

У девочки, несомненно, был абсцесс, который вскрылся самопроизвольно. Следует учесть, что у маленьких детей абсцессы наружных половых органов могут вскрываться 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 инъекировали миорелаксанты деполаризующего действия в анаэстетических 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