

**С. М. Ланский (г. Новокуйбышевск). Острый аппендицит
при обратном расположении органов**

Острый аппендицит у лиц с полным или частичным обратным расположением органов — находка крайне редкая. По нашим данным за 9 лет, на 4500 аппендэктомий червеобразный отросток располагался слева у 2 больных.

Следует помнить, что при наличии острых болей в животе, особенно в левой его половине, нужно убедиться, где расположен сердечный толчок, так как больные в ряде случаев не знают об обратном расположении внутренних органов. Болевые ощущения при левостороннем расположении аппендикса могут быть и справа и слева вследствие особенной иннервации передней брюшной стенки. Боли в правой подвздошной области бывают вдвое чаще, чем слева, напряжение брюшной стенки — чаще слева, чем справа.

Приводим наши наблюдения.

1. З., 20 лет, поступил 29/VI 1977 г. через 22 ч с момента заболевания, с жалобами на боль постоянного характера в правой подвздошной области, тошноту.

Состояние удовлетворительное. Пульс 82 в 1 мин, ритмичный. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, отмечается локальная болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области. Положительный симптом Щеткина — Блюмберга справа. Перистальтика кишечника обычная. Температура 37,2°. Количество лейкоцитов — $10 \cdot 10^9$ в 1 л. Анализ мочи не выявил изменений.

С диагнозом острого аппендицита больной оперирован под местным обезболиванием. Косым разрезом справа вскрыта брюшная полость. Обнаружено обратное расположение кишечника. Дан эндотрахеальный наркоз. Произведена нижне-средняя лапаротомия. Находящийся слева червеобразный отросток утолщен, гиперемирован, покрыт фибрином. Осуществлена аппендэктомия. Брюшная полость ушита наглухо. При гистологическом исследовании установлен флегмонозный аппендицит. Послеоперационный период протекал без осложнений. При обследовании сердечный толчок определялся справа в V межреберье.

Таким образом, у З. выявлено полное обратное расположение внутренних органов, о котором он ранее не знал.

На 11-е сутки пациент в удовлетворительном состоянии выписан. Осмотрен через 6 мес. после операции. Жалоб не предъявляет. Выполняет прежнюю работу шофера.

2. Т., 16 лет, доставлена 27/I 1978 г. с диагнозом острого аппендицита. Жалобы на боли в правой подвздошной области, тошноту, двукратную рвоту. Больна 8 ч.

При поступлении состояние не тяжелое. Сердечный толчок определяется слева в 5 межреберье. Пульс 82 в 1 мин, ритмичный. АД 115/70 мм рт. ст. Температура 36,8°. Язык обложен белым налетом, суховат. Печеночная тупость — справа. При пальпации живот болезненный в правой подвздошной области, здесь же — мышечное напряжение и симптомы раздражения брюшины. При ректальном исследовании отмечена болезненность стенки прямой кишки справа. Количество лейкоцитов — $11,2 \cdot 10^9$ в 1 л. Анализ мочи не выявил отклонений от нормы.

С диагнозом острого аппендицита больная оперирована. Разрез в правой подвздошной области по Волковичу-Дьяконову. По вскрытии брюшной полости обнаружено обратное расположение толстого кишечника. Дан эндотрахеальный наркоз. Разрез продлен вниз и к средней линии живота. Слепая кишка на длинной брыжейке, благодаря чему через имеющийся разрез удалось произвести аппендэктомию. Брюшная полость ушита наглухо. При гистологическом исследовании определен катаральный аппендицит. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 7-е сутки Т. выписана. Осмотрена через 2 мес. Жалоб не предъявляет. Продолжает учебу в школе.

В данном случае имеет место частичное обратное расположение внутренних органов (кишечника).

Анализ приведенных историй болезни показывает, что в первом наблюдении ошибки можно было избежать при тщательном первичном осмотре пациента; значительно большие трудности вызывает выявление обратного расположения кишечника.

УДК 362.611

**В. А. Медведков, Г. А. Андропова (Ульяновск).
Медицинское обслуживание инвалидов Отечественной войны**

Областной госпиталь для лечения инвалидов Отечественной войны в г. Ульяновске организован в 1945 г. на базе эвакогоспиталя. В настоящее время он является организационно-методическим и лечебно-консультативным центром по медицинскому обслуживанию инвалидов.

