

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 перекута 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.

В 1-е сутки от начала заболевания поступило 522 (91,8%) больных, на 2-е — 28 (4,9%), на 3-и и позднее — 19 (3,3%).

В больнице при подтвержденном диагнозе острого аппендицита производится срочная операция, обычно не позднее первых двух часов с момента поступления больного. При неясности диагноза за больным устанавливается наблюдение в течение 3—6 часов.

У 125 больных диагноз «острый аппендицит» не подтвердился.

Всего нами произведено 1002 аппендэктомии. Все аппендэктомии, как по поводу острого, так и хронического аппендицита, производились под местной анестезией. Нагноение и расхождение швов были в 2,6%. Летальных исходов не было. Среднее пребывание больного на койке — 8—9 дней.

УДК 618.31

Р. В. Подлевских и А. Л. Верховский (Киров). Двусторонняя трубная беременность

С 1960 по 1966 г. нами прооперировано по поводу внематочной беременности 660 женщин; двусторонняя внематочная беременность встретила лишь однажды.

С., 32 лет, поступила 18/V 1967 г. с жалобами на боли внизу живота, мажущие кровяные выделения, головокружение, частое мочеиспускание, чувство давления на задний проход. Задержка месячных в течение 1,5 месяца. Считает себя беременной.

Кожные покровы бледные. АД 140/90, пульс 78, ритмичный. Живот умеренно вздут, болезнен в нижнем отделе, где определяется положительный симптом Щеткина. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, мягкое, в anteflexio-versio подвижное; придатки определить не удается из-за резкой болезненности; задний свод выбухает, резко болезнен; мажущие кровяные выделения. При пункции заднего свода получена темная кровь. Диагноз: внематочная беременность.

Под эфирно-кислородным наркозом поперечным разрезом по Пфанненштилю полностью вскрыта брюшная полость. В ней 400 мл жидкой крови со сгустками. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, мягкое. Правая труба багрового цвета, утолщена и раздута в ампулярной части, ампулярный конец трубы спаян с салынником; левая труба утолщена в истмической части, синюшного цвета. Яичники не изменены. Обе трубы удалены с неглубоким иссечением маточных концов. Гистологическое исследование труб подтвердило диагноз двусторонней внематочной беременности.

УДК 616.1—616.61—616.988

Р. И. Лось, М. Ф. Сакаева и Р. М. Уразаев (Уфа). Состояние сердечно-сосудистой системы у больных острой почечной недостаточностью при геморрагической лихорадке с почечным синдромом

В 1964-1965 гг. авторы наблюдали 23 больных с острой почечной недостаточностью на почве геморрагической лихорадки (возраст — от 8 до 50 лет). 3 больных умерли от уремии. Летальных исходов, обусловленных острой сердечно-сосудистой недостаточностью, не наблюдалось. Больные поступали в период олиго-анурии с выраженной азотемией и нарушениями электролитного баланса крови. Все больные получали симптоматическое лечение. Аппарат «искусственная почка» включали 12 больным.

У 19 больных отмечалась глухость сердечных тонов, у 6 — систолический шум на верхушке. Тоны сердца становились глуше к 9—14-му дню болезни у большинства больных, в периоде выздоровления выявленные нарушения медленно исчезали.

АД при поступлении у большинства больных было в пределах 130—150/80—100 или нормальным. В стадии полиурии у 7 больных минимальное АД понижалось до 40 мм. У больного С. заболевание осложнилось желудочно-кишечным кровотечением и в первые дни болезни сопровождалось коллапсом; затем максимальное давление нормализовалось, но минимальное не определялось в течение двух недель. В первые дни заболевания коллапс, обусловленный, по-видимому, интоксикацией, наблюдался еще у 3 больных.

Пульс в периоде олиго-анурии был в пределах 60—90, в периоде полиурии он у многих больных учащался до 120.

Почти у половины больных обнаружено утолщение и уширение комплекса QRS. Снижение сегмента RST ниже изолинии подтверждало нарушение коронарного кровообращения. Снижение зубца Т в основных и грудных отведениях свидетельствовало о нарушении метаболических процессов в миокарде. У некоторых больных было замедление проводимости до 0,1 сек. и более. Нарушение сократительной способности миокарда проявлялось в удлинении систолического показателя до 5—18% (в норме $\pm 3\%$). К моменту выписки у большинства больных сегмент RST был на изолинии, исчезала его дугообразность, увеличивалась высота зубца Т. Выявленные ЭКГ-изменения указывали на диффузное поражение миокарда.

В некоторых случаях наблюдалась зависимость между нарушением в электролитном балансе и изменением ЭКГ. Известно, что избыточное накопление К может привести к патологическим изменениям ЭКГ.