

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. Вopr. 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 ППФУИИС-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%):

К плазмы	17,48 ± 0,67,	Na плазмы	325,4 ± 5,9,
цельной крови	170,4 ± 3,1,	цельной крови	196,1 ± 3,7,
эритроцитов	344,5 ± 6,7;	эритроцитов	69,1 ± 2,3.

Эти показатели содержания электролитов в норме совпадают с данными М. М. Кириллова (1965), Р. М. Солтаханова (1966), В. Г. Селивоненко (1964) и др.

У больных хроническим бронхитом при амбулаторном обследовании в период ремиссии заболевания обнаружены некоторые сдвиги в содержании К и Na (понижение уровня Na в плазме и некоторое повышение его в эритроцитах и уменьшение количества К в эритроцитах):

К плазмы	17,28 ± 0,29,	Na плазмы	324,6 ± 5,1,
цельной крови	169,6 ± 1,01,	цельной крови	200,63 ± 2,9,
эритроцитов	324,4 ± 3,3;	эритроцитов	70,26 ± 1,03.

Эти данные, характерные для недостаточности кровообращения, позволяют заключить, что даже в стадии ремиссии хронические заболевания легких протекают с нарушением электролитного обмена, приводящим к энергетически-динамической сердечной недостаточности, которая еще не сопровождается застойными явлениями, но ведет к ним. Более значительное колебание электролитов мы наблюдали у больных бронхоэктатической болезнью в период обострения и у лиц с легочно-сердечной недостаточностью II—III степени. Сравнительное изучение электролитов у больных бронхоэктатической болезнью позволяет подтвердить ранее высказанную нами мысль, что пневмония, утяжеляя состояние больных (а обострению бронхоэктатической болезни всегда сопутствует пневмония), усиливает нарушение водно-солевого обмена, хотя оказывает и самостоятельное влияние на минеральный обмен. При обострении заболевания отмечается падение уровня К и Na в плазме и некоторое увеличение количества Na в эритроцитах. Значительные и своеобразные сдвиги в содержании электролитов в крови у больных бронхоэктатической болезнью в период обострения заболевания, возможно, вызываются в какой-то мере увеличением потерь воды и солей с потом при лихорадке, с мокротой. Очевидно также, что сдвиги в электролитном обмене обуславливаются и усилением минералкортикоидной активности надпочечников. У больных с легочно-сердечной недостаточностью мы установили в основном те же нарушения водно-солевого обмена, но еще более резко выраженные. Это связано с развитием хронического легочного сердца, в большой степени зависящим от состояния миокарда, которое определяется не только расстройством гемодинамики, но и интоксикацией, исходящей из основного воспалительного процесса бронхо-легочного аппарата. Этот процесс и приводит к дисметаболическим изменениям сердечной мышцы с быстрым развитием правожелудочковой недостаточности. Таким образом, при хронической легочной патологии мы имеем определенную общность нарушений электролитного обмена, еще более усугубляющихся на фоне обострения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Саперов В. Н. Хроническая неспецифическая пневмония. Чувашгосиздат, Чебоксары, 1961.—2. Солтаханов Р. М. Врач. дело, 1966, 4

УДК 616.24—002—616.711—007.54

ХРОНИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ КАК ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ ДЕФЕКТОВ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ

Е. П. Тюлькин

*Детская клиническая больница № 4 (главврач — П. И. Маслова), кафедра детских болезней (зав. — проф. А. И. Перевощикова) Ижевского медицинского института
Научный руководитель — проф. Л. И. Шулуто (Казань, ГИДУВ)*

Наблюдая детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, мы обратили внимание на частое нарушение осанки у этой категории больных. Нас заинтересовала взаимосвязь изменений осанки со степенью поражения легких. Работа проводилась на базе местного санатория «Сельчка» для детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

Мы ставили задачу изучить, как часто встречается дефектная осанка у детей, страдающих хронической неспецифической пневмонией, зависимость осанки от давности поражения легких, состояния мышечной системы и стадии пневмонии. Было обследовано 133 мальчика и 197 девочек в возрасте от 3 до 14 лет. Для клинической характеристики неспецифической хронической пневмонии была принята классификация, предложен-