

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 выявленным 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 16/1 1967 г. с диагнозом «ревмокардит (активная фаза)».

Наряду с общепринятой терапией активного ревматического процесса, 18/1 1967 г.

больному назначен преднизолон по 10 мг 4 раза в день. В процессе лечения у больного наблюдались быстроходящие боли в подложечной области, но на это особого внимания не обратили. 3/II 1967 г. состояние больного внезапно резко ухудшилось, появилась обильная кровавая рвота. Заподозрена острая гормональная язва желудка. К этому времени больной получил 420 мг преднизолона.

Капельное переливание консервированной крови, плазмы, внутривенные инъекции 10% раствора хлористого кальция, витамин К, холод на живот, диета Мейленграхта в течение 3 дней успеха не принесли, кровотечение продолжалось. К 6/II 1967 г. содержание Гем. упало до 23 ед. Свертываемость крови по Мас — Магро — 2 мин., время кровотечения из мочки уха — 1 мин., протромбиновый индекс 96%. Больной переведен в хирургическое отделение.

Сделана еще одна попытка остановить кровотечение без оперативного вмешательства. Назначен трасилол 50 000 ед. капельно внутривенно в 600 мл 5% раствора глюкозы. Кровавая рвота прекратилась. 7/II 1967 г. кровавой рвоты нет, состояние больного не ухудшается. Снова назначен трасилол в той же дозе. В последующие дни состояние больного постепенно начало улучшаться, кровавой рвоты не наблюдалось, стул приобрел обычный цвет.

Данный пример позволяет нам рекомендовать введение трасилола при острых гормональных язвенных кровотечениях желудочно-кишечного тракта.

В настоящее время ингибиторы протеолитических ферментов (трасилол, инипрол, зимофрен, эписилон-аминокапроновая кислота) начинают находить широкое применение при торакальных, гинекологических и других операциях, сопровождающихся массивными кровотечениями. Без них невозможно обойтись при проведении операций с помощью аппарата искусственного кровообращения.

При упорных кровотечениях в состав развернутой коагулограммы нужно включать определение фибринолитической активности крови.

УДК 616.613—007.63—616—089

### **Б. К. Зарубин (Балашов). К оперативному лечению гидронефроза, вызванного добавочным сосудом**

Одной из причин развития гидронефроза является добавочный сосуд, перекрещивающийся с мочеточником у места выхода последнего из лоханки.

Нами произведена операция перемещения добавочного сосуда при помощи гамака, образованного из передней поверхности фиброзной капсулы почки.

Б., 31 года, поступила в урологическое отделение 10/II 1964 г. с жалобами на частые приступы почечной колики справа. Болеет в течение десяти месяцев. В январе 1964 г. приступы почечной колики повторялись три раза.

Симптом Пастернацкого отрицательный. Хромосцистоскопия: емкость пузыря нормальная; слизистая без изменений; индигокармин слева появился на 5-й мин., справа не появился в течение 12 мин. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов не выявлено. Внутривенная урография сергозином: через 10—15—30 мин. справа контраста нет, слева контрастное вещество заполняет чашечки, лоханку и часть мочеточника. 12/II произведена ретроградная пиелография сергозином справа. Контрастное вещество хорошо заполняет мочеточник до уровня второго поясничного позвонка. Затем тень контраста прерывается. Большой гидронефротический мешок без очертаний чашечек имеет менее контрастную тень, едва различается на фоне кишечного газа. Во время пиелографии инфицировался гидронефротический мешок.

14/II у больной появился озноб, повысилась температура до 39,8°.

15/II 1964 г. (Б. К. Зарубин) под интубационным эфирно-кислородным наркозом разрезом по С. П. Федорову справа обнажена почка. Она увеличена, темно-синюшного цвета. Обнаружен среднего диаметра сосуд, идущий к нижнему полюсу почки и пересекающий мочеточник спереди у выхода из лоханки. Пережатие сосуда вызывает изменение цвета нижнего полюса почки. Лоханка смешанного типа, расширена. Сосуд мобилизован. На середине выпуклой поверхности почки фиброзная капсула с помощью желобоватого зонда рассечена от нижнего до верхнего полюса и отделена от передней и задней поверхности ее. На поверхности почки стали заметны рассеянные гнойнички величиной с булавочную головку. У ворот почки капсула передней поверхности отсечена до уровня почти нижней границы верхнего полюса. Образовавшийся подвижный лоскут на ножке подведен под сосуд. Последний перемещен на лоханку путем подтягивания вверх за край свободного лоскута фиброзной капсулы и подшит к основанию лоскута. Таким образом сосуд оказался в фасциальном гамаке. Пройдемость его не нарушилась. Лоханка уменьшилась в размере. Произведена обычная нефростомия. До вставления резиновой дренажной трубки через нефротомическое отверстие проведен резиновый детский катетер до лоханки, а затем в мочеточник с целью определения проходимости прилоханочного отдела мочеточника. Удален детский катетер и вставлена резиновая дренажная трубка обычного диаметра до лоханки. Рана орошена раствором антибиотиков. В верхний угол раны вставлена марлевая салфетка, на мышцы наложены послойные узловые кетгутовые швы, узловые шелковые швы и асептическая наклейка на кожу. Послеоперационный период проходил гладко.