

швом. Полученная таким образом кишечная трубка с необходимым диаметром соединена с уретрой без натяжения анастомозом конец в конец двухрядным швом. Искусственный мочевого пузырь дренирован постоянным катетером на 2 недели.

При гистологическом исследовании удаленной опухоли установлен диагноз: лейомиома мочевого пузыря (проф. Г. Г. Непряхин).

Через 8 месяцев после операции состояние больной удовлетворительное, мочеиспускание свободное. Емкость искусственного мочевого пузыря — 120—150 мл. Остаточной мочи нет.

УДК 616—07—616.346.2—002—618.2

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Н. С. Мазченко

Клиника госпитальной хирургии (зав. — доц. П. И. Любишкин) Владивостокского медицинского института

Как известно, диагностика острого аппендицита при беременности, в особенности во второй половине ее, затруднена. Это обусловлено неясной клинической картиной, отсутствием или стертой типичных симптомов этого заболевания (Е. Г. Дехтяр, А. А. Зыков и др.). В то же время промедление с операцией чревато опасностями как для матери, так и для плода.

При обследовании таких больных мы обратили внимание на усиление имеющейся болевой реакции в животе в момент шевеления плода. При этом беременные, как правило, более точно локализовали зону болезненности.

Надо думать, что при шевелении плода толчки передаются через стенку матки на воспаленный червеобразный отросток и его брыжейку, что и вызывает болевую реакцию. При вовлечении в воспалительный процесс париетальной брюшины шевеление плода вызывает сотрясение ее, что также, естественно, сопровождается болезненностью.

Это наблюдение проверено нами на 11 больных, подвергнутых оперативному вмешательству. Диагноз острого аппендицита подтвержден у них микроскопическим исследованием удаленных червеобразных отростков. Во всех случаях учет упомянутых анамнестических данных облегчал диагностику острого аппендицита у беременных.

Для иллюстрации приведем краткие выписки из историй болезни.

1. И., 21 года (беременность 28 недель), поступила 14/X 1964 г. в 18 час. 30 мин. с жалобами на боли в правой подвздошной области, возникшие утром того же числа. Первоначально они были незначительными, в последующем постепенно нарастали. Ранее подобных болей И. не отмечала.

Температура 36,6°. Пульс 80, ритмичный. Органы грудной клетки без отклонения от нормы. Язык слегка обложен белым налетом, влажный. Живот увеличен в объеме, шаровидной формы. Дно матки — между пупком и мечевидным отростком. Сердцебиение плода ясное. Живот мягкий, в правой половине болезненный. Боли усиливаются при шевелении плода и локализируются в правой подвздошной области. При положении больной на левом боку напряжение брюшной стенки в правой подвздошной области не выявляется. Симптомы Ровзинга, Ситковского и Щеткина отрицательны. Мочеиспускание нормальное. Симптом Пастернацкого справа положительный. Выделений из половых путей нет.

Л. — 9000, п. — 2%, с. — 82%, л. — 14%, м. — 2%.

Утром боли почти полностью стихли, но в момент шевеления плода все же возникали с прежней интенсивностью. Л. — 11 200. Указанное обстоятельство позволило предположить, что у больной острый аппендицит, и ей была произведена аппендэктомия под местной анестезией по А. В. Вишневскому.

Гистологическое исследование: флегмонозный аппендицит.

2. Г., 32 лет (беременность 32 недели) поступила 20/VII 1965 г. в 19 час. 25 мин. по поводу болей в правой половине живота. Заболела 5 часов назад. Первоначально была рвота, боли по всему животу. В последующем боли локализовались в правой подвздошной области.

Температура 37,2°. Пульс 80. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот шаровидной формы, дно матки — между мечевидным отростком и пупком. Болезненность в правой подвздошной области. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Щеткина отрицательны. При шевелении плода боли в животе усиливаются.

Л. — 11 000, э. — 4%, п. — 11%, с. — 70%, л. — 13%, м. — 2%.

Данных для постановки диагноза острого аппендицита, по мнению дежурного врача, было недостаточно, и больная оставлена для наблюдения. Утром боли несколько стихли, но при шевелении плода держались с прежней интенсивностью. Температура 37°, Л. — 9500.

Произведена аппендэктомия. Данные гистологического исследования: флегмонозный аппендицит.

В остальных 9 наблюдениях клиническое течение заболевания не вызывало сомнений. Во всех случаях отмечалось усиление болей в момент шевеления плода.

