

Нами проведено прямое переливание крови (по 300—400 мл) 15 больным. У 4 из них был острый лейкоз, у 3 — болезнь Верльгофа, у 3 — гипопластическая анемия, у 1 — хронический лимфолейкоз, у 1 — болезнь Коровникова и у 3 — желудочное кровотечение (у 2 на почве язвенной болезни и у 1 вследствие злокачественной опухоли). Всего сделано 32 переливания.

Прямые переливания крови мы осуществляли при помощи специального аппарата, который предварительно заполняли физиологическим раствором, содержащим в 500 мл 4000 ед. гепарина. Доноры проходили обычное обследование. Переливалась только однокруппная и резус-совместимая кровь. Все больные хорошо перенесли переливание крови. У анемизированных больных улучшение самочувствия наступало сразу после переливания. В дальнейшем уменьшалась слабость, одышка, сердцебиение, проявления интоксикации. У 3 больных болезнью Верльгофа с выраженным геморрагическим синдромом прекратились кровотечения. Изменение клеточного состава крови определялось характером основного заболевания и глубиной поражения кроветворной системы. Хороший эффект мы наблюдали у больных с желудочным кровотечением, болезнью Коровникова, хроническим лимфолейкозом. У одной из больных гипопластической анемией удалось приостановить дальнейшее снижение количества форменных элементов, а у другой этот показатель значительно улучшился.

Из 4 больных острым лейкозом двое умерли, у двух наступила клиническая ремиссия.

Как наши наблюдения, так и литературные данные убеждают нас в хорошей эффективности прямых переливаний крови, обладающих целым рядом преимуществ перед переливанием консервированной крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беркутов А. Н. Воен.-мед. ж., 1965, 2.—2. Виноград-Финкель Ф. В., Киселев А. Е. и сотр. Там же, 1966, 1.—3. Гейро С. Б., Вязицкий П. О. Там же, 1964, 8.

УДК 616—007.253—611.677—611.351

БАРТОЛИНОВО-ПРЯМОКИШЕЧНЫЙ СВИЩ У ДЕВОЧКИ

А. З. Уразов

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

Бартолиновы железы обычно заканчивают свое развитие и начинают функционировать лишь в возрасте половой зрелости, поэтому нагноение их в допубертатном периоде является исключительно редким заболеванием. Еще реже встречаются бартолиново-прямокишечные свищи. Не обнаружив описания бартолиново-прямокишечного свища в современных руководствах по детской гинекологии и хирургии, мы решили опубликовать наше наблюдение.

М., 2 месяцев, поступила 20/IV 1966 г. За месяц до поступления у ребенка в нижней части левой большой половой губы с внутренней стороны появилось небольшое покраснение, которое в течение нескольких дней превратилось в воспалительную опухоль величиной с лесной орех. Ребенок стал беспокойным, поджимал ножки к животу. По рекомендации врачей мать прикладывала примочки с раствором фурацилина 1/4000 на воспаленный участок и рег. ос. давала антибиотики. Несмотря на лечение, «опухоль» самопроизвольно вскрылась, и выделилось значительное количество гноя, к которому в дальнейшем присоединился кал. Ко времени поступления в клинику у ребенка было полное недержание газов и кала.

Наружные половые органы хорошо видны при сомкнутых и вытянутых ножках. Хорошо выражен клитор и малые половые губы, большие половые губы — в виде небольшого валика. Девственная плева прикрыта малыми половыми губами. Кнаружи от левой половой губы имеется раневая поверхность ромбовидной формы, розового цвета, размерами 1—2 см, которая почти полностью занимает заднюю часть большой половой губы и заканчивается воронкообразным углублением. При зондировании этого углубления маточный зонд свободно проходит в свищевой ход и выходит наружу через анальное отверстие.

Таким образом, анамнез и топография свищевого хода позволили поставить диагноз: бартолиново-прямокишечный свищ с полным недержанием газов и кала.

Учитывая, что такой свищ не влияет на общее развитие ребенка, мы от операции отказались.

При осмотре через 10 месяцев у девочки уже возобновилась дефекация, однако временами отмечается частичное недержание газов и жидкого стула. Точечное наружное отверстие свищевого хода непроходимо для тонкого зонда.

