

1140,0; Си — 486,0; Со — 28,5; Ni — 24,8; Cr — 17,5). Бедны всеми изучавшимися микроэлементами молоко, творог.

Таким образом, по концентрации микроэлементов во внешней среде УАССР отличается от средней полосы нечерноземной зоны СССР. Нами обнаружено высокое содержание микроэлементов в подземных водах и отсутствие дефицита изучаемых металлов в поверхностных водах. В отдельных районах выявлено низкое содержание Со, Ni, Cr и Mn как в поверхностных, так и в грунтовых водах. Последнее, возможно, связано с наличием в Удмуртии известковых пород: при контактировании воды с известняками металлы осаждаются в виде гидратов.

Во всех исследованных продуктах питания низка концентрация Си, что, по-видимому, зависит от сильной оподзоленности почв в Удмуртии, а также от того, что Си в почвах находится в нерастворимых, трудно усвояемых для растений соединениях.

УДК 616.346.2—002—06

Э. Р. Байгерякова (Оренбург). Ошибки и осложнения в хирургии острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста

Летальность при остром аппендиците за последние годы по СССР колеблется от 0,1 до 0,2%, но среди лиц пожилого и старческого возраста она значительно выше — в среднем 2%. Причиной высокой летальности является запоздалое оперативное вмешательство вследствие поздней госпитализации больных и ошибок в диагностике.

За 9 лет (1960—1968) в нашу клинику были направлены 884 больных острым аппендицитом в возрасте 60 лет и старше, из них 680 госпитализированы. Из числа госпитализированных диагноз острого аппендицита не подтвердился у 131 (19%).

Особые трудности представляют случаи с запутанным анамнезом и стертой клинической картиной. Наибольшее число ошибок допускается в догоспитальной диагностике. Так, при направлении больных пожилого возраста в стационар врачи поликлиник и скорой помощи вместо острого аппендицита часто диагностировали холецистит, грипп, кишечную непроходимость, пиелит, копростаз и др. В связи с ошибочной диагностикой некоторых больных лечили амбулаторно с применением промывания желудка, очистительных клизм, грелок, что противопоказано.

Велик процент поздней госпитализации больных пожилого и старческого возраста. Через сутки от начала заболевания и позже поступило 315 чел. (62,0%), из них из-за поздней обращаемости за медицинской помощью — 251, в связи с ошибками в диагностике — 56.

Всего прооперировано 490 больных пожилого и старческого возраста. Большая часть из них оперирована через 2—4 часа с момента поступления в стационар, 118 чел. (24,4%) — в период от 5 часов до 2 суток. При поступлении у них было подозрение на аппендицит, не исключалось наличие холецистита, кишечной непроходимости, обострения язвенной болезни, пневмонии и др. В ряде случаев диагноз был уточнен во время операции.

Катаральный аппендицит обнаружен у 30%, флегмонозный — у 45%, гангренозный — у 25% больных, перфорация отростка — у 10,1%, периаппендикулярный абсцесс — у 3,2%, местный перитонит — у 32,1% и общий — у 4,0%. Общее число осложнений у пожилых составило 37%, причем частота осложнений находится в прямой зависимости от сроков оперативного вмешательства с момента заболевания. Послеоперационные осложнения при правильной тактике и технике аппендэктомии встречаются реже. Осложнения со стороны раны были у 21% больных (гематома, инфильтрат, нагноение). У 2 больных возникла каловая флегмона передней брюшной стенки с исходом в трубчатый свищ слепой кишки; больные выздоровели.

Осложнения общего характера в послеоперационном периоде наблюдались сравнительно редко (5,4%).

В ближайшие после операции дни умерло 11 чел. (2,3%). Причиной летального исхода в 3 случаях была пневмония, в 1 — эмболия легочной артерии, в 6 — перитонит; у 1 больного в послеоперационном периоде возник заворот сигмы при наличии перитонита, больной умер, несмотря на повторное оперативное вмешательство. Все эти 11 больных поступили с деструктивными формами аппендицита через сутки и позже от начала заболевания.

УДК 616.37—001

Канд. мед. наук А. Ф. Агеев, Ф. В. Новиков, С. С. Курбанаева (Казань). Об изолированных повреждениях поджелудочной железы

Изолированные повреждения поджелудочной железы при закрытых травмах живота встречаются сравнительно редко. В отечественной и зарубежной литературе описаны лишь единичные наблюдения. Внимание хирургов это страдание привлекает в связи с трудностями диагностики и лечения.

В клинической картине закрытых повреждений поджелудочной железы преобладают в основном симптомы шока, сравнительно быстро развивающегося перитонита и внутреннего кровотечения.