

В течении болезни периоды относительно удовлетворительного состояния сменялись периодами ухудшения.

Был поставлен диагноз: ревматизм (активная фаза), возвратный эндокардит с септическим компонентом; митральный порок сердца с преобладанием стеноза; недостаточность кровообращения III ст.

Противоревматическое лечение эффекта не дало, состояние больной прогрессивно ухудшалось, и при явлениях сердечно-сосудистой недостаточности она умерла.

Сердце $12 \times 11 \times 7$ см, весит 350 г. Резко увеличено и выбухает влево ушко. Полость левого предсердия расширена, заполнена опухолевым узлом $5 \times 5 \times 3$ см, бледно-желтого цвета, грибовидной формы, эластичной консистенции. Опухоль неравномерно бугристая с поверхности. Узел расположен на ножке, исходящей из задней стенки левого предсердия отступа 2 см от створки митрального клапана. Опухоль прикрывает левое венозное устье и своей верхушкой опускается в полость левого желудочка. На разрезе, проведенном по длиннику опухоли, видна белесовато-желтая плотная ткань, являющаяся продолжением ножки опухоли. Вокруг нее ослизнившаяся желто-серая масса с участками ржаво-красного цвета. Толщина левого желудочка местами достигает 1,5 см, правого — 0,6 см. Створки митрального клапана тонкие, полупрозрачные, гладкие, блестящие, серого цвета. Аналогичный вид имеют полулуния аортального и парусы трехстворчатого клапанов. Мышца сердца на разрезе серо-коричневая, однородная, блестящая. У устья аорты большое количество мелких желтоватых атеросклеротических бляшек.

Основа опухоли — соединительная ткань, которая представлена пучками коллагеновых и эластических волокон, расходящихся во все стороны, и крупными клетками — фибробластами. Местами они резко увеличены, достигают гигантских размеров.

Патологоанатомический диагноз: миксома левого предсердия; множественные инфаркты легких с абсцедированием; правосторонний гнойно-фибринозный плеврит; ателектаз нижней доли правого легкого.

2. П., 60 лет, поступил в терапевтическое отделение в крайне тяжелом состоянии с жалобами на одышку, кашель с большим количеством мокроты, а также с болями в области сердца. Цианоз кожных покровов и слизистых оболочек. Грудная клетка правбильной формы. Перкуторно — коробочный звук, выслушиваются обильные разнокалиберные хрипы. Тоны сердца не прослушиваются, пульс не определяется. Через 10 мин. после поступления больной умер при явлениях сердечно-сосудистой недостаточности.

Сердце $13 \times 11 \times 7$ см, весит 460 г. Полость левого предсердия расширена. Толщина мышцы левого предсердия 1,8, желудочка — 2,2 см. Толщина мышцы правого желудочка — 0,8 см. В левом предсердии над створками клапанов — два грибовидных плотных образования размером 0,5 и 0,7 см, находящихся на расстоянии 1 и 1,5 см от створок митрального клапана. На разрезе ткань опухоли представляет собой желто-серую слизеподобную массу. Створки митрального клапана диффузно утолщены. Трехстворчатый клапан тонкий, эластичный, прозрачный, блестящий. Аорта бледно-желтая, на интима атероматозные бляшки различной величины.

Патологоанатомический диагноз: фибромиксома левого предсердия; диффузные бронхоэктазы с перифокальным пневмосклерозом; гипертрофия мышцы правого желудочка; дистрофия печени, почек и миокарда; правосторонняя нижнедолевая пневмония; умеренно выраженный атероматоз аорты.

УДК 616—006—325.03—616.346.2

О. С. Шемякин и В. Г. Осипов (г. Свердловск).
Миксоглобулез червеобразного отростка

И., 20 лет, поступил 26/VII 1967 г. с явлениями острого аппендицита. В декабре 1966 г. у больного наблюдались кратковременные (несколько часов) сильные боли в животе, однако за медицинской помощью он тогда не обращался. 24/VII 1967 г. после обеда появились боли в нижней части живота. Вечером больной был вынужден обратиться к врачу. Были назначены таблетки. 25/VII боли беспокоили несколько меньше, однако 26/VII вновь усилились; к вечеру того же дня появилась рвота. При поступлении температура $37,5^\circ$, лейкоцитов 8600, пульс 80, хорошего наполнения. АД 120/70. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот обычной конфигурации, при глубоком вдохе, кашле и пальпации отмечаются боли в правой подвздошной области. Выражены симптомы раздражения брюшины. Мочеиспускание не изменено, стула не было.

Произведена лапаротомия под местной анестезией. В брюшной полости выпот. Брюшина несколько гиперемирована. Червеобразный отросток буровато-синюшного цвета, размером $6 \times 1,8$ см с некоторым утолщением в средней части, припаян к нижней части слепой кишки, покрыт фибринозно-гнойными пленками. Ближе к периферии отростка перфорационное отверстие $0,2 \times 0,3$ см, из которого выделяется гнойная жидкость. Брыжейка отростка короткая, инфильтрирована.

