асфиксией применяется редко¹.

¹ Это связано с невозможностью удалить экссудат из трахеобронхиального дерева через инъекционную иглу. Однако для быстрого введения кислорода в трахею этот метод весьма эффективен (прим. ред.).

Мы использовали иглу диаметром 3,5 мм со скошенным срезом, на которую насажена трубка с адаптером для наркозного аппарата. Прокол можно производить через кожу или предварительно надрезав ее. Трахею фиксируют пальцами левой кисти, прокол производят между I—II или II—III кольцами (или в промежутке между щитовидным и перстневидным хрящами — прим. ред.). Следует иметь в виду возможность повреждения задней стенки трахеи и пищевода (при слишком глубоком проникновении иглы).

Интубация, внутрибронхиальные манипуляции в условиях наркоза и релаксации ведут к сдвигам в частоте и ритме пульса. Отмечается тенденция к тахикардии, которая зарегистрирована у 24 больных; у 7 было урежение ритма, у 6 частота пульса не изменилась. В отдельных наблюдениях при манипуляции в левом главном бронхе отмечены экстрасистолы. После пробуждения у 8 больных частота пульса осталась без изменения, у 18 наступило урежение, у 11 — учащение по сравнению с данными, полученными во время исследования.

У 34 больных АД повысилось на 20—70 мм по сравнению с исходным. У части больных изменение АД вследствие наркоза и бронхоскопии было незначительным. У отдельных больных отмечено даже снижение максимального давления на 10—20 мм. У больных с гипертензией во время бронхоскопии нормализация АД наступала в разные сроки: у одних еще до экстубации и восстановления спонтанного дыхания, у других лишь через 30—60 мин. после экстубации и восстановления спонтанного дыхания.

Сравнение бронхоскопии под наркозом и под местной анестезией показало, что исследование в условиях общего обезболивания имеет значительные преимущества. Предпосылкой для безопасности этого метода является комбинация выключенного дыхания управляемым, которое при использовании бронхоскопа Брюнинга производится периодическим раздуванием легких через короткие интервалы. Релаксация создает оптимальные условия для интубации и проведения внутрибронхиальных диагностических и лечебных манипуляций. Часто по ходу исследования и перед ним наблюдались выраженные сдвиги в функции сердечно-сосудистой системы (тахикардия, гипертензия). Однако они обратимы и не отягощают посленаркозный период.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лапина А. А. Туберкулез бронхов. Медгиз, М., 1961.
2. Лукомский Г. И. Бронхоскопия в хирургической практике. Медгиз, М., 1963.
3. Мушковская Ю. И. *Вопр. онкол.*, 1957, 4.
4. Таланова А. Г. В сб.: *Состояние бронхов при туберкулезе*. Медгиз, Л., 1964.
5. Углов Ф. Г. Рак легкого, Медгиз, Л., 1963.
6. Шипов А. А. Трахеоцентез, трахеотомия, трахеостомия и фенестрация трахеи при тяжелых формах дыхательной недостаточности. Автореф. канд. дисс., Казань, 1964.

УДК 616.24—612.015.31—612.015.348—612.015.32

СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ И НАТРИЯ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

И. А. Латфуллин

*Кафедра госпитальной терапии № 2 (зав. — доц. С. И. Щербатенко)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова*

Изучение нарушений белкового и жирового обмена у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких имеет теоретическое и практическое значение. В настоящее время доказано, что хронический воспалительный процесс в легких в фазу обострения сопровождается глубокими изменениями белкового обмена (увеличение α_1 - и в особенности α_2 -глобулиновых фракций) и в меньшей степени — липидного (некоторое повышение α -липопротеидов) (В. Н. Саперов). Однако в патогенезе хронических воспалительных заболеваний легких значительное место занимает и расстройство водно-электролитного равновесия, в свою очередь тесно связанное с нарушением белкового, жирового и углеводного обмена (Р. М. Солтаханов).

Нами обследовано 86 больных (27 женщин и 59 мужчин в возрасте от 16 до 74 лет), из них 22 с хроническим бронхитом в стадии ремиссии, 46 с бронхоэктатической болезнью (32 — в стадии обострения заболевания) и 18 с легочно-сердечной недостаточностью II—III ст.

Содержание К и Na в плазме, цельной крови и в эритроцитах мы определяли методом плазменной фотометрии на отечественном плазменном фотометре типа ППФ-УИИИС-200. Кровь брали утром натощак. Все наши больные получали диету № 10 по Певзнеру, т. е. с содержанием Na 5,4 и К — 2,7 г. Для контроля мы обследовали 20 практически здоровых людей в возрасте от 19 до 47 лет и получили следующие результаты (в мг%):