



Рис. 7. Флебограмма б-го Р. Сдавление бедренной вены пупартовой связкой.

сужение подвздошных вен до 5 см. Выше и ниже сужения подвздошные вены были расширены. Больных не оперировали, поэтому причину сужения установить не удалось. У 4 человек было заметно сдавление обшей бедренной вены в проекции пупартовой связки (рис. 7). На флебограммах оно определялось в виде резкого уменьшения интенсивности затенения вены, выраженного красного дефекта наполнения по медиальному краю в этой проекции. Все эти больные были прооперированы, на операции диагноз подтвердился. Установлено сужение фиброзного кольца пупартовой связки и сдавление ею сосудистого влагалища. Произведено надсечение пупартовой связки по медиальному краю.

ВЫВОДЫ

1. Основными рентгенологическими признаками варикозной болезни нижних конечностей, выявленными по тазовым и ретроградно-бедренным флебограммам, являются эктазия подвздошной и бедренной вен, несостоятельность клапана сафено-бедренного анастомоза с рефлюксом контрастного вещества в большую подкожную вену, аневризматическое расширение устья большой подкожной вены, частичная или полная недостаточность клапанов бедренной вены.

2. У 35,7% больных одной из причин развития гипертензии и варикозного расширения подкожных вен явились различные экстравазальные сдавления вен бедренно-подвздошного сегмента.

3. Методы проксимальной тазовой и ретроградно-бедренной флебографии должны шире применяться в клинической практике. В зависимости от характера и степени анатомического и функционального состояния вен бедренно-подвздошного сегмента может быть выработана оптимальная оперативная и комбинированная тактика лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Константинова Г. Д. Патогенетическое обоснование хирургического лечения варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей. Автореф. докт. дисс., М., 1976.— 2. Савельев В. С., Думпе Э. П., Яблоков Е. Г. Болезни магистральных вен. М., Медицина, 1972.— 3. May R., Nissl R. Die Phlebographie der unteren Extremität. Stuttgart, 1959.

Поступила 19 декабря 1980 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.24—002.1—053.2—06

Г. И. Киршин, И. Г. Гришкин (Ижевск). Осложненное течение острой пневмонии у детей (причины и исходы в отдаленные сроки)

Изучение причин осложненного течения пневмонии у детей является актуальной проблемой современной пульмонологии. Нами проведено всестороннее клиническое и инструментально-лабораторное обследование 130 человек молодого возраста (15—30 лет), которые в детстве перенесли острую пневмонию с необычным течением. Одновременно тщательно проанализированы их истории болезни с самого начала заболевания.

В необычном течении пневмоний у детей играют роль как этиологические факторы, так и состояние макроорганизма и предрасполагающие моменты. У 103 (79,2%) обследованных первичным этиологическим фактором оказалась острая респираторная вирусная инфекция, из них у 24 (23,3%) человек наблюдалось наслоение одной вирусной инфекции на другую. У больных этой группы отмечено особенно тяжелое течение заболевания. Тяжесть пневмонии проявлялась выраженной интоксикацией, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью. Лихорадочный период продолжался 8—10 дней и более. Катаральные явления со стороны бронхолегочной системы и рентгенологические признаки заболевания разрешались медленно. Кашель беспокоил 2—3 мес и более. У детей раннего возраста отмечались приступы цианоза. У 23 из 90 человек, заболевших острой пневмонией в возрасте до 1 года, наблюдался энцефалитический синдром. Доминирующими симптомами общемозговых нарушений являлись судорожные приступы, протекавшие с потерей сознания и цианозом.

При изучении роли бактериального фактора отмечено, что у большинства больных посев на флору был положительным. Из фаринго-трахеального содержимого высеивалась довольно разнообразная флора, но чаще были гемолитические формы стафилококка и стрептококка. Пневмококк был выделен только у 9 (6,9%) больных. У 22 (16,9%) человек из дыхательных путей высеяны 2—3 штамма микроорганизмов.

Таким образом, в процессе выяснения причин осложненного течения пневмонии у детей нами установлена прямая связь между изменением этиологии пневмонии и наличием смешанной (микст) инфекции — вирусной, бактериальной и вирусно-бактериальной ассоциации.

