

1140,0; Cu — 486,0; Co — 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 Co, 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 Cu, что, по-видимому, зависит от сильной оподзоленности почв в Удмуртии, а также от того, что Cu в почвах находится в нерастворимых, трудно усвояемых для растений соединениях.

УДК 616.346.2—002—06

Э. Р. Байтерякова (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; больных 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.

Мы установили изолированные повреждения поджелудочной железы у 4 (1,26%) из 318 больных, поступивших в отделение неотложной хирургии с закрытыми травмами живота.

Приводим некоторые наши наблюдения.

1. Н., 15 лет, поступил 21/I 1960 г. по поводу закрытой травмы живота. Резкие боли в эпигастрии, рвота. Температура 37,8°, пульс 100, АД 110/65. Положение вынужденное — на левом боку. При перемене положения боли усиливаются. Живот отстает в акте дыхания, определяется умеренно выраженное напряжение слева и резкое — в правом верхнем квадранте. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Гем. — 90 ед., Л. — 13 000, п. — 12%, с. — 74%, м. — 6%, л. — 8%. При рентгеноскопии грудной и брюшной полости патологии не найдено. Спустя 2 часа стали четко проявляться симптомы раздражения брюшины. Л. — 15 000, п. — 23%, с. — 66%, м. — 5%, л. — 6%.

Экстренная лапаротомия. В брюшной полости серозно-геморрагическая жидкость, брюшина гиперемирована, большой сальник отечен, сморщен. На брыжейке, брюшине и сальнике пятна жирового некроза. Массивное кровоизлияние в корень брыжейки поперечноободочной кишки и малый сальник. Значительный участок кровоизлияния в области головки поджелудочной железы. После рассечения брюшины над железой ее ложе инфильтрировали раствором новокаина с антибиотиками. Подвели дренаж и отгораживающие тампоны. Диастаза мочи в день операции — 1028 ед., на 5-й день — 128 ед., в последующие — 64 ед. Выздоровление.

2. В., 22 лет, поступил 13/VII 1960 г. по поводу закрытой травмы живота и сотрясения головного мозга. Состояние удовлетворительное, температура 37,4°, АД 130/70, пульс 80. Живот в акте дыхания участвует, пальпаторно определяется умеренная болезненность правой половины живота.

Гем. — 82 ед., Л. — 14 500, п. — 4%, с. — 85%, м. — 4%, л. — 7%. Спустя 6 часов после поступления состояние резко ухудшилось: усилились боли, появилось выраженное напряжение передней брюшной стенки.

Экстренная лапаротомия. В брюшной полости небольшое количество геморрагической жидкости. Массивное кровоизлияние в области брыжейки поперечноободочной кишки. На сальнике и брюшине пятна жирового некроза. В области тела поджелудочной железы поверхностное повреждение ткани железы.

Ложе железы инфильтрировали раствором новокаина с антибиотиками, подвели дренаж и тампоны к месту повреждения. После операции диастаза мочи — 128 ед., диастаза жидкости брюшной полости — 2048 ед. Послеоперационное течение осложнилось образованием панкреатического свища. Лечение консервативное. Выздоровление.

Исходом травматического повреждения поджелудочной железы при закрытой травме живота может быть образование кисты, что подтверждает одно из наших наблюдений.

3. С., 29 лет, поступил 3/XI 1965 г. по поводу закрытой травмы живота. Состояние удовлетворительное, АД 120/70, пульс 68. Живот мягкий, болезнен, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. В течение последующих 9 дней больного продолжали беспокоить боли в эпигастрии. На 10-й день при продолжающихся болях в животе в эпигастрии стало определяться болезненное опухолевидное образование с четкими границами. Диагностирована травматическая киста поджелудочной железы. 19/XI 1965 г. больной был оперирован. Диагноз подтвердился. Вследствие выраженного спячного процесса радикальная операция оказалась невыполнимой. Произведена марсупиализация. Сформировавшийся свищ закрылся самостоятельно через 2 месяца. Выздоровление.

Таким образом, клиническая картина изолированного повреждения поджелудочной железы не имеет каких-либо патогномоничных симптомов. Диагностика практически может быть только операционной.

Повышение диастазы мочи следует считать безусловно характерным признаком повреждения поджелудочной железы.

У всех наших больных наблюдалась клиническая картина двухфазного разрыва поджелудочной железы. При сравнительно удовлетворительном состоянии больных во время поступления спустя 6—24 и более часов внезапно ухудшалось общее состояние и развивался синдром «острого живота».

УДК 616.36—616—001

Канд. мед. наук А. П. Шапкина (Владивосток).
«Симптом пупка» при повреждениях печени у детей

Диагностика и лечение повреждений печени у детей до настоящего времени остаются актуальным вопросом в хирургической практике. Распознавание повреждений печени у малолетних иногда бывает затруднено из-за невозможности собрать анамнез и расспросить ребенка о болевых ощущениях.

Ввиду этого мы решили описать симптом, отмеченный нами у детей с травмами печени. В 45 изученных нами историях болезни детей с разрывами печени было упоминание на болезненность живота при пальпации, локализовавшуюся чаще всего в пра-