

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), гепатохолецистит (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.