

ного результата у 82 больных из 150. Двухкратное введение потребовалось 53, трехкратное — 14 и четырехкратное — только 1 больному. В первые дни больные уже отмечали улучшение общего самочувствия, уменьшение боли, повышение работоспособности. Состав секрета предстательной железы изменялся медленнее. Выздоровление наступило у 115 больных, улучшение — у 27; у 8 больных лечение оказалось безрезультатным.

При промежуточном введении гидрокортизон-ацетата в простату 15 больным положительный результат лечения при однократном введении наступил у 5, при двухкратном — у 8 и трехкратном — у 2. Выздоровление получено у 11, улучшение у 3; у 1 больного лечение оказалось безуспешным.

Ввиду одновременного течения воспалительного процесса в различных участках предстательной железы при хроническом простатите трансректальное применение лекарственных веществ (при безопасности и возможности введения в желаемый участок железы) имеет свои преимущества перед промежуточным.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения прослежены у 89 чел. в сроки от 1 месяца до 3,5 лет. К повторному лечению пришлось прибегнуть только у 11 больных, у остальных результаты лечения были хорошие.

ЛИТЕРАТУРА

Ливерц М. Б. и Селицкий Н. А. Венерология и дерматология, 1930, 2.

УДК 616 — 089.5 — 031.81 — 616 — 06

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОГО НАРКОЗА

Ю. М. Скоморохов и Г. М. Плешаков

*Анестезиологическое отделение (зав.— Ю. М. Скоморохов) Республиканской больницы Марийской АССР (главрач — А. Н. Богаткина)
Научный консультант — доц. Ф. Н. Казанцев*

Интубационный наркоз, выгодно отличаясь от других способов анестезии, может сопровождаться рядом осложнений.

Наше сообщение основывается на опыте проведения эндотрахеального наркоза у 2334 больных в возрасте от 2 дней до 84 лет, в том числе у 294 детей до 15 лет, при самых разнообразных оперативных вмешательствах.

Перед операцией больным давали атропин, промедол, димедрол или пипольфен. Вводный наркоз осуществляли путем внутривенной инъекции 2,5% раствора барбитуратов ультракороткого действия. Интубацию делали после введения деполаризующих миорелаксантов (листенон, дитилин, миорелаксин).

Основной наркоз проводили эфиром или закисью азота на уровне I₃ или III₁, а в наиболее травматичные моменты операции — на III₂ с дробным введением релаксантов короткого действия и искусственной вентиляцией легких вручную по полуоткрытому контуру с поглотителем CO₂.

В процессе практического применения эндотрахеального наркоза мы учитывали и анализировали осложнения, связанные с его проведением. Травма слизистой полости рта, губ, зубов была у 169 больных (7,24%), ларингит, ларинготрахеит — у 242 (10,37%), острый стенотический ларинготрахеит — у 6 (0,26%), гипоксия — у 21 (0,9%), рекуаризация — у 1 (0,04%), регургитация — у 19 (0,81%), ларингоспазм — у 8 (0,34%), парциальный бронхоспазм — у 3 (0,13%), остановка сердца — у 2 (0,09%), острый отек легких — у 1 (0,04%). Летальных исходов, обусловленных обезбоживанием, не было.

Травматические осложнения интубации наблюдались нами главным образом на первом этапе работы, когда для вводного наркоза применяли эфир и не использовали миорелаксанты. Интубацию проводили с усилием из-за отсутствия достаточного расслабления жевательных мышц и голосовых связок. За последние годы, когда для вводного наркоза стали применять барбитураты ультракороткого действия и мышечные релаксанты перед интубацией, повреждения полости рта стали реже, а травмы зубов не было.

До настоящего времени мы часто встречаемся с явлениями ларингита, которые держатся в течение 3—5 суток после экстубации и сопровождаются жалобами больных на боли при глотании или на ощущение инородного тела в области гортани. Иногда отмечается охриплость голоса. Чаще всего повреждения полости рта и гортани происходят по вине начинающих анестезиологов.

Серьезным осложнением эндотрахеального наркоза является острый стенотический ларинготрахеит, развитие которого мы наблюдали у 6 больных (в том числе у 4 детей): у 3 — со стенозом I ст., у 2 — II ст. и у 1 — III ст. У 2 больных осложнение возникло в первые часы после операции, у 3 — к концу 1-х суток, у 1 — на 2-е сутки.

