

В неканализованных поселках выгребов и мусороприемники часто переполнялись. Таким образом возрастало загрязнение внешней среды и создавались условия усиленного выплода мух. Эти два обстоятельства и оказались конкретными причинами возникшей сразу очень высокой заболеваемости кишечными инфекциями, прежде всего дизентерией. Снижение этих показателей шло в соответствии с организацией очистки. Большая поражаемость населения дизентерией наблюдалась во временных поселках, не имевших санитарно-коммунальных сооружений (пос. 102-й и 106-й км). Заболеваемость в этих поселках была в 3—5 раз выше, чем в центральной, благоустроенной части города. К 1956 г. к канализационным сетям было подключено 60% домовладений, в которых проживало 80% всего населения города. В связи с этим заболеваемость кишечными инфекциями в 1956 г. по сравнению с 1953 г. снизилась более чем в два раза, но все же продолжала оставаться высокой по сравнению с другими городами страны. На протяжении 1957—1960 гг. были снесены три временных, неблагоустроенных поселка, где проживало около 5000 чел. К 1960 г. оставались не полностью благоустроенными два поселка (население — 4000 чел.), которые сохранились до настоящего времени. Один из них построен вновь. Здесь наружные санитарные узлы подключены к местной канализационной сети. Во втором поселке все временные санитарные узлы капитально перестроены в соответствии с санитарными требованиями. Таким образом, большая часть населения пользуется канализацией.

УДК 616.346.2—002—611—012

Н. И. Пушкарев (Бижбуляк, Баш. АССР). Аппендицит и мезосигмоидит при полном обратном расположении внутренностей

Всего в известной нам отечественной и зарубежной литературе описано 76 наблюдений аппендицита при обратном расположении внутренностей.

У нашей больной аппендицит слева сочетался с мезосигмоидитом справа, что и представляется поучительным и потому заслуживающим описания.

Г., 50 лет, поступила 25/XI 1963 г. с жалобами на боли в левой подвздошной области и правой половине живота, рвоту и общую слабость. Заболела 24/XI; до этого несколько раз беспокоили кратковременные схваткообразные боли в животе.

T° — 37,6°. В легких везикулярное дыхание. Правая граница сердца проходит по правой срединно-ключичной линии, левая — на 1 см наружи от левой грудинной линии, верхушечный толчок — в V правом межреберье; тоны сердца приглушены; пульс 80, равномерный, правильный, среднего наполнения и напряжения. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Болезненность в левой и правой подвздошных областях. Симптомы Ровзинга и Ситковского положительные слева. Э. — 4 820 000, Л. — 14 700, РОЭ — 13 мм/час. Рентгеноскопией, а затем и рентгенографией грудной и брюшной полостей установлено полное обратное расположение внутренностей.

С диагнозом аппендицит больная взята на операцию.

Печень слева, селезенка справа, желудок и двенадцатиперстная кишка слева; слепая кишка находится в левой подвздошной ямке; червеобразный отросток утолщен, напряжен, окутан фибринозно-гнойными наложениями и спайками; сигмовидная кишка справа, изгиб ее в правом подреберье, основание сужено, на брыжейке рубцы и перетяжки.

Произведены аппендэктомия и мезосигмопликация по И. Э. Гаген-Торну.

При гистологическом исследовании отростка установлен флегмонозный аппендицит. 13/XII больная выписана по выздоровлении.

Таким образом, боли справа у пациентки имели определенную местную причину — мезосигмоидит.

УДК 612.14

И. И. Фрейдлин (Казань). Значение положения тела при измерении АД у беременных женщин

Известно, что на уровень АД влияют многочисленные факторы, в частности положение тела.

Нами было обследовано 120 женщин. Повторные измерения АД производились на одной и той же плечевой артерии аускультативным способом (по Короткову) вначале в положении женщины лежа на спине, а затем через 10—15 минут после того, как она садилась, либо наоборот — вначале сидя, а потом лежа. Разница АД в положении лежа и сидя (ортоткиностагическая разница) в 10 мм считалась нами методически допустимой, а более 10 мм рассматривалась как определенный симптом.

Из 40 здоровых небеременных женщин в возрасте от 17 до 44 лет с уровнем АД не выше 135/90 и не ниже 100/60 ортоткиностагическая разница максимального АД, превышавшая 10 мм, обнаружена лишь у трех (у одной — 15 и у двух — 20 мм), а минимального — у одной (20 мм).

Из 40 беременных женщин в возрасте от 17 до 43 лет, имевших нормальный уровень АД, со сроком беременности свыше 30 недель, ортоткиностагическая разница максимального АД, превышавшая 10 мм, выявлена у 6 (у 2 — 15 и у 4 — 20 мм), а минимального — у 3 (у одной — 15 и у двух — 20 мм).