

4. Для предупреждения перекрестной инфекции патогенными кишечными палочками необходима госпитализация больных колиэнтеритами в отдельные палаты по типу возбудителя, лучше в боксированные отделения.

5. Для предупреждения суперинфекции у выздоравливающих детей и сокращения длительности бактериовыделения госпитализация вновь поступающих больных должна производиться в изолированные палаты.

6. В связи с высокой распространенностью и большой контагиозностью колиинфекций необходимо строжайшее соблюдение дезорежима во всех отделениях для детей раннего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грабовский П. М. Лаб. дело, 1961, 9.—2. Дашкевич И. О. и Михайлов И. Ф. ЖМЭИ, 1957, 6.—3. Дашкевич И. О., Дьяков С. И. и др. ЖМЭИ, 1959, 1.—4. Кабанова Е. А., Глубокина А. И. ЖМЭИ, 1958, 1.—5. Кабанова Е. А., Мордвинова Н. Б. и др. ЖМЭИ, 1960, 11.—6. Левина Е. Н. ЖМЭИ, 1958, 1.—7. Михайлов И. Ф. и Ли Ли. ЖМЭИ, 1958, 12.—8. Стычинский Г. А. Лаб. дело, 1961, 12.—9. Coons A. H., Kaplan M. H. J. exp. Med., 1950, v. 91.—10. Petuely T., Linder G. Arch. Kinderheilk., 1958, Bd. 158.

Поступила 30 мая 1962 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УСПЕШНАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ДЕФЕКТОВ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ И МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДОК

А. Б. Зорин, Ю. Ф. Писарев

Хирургическая клиника для усовершенствования врачей № 1 (нач. — действительный член АМН СССР, проф. П. А. Куприянов)
Военно-медицинской ордена Ленина Академии им. С. М. Кирова

Хирургическое лечение дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородок сердца стало доступным широкому кругу кардиохирургов.

В нашей клинике в течение 1961 г. оперировано 67 больных с врожденными дефектами перегородок сердца, и только в одном случае встретились с комбинированным пороком — дефектами межпредсердной и межжелудочковой перегородок, которые были закрыты одновременно.

С., 13 лет, поступил в апреле 1961 г. с диагнозом «врожденный порок сердца», который был у него обнаружен вскоре после рождения. Жалуется на одышку, повышенную утомляемость при умеренных физических нагрузках и боли в области сердца. За последние 1,5—2 года состояние стало заметно хуже. Несколько раз наблюдались состояния кратковременной декомпенсации с резкой одышкой, сердцебиением и цианозом.

Отстал в физическом и психическом развитии. Кожные покровы бледны и слегка цианотичны. Небольшой «сердечный горб». АД — 95/60. Пульс — 90, ритмичный. Над сердцем выслушивается грубый интенсивный систолический шум с максимальной слышимостью в третьем межреберье у левого края грудины. II тон над легочной артерией усилен. Анализы крови и мочи без особенностей.

Рентгеноисследование. Легочный рисунок усилен, тени корней легких расширены. Сердце увеличено, преимущественно за счет правого желудочка, талия сглажена. На ЭКГ преобладает правый желудочек при нормальном положении оси. На фонокардиограмме — голосистолический нарастающий ко II тону высокочастотный шум и усиленный II тон над легочной артерией.

Было сделано предположение о наличии у больного дефекта межжелудочковой перегородки. Предпринятое через большую подкожную вену бедра зондирование сердца подтвердило этот диагноз, но, кроме того, был обнаружен и дефект межпредсердной перегородки.

24/IV-61 г. в условиях искусственного кровообращения (срок выключения сердца — 33 мин) с периодической остановкой коронарного кровотока пережатием аорты