Консервативная терапия включала аэрозольные ингаляции адреномиметиков, двууглекислой соды, широкое использование антигистаминных, противовоспалительных, противоотечных, антиаллергических средств, антибиотиков, ингаляции увлажненного кислорода. При II—III ст. стеноза гортани мы немедленно вводим внутривенно кортикостероиды, которые дают хороший эффект (М. Г. Колпаков, 1964; Г. М. Соловьев, 1965; В. А. Кованев, 1966). В наших наблюдениях излочительный эффект дали только большие дозы кортикостероидов (гидрокортизон вначале 100—250 мг и в дальнейшем по 60—120 мг через 6—12 час. в течение 2 дней). После ликвидации явливший асфиксии мы вводили гидрокортизон внутримышечно или давали преднизолон в таблетках. Доза зависела от возраста, длительность курса лечения — от состояния больных. Побочного действия кортикостероидов не отмечено.

Большим, склонным к развитию стенотических ларинготрахеитов, до и во время проведения интубационного наркоза дают пипольфен (супрастин, димедрол), 10% раствор CaCl₂ и глюкокортикоиды. При первых признаках постинтубационного ларингита назначают аэрозольную терапию. Мы считаем целесообразным части больным, которая позволит предварительно выявить патологию и анатомические особенности со стороны ротовой полости, гортани, а также заранее выбрать диаметр трубки. В профилактике острого стенотического постинтубационного ларинготрахеита имеет значение и щадящая интубация на фоне полной релаксации, соблюдение асептики и санация полости рта.

Гипоксия появлялась чаще в период поддержания наркоза и вызывалась нарушением проходимости дыхательных путей, а также недостаточной вентиляцией пневмосклеротически измененных легких.

Регургитацию мы наблюдали при заболеваниях органов брюшной полости. Для предупреждения аспирации желудочного содержимого в дыхательные пути в период поддержания наркоза мы вводили постоянный желудочный зонд.

Ларингоспазм возникал обычно сразу же после экстубации и снимался ингаляцией чистого кислорода, введением миорелаксантов, орошением ротоглотки и гортани 1% раствором диканна.

У 3 больных, оперированных по поводу фибромиомы матки, фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, бронхоэктатической болезни, развился парциальный бронхоспазм, который удалось ликвидировать терапевтическими мероприятиями. Причиной бронхоспазма может быть механическое раздражение блуждающего нерва, а predisполагающим моментом — хроническое воспалительное заболевание легкого. При манипулировании в области ворот легкого следует инфильтрировать их новоканном, углубить наркоз и оперировать как можно более атрауматичнее.

Рефлекторная остановка сердца может наступить при самых различных оперативных вмешательствах и манипуляциях, как результат висцеро-кардиального рефлекса в ответ на раздражение блуждающего нерва.

Мы наблюдали остановку сердца у 2 больных. У больного С., 46 лет, ваго-вагальный рефлекс возник в ответ на интубацию трахеи. Проводилась премедикация: за 40 мин. до наркоза атропин (1 мг), промедол (20 мг) подкожно. Для вводного наркоза применялся эфир (глубина — III₁); миорелаксанты не использовались. Это была одна из первых интубаций. У больного Ф., 37 лет, остановка сердца наступила при резекции желудка в момент его мобилизации и вытягивания под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом с искусственной вентиляцией легких в стадии анальгезии. Премедикация — за 40 мин. до интубации введен 1 мг атропина подкожно. В обоих случаях энергичные реанимационные мероприятия привели к благоприятному исходу.

Наши наблюдения, а также литературные данные позволяют сделать вывод, что с целью профилактики возникновения ваго-вагального рефлекса необходимо: интубацию трахеи проводить при глубине наркоза III₂, во время операции в наиболее травматичные моменты углублять наркоз и не вести его в стадии анальгезии, атропин вводить внутривенно за 5 мин. до вводного наркоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гилевич Ю. С., Колюцкая О. Д., Зольников С. М. В сб.: Вопросы анестезиологии и реанимации. Ставрополь, 1964.— 2. Жоров И. С. Общее обезболивание в хирургии. Медгиз, М., 1959.— 3. Кованев В. А. Кортикостероиды в современном обезболивании. Медицина, М., 1966.— 4. Колпаков М. Г. Надпочечники и реанимация. Медицина, М., 1964.— 5. Соловьев Г. М., Меньшиков В. В., Усватова И. Я., Мещеряков А. В. и др. Гормоны надпочечников в хирургии, Медицина, М., 1965.— 6. Блажа К., Кривда С. и др. Теория и практика оживления в хирургии. Перевод с румынского. Бухарест, 1963.— 7. Наттов Г. Е., Сейдов М. С. Сердечно-сосудистый коллапс во время операции. Пер. с англ. ИЛ, М.—Л., 1961.