При госпитале создана врачебно-отборочная комиссия (ВОК), которая оказывает инвалидам Отечественной войны консультативную помощь, сортирует поток

больных, направляя их на госпитализацию в различные специализированные лечебные учреждения и в санатории.

Врачи госпиталя курируют центральные районные больницы и поликлиники г. Ульяновска. Во всех ЦРБ и поликлиниках выделены врач и медицинская сестра, ответственные за организацию медицинского обслуживания инвалидов. В регистратурах поликлиник отдельно хранятся амбулаторные и диспансерные карты инвалидов Отечественной войны.

В каждом лечебном учреждении составляется план мероприятий, включающий комплексный осмотр инвалидов, определение нуждемости их в стационарном и санаторно-курортном лечении.

При госпитале создана выездная бригада врачей, которая ежегодно в порядке очередности проводит осмотр инвалидов Отечественной войны в 3—4 районах области.

Начиная с 1972 г. количественный состав инвалидов остается постоянным. Что касается степени инвалидности, то в связи с возрастными изменениями, присоединением различных заболеваний увеличивается число инвалидов I и II групп. Если в 1972 г. инвалиды I и II групп составляли 34%, то в 1977 г. — 72%. Соответственно уменьшается численность работающих инвалидов: с 33% в 1976 г. до 25% в 1977 г. Среди инвалидов III группы работающие составляют 78%, II группы — 22%, I группы — 4%.

С каждым годом увеличивается и улучшается диспансеризация инвалидов: в 1972 г. диспансеризованы 56%; в 1973 г. — 83,1%; в 1974 г. — 91%; в 1975 г. — 98%; в 1976 г. — 98,2% и в 1977 г. — 98,2%.

Ежегодные профилактические осмотры и данные госпитализации показывают, что основным страданием, по поводу которого лечится инвалид, чаще всего являются не последствия травм военного времени, а атеросклеротические заболевания сердечно-сосудистой системы и заболевания легких.

В приводимой рядом таблице представлена нуждемость инвалидов в стационарном лечении по профилю заболевания.

В 1972 г. нуждались в стационарном лечении 21% инвалидов Отечественной войны, а в 1977 г. — 34,8%.

В 1977 г. врачами госпиталя сделано 57 выездов в районы области для оказания консультативной и организационно-методической помощи. На больничных советах и врачебных конференциях обсуждались отчеты о консультативной работе, принимались предложения, направленные на улучшение медицинского обслуживания инвалидов.

Увеличивается возможность лечения инвалидов в санаториях. Если в 1972 г. были направлены на санаторно-курортное лечение 5,8% инвалидов, то в 1977 г. — 12,2%.

В 1977 г. зарегистрировано 20 790 амбулаторных посещений госпиталя инвалидами, в том числе 47% — сельскими жителями. На бесплатное амбулаторное лечение израсходована 51 тыс. рублей, что составляет в среднем 6 рублей на одного инвалида.

Для более полного охвата инвалидов Отечественной войны стационарным лечением в области выделено 308 коек, в том числе 165 — в госпитале. В 1977 г. на стационарном лечении находились 2922 инвалида, из них 55,2% — в госпитале. Подвергались оперативному лечению 8,3% больных. Больничная летальность составила 0,9%.

В стационаре проводится комплексное обследование инвалидов: лабораторное, рентгенологическое, функциональное. За последние годы улучшилась материальная база госпиталя. Наряду с лекарственной терапией больные получают физиотерапевтическое лечение, массаж, ЛФК, санацию полости рта, протезирование.

В области созданы две школы передового опыта обслуживания инвалидов: на базе Димитровградской ЦРБ — для районных больниц и на базе поликлиники № 2 — для города Ульяновска. Проведены семинарские занятия с врачами, ответственными за лечение инвалидов.

УДК 617.584—001.5:616.72—009.12—089.197.1

Проф. А. М. Пенькова и Ю. Г. Ларионов (Уфа). Предупреждение контрактур крупных суставов при диафизарных переломах костей голени

Изучены результаты лечения 32 больных в возрасте от 18 до 47 лет (все больные — мужского пола) с несрастающимися диафизарными переломами костей голени.

У 19 из этих больных ранее было применено скелетное вытяжение с последующей иммобилизацией конечности гипсовой повязкой, у 8 — одномоментное сопостав-