Отросток с частью брыжейки удален. Брюшная полость промыта раствором фурациллина, внутрибрюшинно введены антибиотики. Оставлен резиновый дренаж для орошения брюшной полости антибиотиками. На брюшную стенку наложены послойно швы до дренажа. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажная трубка извлечена на 4-й день, швы сняты через 9 дней.

При изучении удаленного препарата было обнаружено, что вся полость его заполнена белесовато-мутными шариками диаметром 0,3—0,5 см, напоминающими по виду вареное саго. Под микроскопом отчетливо видно, что шарики состоят из гомогенной, бесструктурной массы, местами имеют слоистое строение; гистохимические реакции на слизь отрицательные (миксоглобулез). Вся стенка отростка обильно инфильтрирована полиморфноядерными лейкоцитами, встречаются значительные участки гнойного расплавления стенки.

УДК 616.346.2—002—612.67

А. Н. Баранов (г. Кирсанов). Гипердиагностика острого аппендицита у пожилых

Диагностика острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста все еще остается не вполне совершенной.

Наше сообщение основано на изучении историй болезни лиц пожилого и старческого возраста по Кирсановской центральной районной больнице за 16 лет (1950—1965 гг.). В возрасте 60 лет и старше для госпитализации было направлено с диагнозом «острый аппендицит» 373 больных. В стационаре у 72 больных (19%) диагноз острого аппендицита при клиническом обследовании не подтвердился; были выявлены другие заболевания: гастродуоденит (у 9), рак желудка (у 5), кишечная непроходимость (у 5), энтерит и колит (у 4), рак слепой кишки (у 2), ущемленная паховая и бедренная грыжи (у 3), обострение гастродуоденальной язвы (у 2), прободная язва двенадцатиперстной кишки (у 1), правосторонняя почечная колика (у 1), правосторонний пиелит (у 3), камень правого мочеточника (у 2), нефрит (у 1), цистит (у 1), гепатохолестит (у 17), ушиб передней брюшной стенки (у 2), бронхопневмония (у 1), грипп (у 1), острый панкреатит (у 1), орхит (у 1).

24 ошибочных диагноза были поставлены врачами поликлиник города, столько же — врачами сельских участков, 19 — врачами скорой помощи и 5 — врачами сельских больниц.

У 31 больного (43%) были нераспознанные заболевания желудочно-кишечного тракта. У этих больных отмечались боли в илеоцекальной области, наблюдался псевдоаппендикулярный синдром.

Трудны для диагностики прикрытые и атипично протекающие прободные язвы. Дифференциальный диагноз между раком слепой кишки и аппендицитом иногда очень труден во внебольничных условиях. У 2 больных, направленных с острым аппендицитом, установление диагноза рака слепой кишки и исключение воспаления червеобразного отростка стало возможным только после пробного чревосечения аппендикулярным разрезом.

Частым заболеванием, приводящим к гипердиагностике острого аппендицита, является заболевание желчных путей. У 16 из 17 больных (23,6%), страдавших заболеванием желчных путей, но госпитализированных с диагнозом острый аппендицит, после клинического наблюдения и исследования этот диагноз был отвергнут без операции; у 1 больного истинный характер заболевания (перфоративный флегмонозный холецистит, желчный перитонит) был установлен лишь во время пробного чревосечения аппендикулярным разрезом.

Из 72 больных, направленных в стационар с гипердиагностикой острого аппендицита, у 10 (14%) объективное обследование выявило необходимость экстренного оперативного вмешательства. У 4 из них во время операции были обнаружены различные формы кишечной непроходимости, у 2 — рак слепой кишки, у 1 — рак желудка с отдаленными метастазами, у 1 — прободная язва двенадцатиперстной кишки, у 1 — перфоративный флегмонозный холецистит, у 1 — острый панкреатит.

УДК 616—089.811/814—616.33—005.1

С. А. Валитов и Ф. Н. Рахматуллина (Казань). К лечению острого желудочно-кишечного кровотечения трасилолом

По сообщениям последних лет желудочно-кишечные кровотечения являются нередким осложнением стероидной терапии, особенно при применении преднизолона (Д. Глин). Острые гормональные язвы могут возникнуть по всему желудочно-кишечному тракту — в пищеводе, в желудке, в тонком и толстом кишечнике. Последнее обстоятельство объясняет причину неудач активных хирургических вмешательств — источник кровотечения остается не выясненным и на операционном столе.

По последним данным стероидная терапия повышает фибринолитическую активность крови (А. Я. Ярошевский).

При геморрагических состояниях, имеющих в основе фибринолиз, следует возможно быстрее и в достаточных дозах давать антиферменты.

Приводим наше наблюдение.

Н., 16 лет, поступил в терапевтическое отделение 16/I 1967 г. с диагнозом «ревмокардит (активная фаза)».

Наряду с общепринятой терапией активного ревматического процесса, 18/I 1967 г.