У девочки, несомненно, был абсцесс, который вскрылся самопроизвольно. Следует учесть, что у маленьких детей абсцессы наружных половых органов могут открываться не только в области кожных покровов, но и в прямую кишку с образованием калового свища. Возможность такого осложнения должны иметь в виду как акушеры и педиатры, так и врачи других специальностей.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.233—616—073.75

Л. Ф. Черемухин и М. В. Ройтбург (Горький). К методике бронхографии у детей

Бронхография является ценным методом диагностики нагноительных заболеваний легких и особенно бронхоэктазов, при которых никакой иной способ исследования не обеспечивает выяснения точной локализации и протяженности патологического процесса.

Успешное проведение бронхографии у детей во многом зависит от правильного выбора вида обезболивания. Если у взрослых и детей старшего возраста бронхография успешно выполняется под местной анестезией, то у детей младшего возраста возможности применения местной анестезии резко ограничены.

В факультетской хирургической клинике Горьковского мединститута с 1961 по 1965 г. проведено 205 бронхографий у детей в возрасте от 2 до 14 лет, из них под наркозом у 131 и под местной анестезией у 74.

Детям назначали по 0,2—0,4 андаксина на ночь и за 2 часа до манипуляции. За 30 мин. до бронхографии вводили подкожно раствор атропина и промедола из расчета 0,1 мл на 5 кг веса или на 1 год жизни ребенка. После такой подготовки ребенка доставляли в рентгенкабинет, где и проводили наркоз и бронхографию.

Наркотические средства и релаксанты 39 детям вводили внутривенно. Встретившиеся при венопункции и последующей фиксации иглы в сосуде трудности заставили нас перейти на внутрикостное введение препаратов (у 92 больных). Прочная фиксация иглы в кости при работе в затемненном рентгеновском кабинете позволяла без затруднений вводить необходимые фармакологические средства. Внутрикостное введение 10—15 мл 0,5—1% раствора барбитуратов обеспечивало наступление неглубокого сна. По выключении сознания детям инъектировали миорелаксанты деполаризующего действия в анестетических дозах. В момент тотальной кураризации производили интубацию. Мы применяли укороченные интубационные трубки без надувных манжеток (для более удобной манипуляции ими при введении катетера в соответствующий бронх). По выполнении интубации к трубке присоединяли аппарат типа «оксимат» или дыхательный прибор ДП-1 для искусственного дыхания. Использование ДП-1 позволяет в затемненном кабинете осуществлять контроль за качеством легочной вентиляции. Для большей уверенности в эффективности работы прибора необходимо тщательно следить за дыхательными экскурсиями легких через рентгеновский экран.

Методика введения катетера в необходимый бронх проста. Мы использовали либо специальные управляемые, либо обычные хлорвиниловые катетеры. Последние для большей контрастности перед началом исследования смазывали йодлиполом. Исследование начинали, как правило, с предполагаемого интактного легкого. После введения катетера в бронх производили тщательную аспирацию содержимого бронха, а затем заполнение бронхиального дерева контрастом. Предварительно посредством аппарата ДП-1 создавали некоторую гипервентиляцию. По достижении необходимого контрастирования бронхов ДП-1 отключали. Снимки легкого производили в 2 проекциях на фоне «вызванного апноэ». В интервале между фасным и профильным снимком возобновлялась легочная вентиляция. По выполнении рентгенографии контрастное вещество из бронхов аспирировали. Контроль за тщательностью удаления его осуществляли рентгеноскопически. Рентгеновский аппарат при этом включали периодически, на очень короткий срок. Подобные манипуляции повторяли на другом, больном легком. После удаления контрастного вещества из бронхов второго легкого катетер извлекали, бронхиальное дерево орошали раствором пенициллина.

Применяемая нами методика отличается тем, что создает оптимальные условия для проведения бронхографии, обеспечивает полноценное насыщение организма кислородом и активное удаление углекислоты на всех этапах исследования.

УДК 616.127—005.8—616.24

А. И. Приказчиков (Астрахань). Особенности течения инфаркта миокарда у лиц с заболеваниями легких

Сочетание инфаркта миокарда с различными заболеваниями внутренних органов значительно изменяет течение этого страдания и ухудшает прогноз.

Из 498 больных инфарктом миокарда, которых мы наблюдали в 1956—1965 гг., у 152 (30,5%) были диагностированы также заболевания легких (у 43 — хронический