Вторым важным фактором, предрасполагающим к осложненному течению острой пневмонии, является возраст ребенка, в котором он перенес первую пневмонию. Первое заболевание острой пневмонией установлено в возрасте до 1 года у 90 (69,2%) и от 1 года до 3 лет — у 40 (30,8%) больных. В более раннем возрасте пневмония протекала особенно тяжело и давала разнообразные осложнения. В развитии бронхолегочных процессов большое значение имеет наследственная предрасположенность и вредные привычки. Так, 5 (3,8%) матерей и 48 (36,9%) отцов злоупотребляли алкоголем. 92 (70,8%) отца курили. 61 (46,9%) отец и 25 (19,2%) матерей страдали хроническими бронхолегочными заболеваниями.

Отягощенный преморбидный фон, перенесенный рахит (у 40 чел.— 30,8%), экссудативный диатез (у 13 чел.— 10,0%), гипотрофия (у 9 чел.— 6,9%) и анемия (у 9 чел.— 6,9%), безусловно, влияли на развитие пневмонии и ее необычно тяжелое течение.

Несвоевременная госпитализация и соответственно поздно начатое комплексное лечение, погрешности в терапии (недостаточная доза антибиотиков без определения чувствительности микрофлоры, игнорирование противовоспалительной и десенсибилизирующей терапии, назначение неполного комплекса физиотерапевтических методов лечения и неудовлетворительная обеспеченность массажем) отмечены у 44 (33,8%) больных.

В последние годы на развитии осложнений в течении пневмонии сказывается и загрязненность воздушной среды города. В условиях неблагоприятной атмосферы (в районе интенсивного движения автотранспорта, промышленных предприятий), но без превышения допустимой концентрации в период заболевания проживал 21 (16,1%) больной, а к моменту настоящего исследования — 43 (33,1%) человека. При их обследовании в отдаленные сроки (от 15 до 30 лет) 18 (13,8%) человек признаны здоровыми. У 112 (86,1%) больных констатированы различные проявления хронических неспецифических заболеваний легких.

На основании жалоб больных на кашель и одышку, в связи с наличием катаральных явлений в бронхолегочной системе, рентгенологических и бронхографических изменений и бронхоскопической картины эндобронхита 61 (54,5%) человеку установлен диагноз хронического бронхита, 3 (2,7%) — хронической пневмонии, 28 (25,0%) — бронхоэктатической болезни. У 20 (17,9%) больных, оперированных по поводу бронхоэктазов, определен хронический бронхит, который, как следует отметить, сформировался также у страдающих хронической пневмонией и бронхоэктатической болезнью. Клинически и эндоскопически катаральный бронхит установлен у 34 (30,4%), гнойный — у 78 (69,6%).

Несмотря на то, что больных вызвали в клинику вне обострения заболевания, у 52 (40,0%) человек при клиническом и лабораторном исследовании (полный анализ крови, С-реактивный белок, белковые фракции, ферменты) установлен активный воспалительный процесс. Для оценки нарушений легочной вентиляции по данным спирометрии выделены два основных типа — обструктивный и необструктивный. Обструктивный тип нарушения вентиляции определен у 82 (63,1%), необструктивный — у 30 (23,1%), и только у 18 (13,8%) человек показатели вентиляции легких были в норме. Обследованные больные в детстве находились под диспансерным наблюдением, 65 (50,0%) — в подростковом возрасте, 60 (46,1%) — в юношеском.

Таким образом, тяжелые формы пневмоний смешанной этиологии, перенесенные детьми до трехлетнего возраста, при наличии неблагоприятного преморбидного фона и нерационального лечения чаще склонны к осложненному течению и формированию хронических неспецифических заболеваний легких у лиц молодого возраста. Такие дети нуждаются в преемственном и непрерывном диспансерном наблюдении у педиатров, подростковых врачей и терапевтов в целях профилактики развития и прогрессирования хронических неспецифических заболеваний бронхов и легких у взрослых.

УДК 616.935—053.2:612.017

Н. А. Романова (Казань). Дизентерия у детей с аллергически измененной реактивностью

Мы попытались выяснить, какое воздействие оказывает предшествующая алергизация организма на взаимоотношения аллергии и иммунитета у детей при дизентерии.

Для решения поставленной задачи были обследованы две группы детей, больных дизентерией, — с аллергически измененной (1-я) и неизмененной (2-я) реактив-