

тельного компонента реакции, но и высокая устойчивость клеточных структур трансплантата.

Во все периоды облучения отмечаются существенные отличия в состоянии васкуляризации и иннервации трансплантата и кожи.

Величины доз, при которых сохраняется актинорезистентность трансплантата, весьма значительны. При соответствующих показаниях осуществимо облучение тканей области ложа трансплантата рентгеновыми лучами в довольно высоких дозах.

Полученные результаты представляют ценность для развития методов комбинированного лечения ряда злокачественных новообразований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сигал М. З. и Чижова Е. И. Вестн. рентгенол. и радиол., 1954, 5.—
2. Сигал М. З. Вопр. онкол., 1959, 1.—3. Jerry, Grise, Rubin, Ryplansky, Cramer. Am. J. Roentgenol., 1960, 83, 6, 1087—1096.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.248—616.231—089.85

ТРАХЕОСТОМИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Л. М. Клячкин и Л. Д. Алекаева

(Саратов)

Угроза летального исхода при бронхиальной астме связана чаще всего с развитием тяжелого, длительно не разрешающегося астматического состояния (status asthmaticus). Б. Б. Коган в 1950 г. проанализировал по данным литературы и собственным 60 летальных исходов при бронхиальной астме, из числа которых 40 наступило во время астматического приступа. При этом наблюдалась закупорка просвета бронхов слизью, содержащей эозинофилы, спирали Куршмана и кристаллы Шарко — Лейдена. Частичная или полная резистентность к действию бронхолитических средств, столь обычная при status asthmaticus, указывает на второстепенное значение бронхоспазма в патогенезе этого состояния. На первый план выдвигается механическая окклюзия бронхов вязким слизистым секретом, которая угрожает развитием асфиксии и может стать причиной летального исхода. В этих условиях эффективное лечение больных бронхиальной астмой невозможно без механической очистки дыхательных путей от скопившейся в их просвете слизи. Waldblott (1949) предложил использовать для аспирации слизи бронхоскопию. Однако этот способ не может считаться эффективным, так как обструкция относится к мелким бронхам, недоступным для бронхоскопии (Marchand и van Hasselt, 1966). Кроме того, повторные бронхоскопии тягостны для больных и не всегда осуществимы из-за двигательного возбуждения и ларингоспазма (В. Д. Малышев и В. В. Сергеевич, 1961).

В. Д. Малышев и В. В. Сергеевич (1961) с успехом применили у одного больного при status asthmaticus трахеостомию. Через трахеостому систематически аспирировалась густая вязкая слизь, для разжижения которой авторы использовали введение в трахеостому раствора воды (2—4 мл 2% раствора 8—10 раз в сутки). Состояние больного значительно улучшилось уже на следующий день после вмешательства. Авторы пришли к выводу, что при тяжелом астматическом состоянии трахеостомия является спасительным мероприятием благодаря возможности осуществлять постоянный активный дренаж бронхиальной системы.

Д. А. Арапов и Ю. Б. Исаков (1964) рассматривают астматическое состояние при бронхиальной астме в качестве одного из показаний к трахеостомии. Трахеостома используется для введения через нее веществ, растворяющих слизь, с последующим отсасыванием содержимого бронхиального дерева. Аналогичную рекомендацию дает и Б. Б. Коган (1964).

Marchand и van Hasselt (1966) для лечения 20 больных, находившихся в терминальном астматическом состоянии, резистентном к лекарствам, применили трахеостомию с последующим периодическим управляемым дыханием под давлением, промывание бронхов теплым физиологическим раствором NaCl и отсасывание содержимого бронхов. Ацидоз корригировался внутривенными вливаниями раствора бикарбоната натрия. Умерло 3 больных. У остальных было восстановлено состояние компенсации. 1 больной во время повторного приступа вновь подвергся трахеостомии с оставлением постоянной трахеостомы. Авторы ссылаются на работу Lanoff и Crawford (1964), которые сообщили о трахеостомии с ручным искусственным дыханием при бронхиальной астме у детей.

Таким образом, есть основание считать трахеостомию с комплексом действий, восстанавливающих проходимость бронхов, и искусственным дыханием методом выбора в лечении больных со status asthmaticus. Тем не менее наблюдения над эффективностью этих действий в лечении больных бронхиальной астмой еще весьма немногочисленны. Показания к применению трахеостомии еще не могут считаться достаточно четко отработанными. Поэтому мы и сочли уместным представить наше наблюдение.