Ввиду малого числа наблюдений настоящее сообщение следует рассматривать как предварительное; совершенно очевидно, что нет основания переоценивать указанный симптом. Однако следует иметь его в виду при постановке диагноза у больных во второй половине беременности, поступающих с подозрением на острый аппендицит.

УДК 616—005.6—616—005.7—618.2

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ «ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ»

О. А. Королькова

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

При анализе статистических материалов в аспекте общебольничной летальности Б. П. Кушелевский и Е. Д. Шмидт отметили, что тромбозы и эмболии чаще всего наблюдаются у женщин. К этому же выводу в своих наблюдениях пришли Фар, Мартини и др. Преобладающую частоту тромбоэмболий у женщин следует объяснить, по-видимому, дополнительной нагрузкой на сосудистую систему женского организма (особенно в области органов малого таза и нижних конечностей) в связи с беременностью, родами и послеродовым периодом.

Д. П. Павловский, разработав протоколы секций пяти крупных прозектур клинических больниц общего профиля г. Киева за 10,5 лет (1951—1961), нашел, что почти у каждого пятого больного, умершего после операции главным образом на брюшной полости и тазе, обнаружены тромбы и эмболы.

Считают, что операционная травма, извращая физико-химические и биохимические свойства крови и прежде всего ее свертывающую и антисвертывающую системы, является ближайшей причиной или разрешающим фактором возникновения тромбоэмболий. Поэтому для своевременного выявления и устранения этих состояний особый смысл приобретает изучение в динамике отдельных компонентов свертывающей системы крови и их нормализация с помощью антикоагулянтов.

Приводим наше наблюдение над беременностью и родами при «тромбоэмболической болезни» с благоприятным исходом при раннем применении антикоагулянтной терапии.

Е., 35 лет, поступила в родильное отделение 4/II 1963 г. с диагнозом: флебит подкожных вен левого бедра. Беременность 36—37 недель.

Жалобы на боли в области левого бедра. При пальпации по ходу вен определяется плотный болезненный тяж. Цвет кожных покровов не изменен. Пульс 78. АД — 110/70 мм. Со стороны внутренних органов грудной клетки отклонений от нормы не отмечено. Органы брюшной полости в пределах нормы. Наружные и внутренние размеры таза нормальны. Э. — 4 210 000. Протромбин крови 112%, свертываемость по Бюркеру на 2-й минуте. Выявлен флебит подкожных вен левого бедра. Назначены: стрептоцид по 0,6 3 раза в день, компресс с мазью Вишневского и шинирование нижней конечности. 14/II у больной было носовое кровотечение, остановленное тампонадой и кровоостанавливающими средствами. 18/II в 13 час. внезапно появилась резкая одышка, боли в груди, цианоз и выраженная тахикардия. Пульс — 110, нитевидный, слабого наполнения, аритмичный. АД — 80/60 мм. Заподозрена эмболия легочной артерии. Назначен кислород для дыхания, кардиамин и микстура Лианори. Состояние больной оставалось тяжелым в течение 1,5 суток. Боли в левой нижней конечности нарастали. 20/II появилось чувство одеревенения в области бедра. Левая нога равномерно синюшного цвета, увеличена в объеме, теплая, пульс на бедренной артерии не пальпируется. Окружность средней трети левого бедра — 59 см, правого — 53 см; окружность средней трети левой голени — 40 см, правой — 34 см. Пульс 120. Жалуется на схваткообразные боли внизу живота. Установлен острый тромбоз глубоких вен левого бедра. Рекомендованы антикоагулянты и прерывание беременности путем кесарева сечения. В тот же день после консилиума было решено вести больную консервативно с применением антикоагулянтов. Назначены: постельный режим, стрептомицин по 250 тыс. ед. 2 раза в день внутримышечно, норсульфазол по 1,0 через 4 часа, салicyловый натрий по 0,5 3 раза в день и дикумарин по 0,01 3 раза в день в течение 3—4 дней с последующим его применением в дозе, соответствующей протромбиновому показателю и объективным данным.

24/II состояние больной несколько улучшилось, но она жалуется на слабость, кашель с выделением гнойной мокроты. Боли в левой нижней конечности беспокоили меньше. Содержание протромбина крови снизилось до 89%. Пульс 98, АД — 90/70 мм. Окружность средней трети левого бедра — 60 см, правого — 50 см; окружность средней трети левой голени — 39 см, правой — 30 см.