

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.

Больные поступали к нам на 5—13-й день болезни с нормализовавшейся температурой, но с признаками выраженной почечной недостаточности. Вероятно поэтому у большинства больных регистрировалось кратковременное повышение АД. ЭКГ-изменения при этом заболевании непродолжительны (до 1—1,5 месяцев) и у некоторых больных обусловлены нарушениями электролитного баланса.

УДК 616.915—616.831—002

С. П. Либерзон (Киров-обл.). Коровой энцефалит

Поражение нервной системы при кори встречается довольно редко, поэтому каждое сообщение об этом заболевании представляет интерес.

Приводим одно из двух наших наблюдений над больными коревым энцефалитом. Е., 7 лет, поступил 25/I 1964 г. в крайне тяжелом состоянии. Стонет, на вопросы не отвечает. Заболел корью 5/I. Высокая температура держалась до 15/I, сыпь — до 17/I. С момента падения температуры состояние резко ухудшилось, с 16/I температура повысилась до 39°.

До поступления в отделение лечился дома, получал пенициллин, эритромицин, раствор пирамидона, гаммаглобулин, раствор глюкозы внутривенно.

Состояние ребенка очень тяжелое. Истошен, кожа сухая, чистая, шелушится. Тоны сердца приглушены, пульс 120. Справа в межлопаточной области влажные мелкопузырчатые хрипы. Число дыханий 28. Живот мягкий. Печень и селезенка не прощупываются. Мочится под себя. Правая глазная щель уже. Правый угол рта опущен. Сухожильные и периостальные рефлексы с верхних конечностей $d=s$, умеренной живости. Коленный и ахиллов рефлексы справа выше. Тонус мышц конечностей не изменен. Брюшные и крематорные рефлексы не вызываются. Симптом Бабинского с обеих сторон, Пуссепе — справа. Ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон, симптом Брудзинского нижний.

В дальнейшем состояние больного было крайне тяжелым, и лишь с 17/II начало постепенно улучшаться. Ребенок стал непрерывно плакать как днем, так и ночью. Плач особенно усиливался при осмотре. К этому времени исчезли менингеальные симптомы.

С 3/III восстановились сознание и речь.

Мальчик пробыл в отделении 105 дней и 9/V был выписан по выздоровлении. Диагноз при выписке — коревой менинго-энцефалит.

Больной получал инъекции пенициллина, мономицина, стрептомицина внутримышечно. Была перелита 1000 мл цельной крови. Внутримышечное введение корового гаммаглобулина по 3,0 чередовалось с внутривенным вливанием плазмы крови. Вводили кордиамин, витамин В₁, В₁₂, внутривенно глюкозу, внутримышечно сернокислую магнезию, через рот преднизолон, эритромицин, нистатин, подкожно 5% раствор глюкозы, физиологического раствора, ставили питательные клизмы.

УДК 616.931

Ю. Ананьев (Чебоксары). Лечение больной токсической дифтерией

Я., 18 лет, поступила 25/IX 1965 г., на 8-й день болезни, с диагнозом: дифтерия зева (токсическая форма I—II ст.), диффузный миокардит, парез мягкого неба. В 1965 г. перенесла ангину. Бывают редкие эпилептические припадки.

При поступлении состояние очень тяжелое, температура 36,4°. Частая рвота, бессонница. В зеве значительный отек. Распространенные грязно-серые пленчатые наложения на миндалинах. На мягком небе кровоизлияния. Передне-шейные лимфоузлы размером до сливы. Отчетливо выражен отек шейной клетчатки до ключицы. Дыхание везикулярное, ослабленное. Тоны сердца глухие. АД 90/70. Пульс 110—120, язык обложен сероватым налетом. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Небольшая болезненность в правом подреберье.

В течение 4 дней больной было введено внутримышечно 210 тыс. АЕ противодифтерийной сыворотки, а также внутривенно капельно по 100—150 мл плазмы; на 8, 13 и 60-й дни болезни — по 0,5 мл адсорбированного дифтерийного анатоксина. В течение 19 дней больная получала преднизолон (в первые 3 дня по 30 мг, в последующие 2 дня — по 20 мг, 5 дней — по 15 мг, 5 дней — по 5 мг, 4 дня — по 2,5 мг). В течение 3 недель подкожно инъецировали 0,1% раствор стрихнина (в первые 14 дней по 1 мл 2 раза в день, в последующие 7 дней — по 1 разу). В первые дни 2 раза, а в последующие — 1 раз в день в течение 3 недель вводили внутривенно раствор строфантина по 0,3—0,5 мл в 40% растворе глюкозы, а в промежутках — кордиамин и кофеин. Были также назначены витамин В₁, В₁₂ и внутрь аскорбиновая кислота по 0,3 3 раза в день. В первые дни болезни вводили внутримышечно пенициллин, стрептомицин. Кроме того, применяли димедрол, CaCl₂, KCl, инсулин, сернокислую магнезию, галатамин.

Выздоровление шло очень медленно. Больная выписана на 101-й день.