

искусственной вентиляции легких. Из-за скудности клинической картины осложнение было распознано лишь при переводе больного на спонтанное дыхание.

Вероятность повреждения плевры с развитием пневмоторакса выше при многократных попытках пункции сосуда. У всех пациентов с данным осложнением катеризация была выполнена со 2—4-й попытки. Поскольку повреждение легкого иглой незначительно, пневмоторакс нарастает постепенно, и клиника его обычно бывает смазанной. У 1 больного возник гемоторакс, который был ликвидирован однократной плевральной пункцией. Наряду с клиническими данными ведущее значение в диагностике этого вида осложнений принадлежит рентгенологическому исследованию, которое необходимо производить при малейшем подозрении.

Ошибочная пункция одноименной артерии была допущена у 2 больных. Это не опасное осложнение, если его вовремя распознать. Оно просто диагностируется и не требует никаких специальных мероприятий.

Из редких осложнений можно выделить отрыв кончика струны-проводника, который произошел при пункции бедренной вены и потребовал хирургического удаления оторвавшегося кусочка струны.

По нашим данным в 80% технические ошибки и неудачные пункции произошли вследствие неопытности врачей, их производивших, что заставило нас ограничить число лиц, выполняющих катеризацию.

Осложнения, связанные с длительным нахождением катетера в вене, более опасны и часто угрожают жизни больного. К ним относятся тромбофлебитические осложнения (у 4 пациентов), нагноение в месте пункции (у 9), сепсис (у 1). Опасность септических осложнений у ослабленных больных высока. Поэтому предупреждение инфекционных осложнений, обусловленных длительным присутствием катетера в центральной вене и многократным использованием его в процессе лечения, — весьма сложная задача. Необходимо строго придерживаться правил асептики при выполнении этой манипуляции и соблюдать меры антисептики при длительном стоянии катетера. Мы применяем антибактериальные промывки из 1% раствора диоксида с добавлением гепарина. Раствор вводят в конце каждого сеанса инфузионной терапии. Особое внимание следует уделять тщательному уходу за кожей в месте нахождения катетера.

Несмотря на возможность осложнений при катеризации центральных вен, нельзя отказаться от этого удобного, порой единственного метода интенсивной терапии.

УДК 616.127—005.8—007.251

С. А. Калинина (Ижевск). О разрывах сердечной мышцы при инфаркте миокарда

Проанализированы истории болезни умерших от разрыва сердца (РС). Из 1499 больных инфарктом миокарда (ИМ), поступивших на лечение в специализированное отделение для больных инфарктом миокарда с 1972 по 1978 г., умер 221; РС явился непосредственной причиной смерти у 56 из них (25,3%). РС в основном наблюдался у лиц пожилого возраста, чаще у женщин, чем у мужчин. В возрастной группе 51—60 лет РС произошел у 5 из 284 мужчин (1,8%) и у 3 из 70 женщин (4,3%), в возрастной группе 61—70 лет — соответственно у 8 из 270 (2,9%) и у 18 из 191 (9,4%); в группе больных ИМ старше 70 лет — у 5 из 107 (4,7%) и у 17 из 155 (10,9%). У всех больных РС происходил на фоне трансмурального ИМ в области передней стенки. Чаще РС наблюдался при первичном ИМ (76,7%), в 2 случаях при повторном ИМ (3,3%), в 12 при рецидивирующем (20,0%). В первые сутки течения ИМ разрыв сердца возник у 30 больных, на 2—3-и сутки — у 10, на 4—7-е — у 2, на 19—23-и — у 8. Все случаи поздних разрывов (после 7-го дня) были связаны с рецидивом ИМ.

У 53 больных было проведено наблюдение за электрической активностью сердца с помощью кардиомонитора в момент наступления клинической смерти от ИМ. Полная блокада с переходом в идиовентрикулярный ритм и последующей остановкой сердца констатирована у 22 больных, синусовая тахикардия с переходом в полную блокаду, а затем в идиовентрикулярный ритм и остановку сердца — у 15, синусовый ритм с последующими желудочковой тахикардией и остановкой сердца — у 3, фибрилляция предсердий с переходом в полную блокаду и остановку сердца — у 7, фибрилляция желудочков с последующей остановкой сердца — у 6, причем у 1 больного фибрилляция желудочков наблюдалась дважды, после дефибрилляции отмечалось кратковременное восстановление ритма, повторная фибрилляция желудочков перешла в остановку сердца.

Гипертоническая болезнь была у 65% больных ИМ с РС.

Антикоагулянтное лечение (гепарин) получали 46,7% больных, строфантин — 78,3% от общего числа обследованных.

Прижизненный диагноз РС был поставлен в 4,1%. В 68,7% РС был диагностирован путем ретроспективной оценки клинического течения и особенностей клинической смерти, в 27,2% — на вскрытии.

Таким образом, гипертоническая болезнь, физическое перенапряжение в остром периоде ИМ, рецидив ИМ, пожилой возраст являются факторами риска РС. Чаще РС наблюдается при переднестеночной локализации ИМ в первые сутки заболевания.