

редной менструации, наступившей в срок. Обычно менструации болезненны. Полгода назад наблюдался подобный приступ, но боли были менее интенсивными, и больная к врачу не обращалась. В 1963 г. произведена операция по поводу левосторонней паховой грыжи.

Температура 37,3°. Язык обложен белым налетом, влажный. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс 88, ритмичный. АД 110/80. Живот умеренно вздут, резко болезнен в правой подвздошной области, симптом Щеткина — Блюмберга положительный. После очистительной клизмы был стул, боли в животе уменьшились. Гинекологических заболеваний не выявлено. С подозрением на острый аппендицит больная госпитализирована. Ночь больная спала плохо, к утру усилились боли в животе, появились напряжение мышц в правой подвздошной области.

С диагнозом «острый аппендицит» больная взята на операцию.

20/VII в 12 часов под местной анестезией вскрыта брюшная полость (А. А. Мочун). Выделилось небольшое количество геморрагического выпота без запаха. При ревизии брюшной полости обнаружен багрового цвета большой сальник.

Рана расширена сверху, в нее выведен большой сальник, который перекручен вокруг вертикальной оси на 360° на расстоянии 10 см от свободного края, периферический участок сальника темно-багрового цвета, пульсация сосудов отсутствует. Сальник резецирован выше места перекрута в пределах здоровых тканей. Червеобразный отросток гиперемирован и напряжен. Произведена типичная аппендэктомия. Брюшная полость закрыта наглухо.

Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 7-й день. К. выписана домой 30/VII в удовлетворительном состоянии.

УДК 616—007.271—611.329

Н. А. Мифтахов и А. А. Ахунзянов (Казань). Атрезия пищевода и трахео-пищеводный свищ у новорожденного

В течение 1966 г. в детское хирургическое отделение поступило 3 детей с атрезией пищевода. 2 из них поступили к нам на 8—10-е сутки со дня рождения с тяжелой аспирационной пневмонией, резкой кахексией и погибли.

У 1 ребенка, поступившего на 2-е сутки после рождения, нам удалось произвести первый этап операции — ликвидацию трахео-пищеводного свища и наложение эзофагостомии по Г. А. Байрову.

Мальчик Н., родился 22/XI 1966 г. с весом 2600 г, длиной 48 см, доношенный. Сразу после рождения отмечалось выделение большого количества слизи из ротовой полости, при попытке кормления наступал резкий цианоз и одышка. С подозрением на атрезию пищевода ребенок переведен в хирургическое отделение. На основании рентгенологического исследования у ребенка диагностирована атрезия пищевода и трахео-пищеводный свищ. Кроме того, у ребенка лучевая косорукость левой кисти и отсутствие первого пальца на ней.

24/XI 1966 г. под интубационным наркозом ликвидирован свищ между трахеей и нижним концом пищевода. Так как создание прямого анастомоза между верхним и нижним сегментами оказалось невозможным, была наложена эзофагостомия на дистальный сегмент пищевода; он выведен на переднюю брюшную стенку. Осуществлена мобилизация нижнего сегмента пищевода, расширено пищеводное отверстие диафрагмы. Произведена верхняя лапаротомия, мобилизованный дистальный сегмент пищевода проведен в брюшную полость через расширенное пищеводное отверстие. В эпигастральной области слева от средней линии сделан поперечный разрез длиной 1 см через все слои брюшной стенки. В образованное отверстие проведен мобилизованный пищевод и подшит к брюшине, к коже. В желудок через выведенный пищевод введена резиновая трубка. Брюшная и грудная полости закрыты наглухо. Послеоперационное течение гладкое. Ребенок питается через свищ. Он начал прибавлять в весе и на 18-й день после операции по просьбе родителей выписан домой в хорошем состоянии. Вес при выписке 3400 г.

Подготовка детей с атрезией пищевода к операции должна начинаться с момента установления диагноза в родильном доме. Транспортировка их в хирургические отделения должна осуществляться по правилам, предусмотренным для новорожденных, с обязательной подачей кислорода. Из отдаленных районов больных с атрезией пищевода следует доставлять самолетом.

УДК 616.346.2—002

О. М. Горбунов (Куйбышевская область). Острый аппендицит

С 1960 по 1965 г. в Подбельской участковой больнице находилось 569 больных с острым аппендицитом — 26,2% всех хирургических больных, 42,7% всех оперированных больных и 86,2% оперированных по поводу острых заболеваний органов брюшной полости. У 293 (51,5%) больных был катаральный аппендицит, у 164 (28,9%) — флегмонозный, у 57 (10%) — гангренозный. У 28 больных были прободения с явлениями местного перитонита и у 3 — разлитого. У 24 больных (4,2%) были инфильтраты.