

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 52 (30,5%) были диагностированы также заболевания легких (у 43 — хронический

бронхит, у 9 — бронхоэктазы, у 6 — бронхиальная астма, у 47 — пневмонии, у 57 — пневмосклероз, у 87 — эмфизема легких, у 3 — рак легкого, у 13 — туберкулез легких и у 4 — плевриты; у 62 больных было сочетание различных заболеваний легких). Нам чаще приходилось наблюдать развитие инфаркта миокарда на фоне эмфиземы легких, пневмосклероза, хронического бронхита. Пневмонии нередко развивались у больных с тяжелым течением инфаркта миокарда и значительно ухудшали прогноз. У больных с инфарктом миокарда, возникшим впервые, сопутствующие легочные заболевания отмечены в 26,1%, с повторным — в 34,9%.

При сопутствующих легочных заболеваниях чаще наблюдалось атипичное течение инфаркта миокарда (у 58,5% больных, против 30,3% в группе не страдающих ими). У больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями чаще наблюдаются астматический вариант.

Острая левожелудочковая недостаточность нами диагностирована у 15,8% больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями и у 1,7% больных без легочных заболеваний.

Мы установили значительное увеличение числа лиц с хронической сердечно-сосудистой недостаточностью среди больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями.

На ЭКГ у многих больных инфарктом миокарда с хроническими легочными заболеваниями, кроме изменений, характерных для инфаркта, мы находили снижение вольтажа QRS во всех отведениях, высокий зубец P во II и III отведениях, отклонение электрической оси сердца вправо, смещение интервала S—T в III и в правых грудных отведениях.

При БКГ-обследовании у больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями выявлены выраженные нарушения сократительной функции миокарда III и IV ст. по Броуну, снижение БКГ-индекса ниже 0,3, значительная гипокинемия и деформация волны систолического комплекса.

У больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями чаще возникали различные нарушения сердечного ритма.

У 33,5% больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями наблюдалось затяжное течение заболевания (без легочных заболеваний — у 11,5%).

У этих больных на протяжении длительного времени (от 1 до 6 месяцев) периодически появлялись боли в области сердца или приступы сердечной астмы, держалась субфебрильная температура, лейкоцитоз и ускоренная РОЭ.

У больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями различные осложнения были диагностированы в 34,2%, у больных без легочных заболеваний — в 9,2%.

У 21,6% больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями были тромбозы и эмболы различных органов, у 11,1% — инфаркты легких. У больных инфарктом миокарда без сопутствующих легочных заболеваний тромбоэмболические осложнения выявлены в 5,4%.

Прогноз при инфаркте миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями был более тяжелым, чем при их отсутствии. В первом случае летальность составляла 35,5%, во втором — 4,2%.

Особенно неблагоприятным был прогноз при инфаркте миокарда с сопутствующим туберкулезом, пневмонией, диффузным пневмосклерозом.

Так как сопутствующие легочные заболевания ухудшают течение и прогноз при инфаркте миокарда, необходимо обращать особое внимание на их терапию.

УДК 616.127—005.8

Т. Е. Апрелева (Саратов). Течение инфаркта миокарда по материалам больницы за 5 лет

В течение 1961—1965 гг. во 2-й городской клинической больнице находились 173 женщины и 230 мужчин с инфарктом миокарда, из них умерло 119 (29,5%). Наибольшая летальность — у больных старше 70 лет.

Инфаркт миокарда возник на фоне гипертонической болезни в сочетании с атеросклерозом у 75 женщин и 78 мужчин, на фоне атеросклероза без гипертонической болезни — у 97 женщин и 151 мужчины. У 1 больной, 38 лет, инфаркту миокарда предшествовал лептопахименингит, у 1 больной, 37 лет, — сепсис вследствие ракового поражения органов брюшной полости.

В I группе умерло 35,9%, во II — 25,4%.

Приступы грудной жабы до инфаркта миокарда отмечены у 313 чел., а из 119 умерших — у 88.

У 340 больных на ЭКГ был выявлен крупноочаговый инфаркт миокарда, из них умерло 112, у 58 — мелкоочаговый, из них умерло 4.

У 49 больных инфаркт миокарда возник повторно при наличии старых рубцовых изменений в миокарде, из них умерло 19.

По ЭКГ-показателям наиболее частой локализацией инфарктов была передняя и передне-боковая стенка левого желудочка. Изолированное поражение межжелудочковой перегородки было у 4 больных, 3 из них умерли.