

включении прибора в осветительную сеть 127—220 в на каждый телефон подается пониженное напряжение тока вместе или отдельно, при этом создается мягкий вибрирующий шум, не раздражающий слуховой анализатор. Степень заглушения обеспечивается регулятором громкости. Применение этого устройства в комплексе с другими методами лечения у многих больных давало положительный эффект, способствовало более быстрому восстановлению голоса.

Длительность заболевания и результаты лечения показаны в табл. 1.

Таблица 1

Длительность заболевания	Число больных	Выздоровление	Улучшение	Без изменения
От 2 недель до 1 месяца	100	95	5	—
От 1 до 6 месяцев . . .	88	74	12	2
От 6 мес. до 1 года . . .	12	6	6	—
От 1 года до 2 лет . . .	14	6	2	6
От 3 до 5 лет	12	6	4	2
От 5 до 10 лет	6	—	3	3
Итого . . .	232	180(80,6%)	32(13,8%)	13(5,6%)

При длительных функциональных нарушениях голоса, протекающих на фоне выраженных стойких функциональных заболеваний нервной системы, мы проводили лечение совместно с невропатологом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быстрицкий М. Д. Тр. ГИДУВа им. В. И. Ленина. Казань, 1960. — 2. Воячек В. И. Военная отоларингология, Медгиз, М., 1946. — 3. Бомаш М. Я. Хирургические болезни глотки, гортани и пищевода. Медгиз, М., 1954. — 4. Кордатов А. И. Вестник сов. отоларингологии, 1933; 4. — 5. Куликовский Г. Г. В кн.: Оtolарингология для войскового врача. М., 1940. — 6. Мукосеева О. М. Сб. научн. докл. Казан. ЛОР общ., 1946. — 7. Рябченко А. Т. В кн.: Функциональные нарушения голоса. М., 1965. — 8. Смалин Д. Н. Труды ОВГ, Оренбург, 1958. — 9. Супрунов В. К. В кн.: Болезни уха, горла и носа, Медгиз, М., 1960. — 10. Сысоева А. Р. Сб. тр. Лен. ЛОР НИИ, том 8, 1947. — 11. Финченко П. Е. Воен. мед. журн., 1967, 3.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616—089.168.1—616.127—005.8

Т. К. Пахомова (Куйбышев-обл.). Инфаркты миокарда в послеоперационном периоде

Инфаркт миокарда в послеоперационном периоде при вмешательствах в брюшной полости является редким, но грозным осложнением. В нашем хирургическом отделении с 1962 по 1965 г. погибли от инфаркта миокарда 4 больных: 2 (45 и 49 лет) после холецистэктомии и 2 (61 года и 77 лет) — после аппендэктомии. Трое страдали гипертонической болезнью (АД 175—160/100—90). Жалоб на боли в области сердца ни в анамнезе, ни при поступлении не было, хотя по секционным данным у 2 больных инфаркты оказались повторными. Двое оперированы под эфирным наркозом и двое под местной анестезией. У 2 больных инфаркты миокарда развились через 20—24 часа после операции, у 1 через 7 дней, у 1 через 17 дней. У двух последних больных было нагноение послеоперационной раны, и развитию инфарктов на несколько часов предшествовали перевязки с ревизией раны. У всех 4 больных течение инфаркта миокарда было атипичным. Больные отмечали усиление болей в послеоперационной ране, боли же в сердце появились только за несколько минут до смерти. Основным проявлением инфаркта был коллапс. У всех развился парез кишечника. Это вело к диагностическим ошибкам и назначению противопоказанных процедур и обследований (промывание желудка, обзорная рентгеноскопия брюшной полости). У 1 больного было заподозрено внутреннее кровотечение и была сделана релапаротомия.