Д., 28 лет, поступила в отделение 11/V 1966 г. с жалобами на кашель с выделением скудной слизисто-гнойной мокроты и периодические приступы удушья. Считает себя больной с осени 1963 г., когда после переохлаждения у нее возник кашель с мокротой. В сентябре 1964 г. впервые появились приступы удушья, которые купировались инъекциями эфедрина. Зимой 1964 г. приступы участились, стали ежедневными. В декабре 1965 г. произведено удаление шейных симпатических ганглиев. В марте 1966 г. больная лечилась иглоукалыванием с кратковременным эффектом. С середины апреля 1966 г. приступы резко участились (до 10 раз в сутки), с трудом поддавались повторным инъекциям адреналина, эфедрина, диафиллина. На протяжении двух лет Д. периодически принимала преднизолон.

Состояние больной крайне тяжелое, status asthmaticus. Выраженный цианоз лица, конечностей, экспираторная одышка с числом дыханий до 40, при кашле выделяется незначительное количество мокроты. Пульс 120, ритмичный, АД 110/60 мм. Тоны сердца глухие. При перкуссии над легкими коробочный звук; дыхание ослабленное, много сухих свистящих хрипов, которые прослушиваются преимущественно на выдохе. Органы брюшной полости без особенностей. 12/V температура 38,5°, затем она стала субфебрильной. Л.— 11 750 со сдвигом влево (палочкоядерных 6%). В моче белок 1,5%. Мокрота слизисто-гнойная, вязкая, содержит большое количество лейкоцитов. При посеве ее выделен гемолитический стрептококк, чувствительный к левомицетину. Назначены диафиллин с глюкозой внутривенно, инъекции адреналина под кожу, пипольфена, ингаляции кислорода. Больная выведена из астматического состояния, однако приступы удушья у нее продолжались с частотой до 10—12 раз в сутки.

В ночь на 27/V у больной вновь развилось тяжелое астматическое состояние. Терапия бронхолитическими средствами не дала результата. АД снизилось до 80/60 мм. 27/V в 16 час. 30 мин. больная потеряла сознание, пульс и АД перестали определяться. После внутривенного введения гидрокортизона, эфедрина, норадrenalина больная пришла в сознание. Начато капельное внутривенное вливание растворов глюкозы, NaCl, перелито 250 мл однокрупной крови. АД поднялось до 130/70 мм, но характер дыхания не изменился, состояние оставалось крайне тяжелым.

В связи с безуспешностью консервативной терапии 28/V в 12 час. под местной анестезией произведена верхняя трахеостомия. Состояние больной сразу же заметно улучшилось, уменьшился цианоз, больная стала спокойней. Через трахеостомическую канюлю периодически отсасывалось вязкое слизисто-гнойное содержимое трахеи и бронхов. Кроме того, трахеостомическая канюля использована для искусственного дыхания кислородом при помощи наркозного аппарата, в трахею вводился пенициллин. Наряду с этим продолжалась и общая терапия (триамсинолон, адреналин, диафиллин, строфантин, пипольфен, промедол, люминал). К утру 29/V больная выведена из астматического состояния. В первые дни отмечались легкие приступы удушья 1—4 раза в день. Они легко купировались адреналином, а со 2/V прекратились вовсе. На 3-й день после трахеостомии температура нормализовалась. Цианоз и одышка исчезли. В легких прослушивались лишь единичные сухие хрипы. 1/V удалена трахеостомическая канюля. Рана зажила с образованием небольшого рубца. 29/V Д. выписана во вполне удовлетворительном состоянии. В течение последующих трех месяцев за медицинской помощью не обращалась, чувствует себя хорошо.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арапов Д. А., Исаков Ю. В. Трахеостомия как лечебный метод при неотложных состояниях. Медицина, М., 1964. — 2. Клячкин Л. М., Пинчук В. М., Хребтович В. Н., Катрушенко Р. Н. Вестн. хир., 1962, 11. — 3. Малышев В. Д. и Сергеевич В. В. Там же, 1961, 11. — 4. Marchand P., van Hasselt H. Lancet, 1966, 7431, 1, 227—230.

УДК 616.25—003.219

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС, СИМУЛИРОВАВШИЙ ПРОБОДНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА

М. Ю. Розенгартен, В. В. Голубев, А. Г. Галеев и Р. А. Малингер

(Казань)

В периодической литературе относительно редко появляются сообщения, касающиеся спонтанного пневмоторакса нетуберкулезной этиологии. Диагностика спонтанного пневмоторакса, особенно у практически здоровых людей, порою весьма затруднительна. Описаны случаи, когда при спонтанном пневмотораксе ошибочно диагностиро-