

трастирования пищеварительного тракта обнаружено наличие объемного процесса в среднем этаже брюшной полости, деформирующего прилежащие органы пищеварительного тракта. Контрастное исследование мочевыделительной системы не проводилось. С предварительным диагнозом — киста брыжейки тонкой кишки — больной взят на операцию.

16.01.84 выполнена срединная лапаротомия под наркозом с релаксантами. К ране предлежит большая киста размером 20×30 см, расположенная забрюшинно. Вскрыт задний листок брыжины. Для удобства ревизии органов брюшной полости киста вскрыта. Эвакуировано 2,5 л прозрачной жидкости без запаха.

Лабораторное исследование удаленной жидкости: отн. пл. — 1,015, реакция кислая, реакция на белок отрицательная. Микроскопия: эпителий плоский — 2—4 в поле зрения, лейкоциты — 2—5 в поле зрения.

При дальнейшей ревизии установлено, что киста представляет собой расширенный мочеточник, исходящий из верхней лоханки удвоенной почки слева. Второй мочеточник левой почки располагается несколько кнаружи, не изменен. Удвоенная почка имеет размеры $12 \times 5 \times 3$ см; между ее верхней и нижней половиной отчетливо определяется перешеек шириной 4 см. Произведена левосторонняя верхняя геминефроуретерэктомия с интубацией основного мочеточника полихлорвиниловым дренажем диаметром 0,3 см. Паранефральное пространство дренировано двумя резиновыми трубками, выведенными через отдельный прокол в поясничной области. Задний листок брыжины ушит непрерывным кетгутом. При ревизии правой почки (размеры 8×4 см) внешних патологических изменений не выявлено. Лапаротомная рана полойно ушита наглухо.

Макропрепарат. Мегауретер после операции заполнен прежним количеством жидкости, перевязан по полюсам. Проксимальная часть размером $3 \times 1,5$ см, дистальная — $11 \times 1,3$ см. На протяжении 4 см дистальный отдел мочеточника до мочевого пузыря полностью облитерирован. Выраженных признаков гидронефроза в удаленном препарате не выявлено. Гистологическое исследование: в стенке мочеточника отмечается истончение слоев, особенно мышечных. Между мышечными волокнами обнаруживается соединительная ткань.

Заключительный диагноз: полное удвоение почки, мегауретер.

Послеоперационное течение гладкое. Дренаж из мочеточника удален на 12-й день после операции. Выполнены изотопная и экскреторная урография. Рентгено-радионуклидные данные свидетельствуют об удовлетворительной секреции канальцев и выделении изотопа почкой справа, частичном угнетении функции почки слева (признаки гидронефроза). Общий анализ мочи по методу Зимницкого отклонений от нормы не выявил. На 23-й день после операции больной выписан с удовлетворительной функцией почек. Через 1,5 года обследован повторно. Практически здоров. Продолжает выполнять прежнюю работу.

Следовательно, при наличии кистоподобного образования брюшной полости необходимо помнить также о возможных пороках развития мочевыделительной системы. Проведение инструментального, радиоизотопного и экскреторного обследования почек позволяет избежать диагностических ошибок у хирургических больных.

УДК 616.34—003.6—089.878—053.36

В. Г. Филичкин, Р. М. Мухаметзянов (Ленингорск, ТАССР). К казуистике инородных тел желудочно-кишечного тракта

Мы наблюдали спаечную кишечную непроходимость, вызванную инородным телом, у ребенка 9 мес.

Ш. поступила в детское хирургическое отделение 14.11.84 г. по поводу гнойной отделимого из раны ниже пупка. По словам матери, 18.10.84 г. ниже пупка появились припухлость, гиперемия кожи, температура повысилась до 38° . 23 октября на том же месте открылась рана, выделились гной и стержень птичьего пера размером $2,5 \times 0,3$ см. Девочка была госпитализирована в участковую больницу. Консервативное лечение оказалось безуспешным. На 27-е сутки от начала заболевания больная направлена в отделение детской хирургии.

При поступлении состояние удовлетворительное. На 0,5 см ниже пупка имелся инфильтрат размером 2×2 см, в центре которого размещалась рана размером $0,3 \times 0,3$ см и глубиной 2 см. При надавливании на инфильтрат из раны выделялось гнойное содержимое. Данное образование было расценено как свищ подкожной клетчатки в области пупка. 23.11.84 г. произведено иссечение свища. 26 ноября состояние ухудшилось, появились признаки механической кишечной непроходимости. В тот же день сделана повторная операция. Трансректальным доступом вскрыта брюшная полость. Ниже пупка к передней брюшной стенке припаяны петли тонкого кишечника в трех участках, выше которых петли раздутые, ниже — спавшиеся. При разделении спаек выделились элементы птичьего пера — стержень длиной 2 см и перья. В ходе ревизии брюшной полости между петлями тонкого кишечника был обнаружен свищевой ход диаметром 0,2 см, который сообщался с тощей кишкой на расстоянии 10 см от ее начала. На стенке тощей кишки имелся дефект разме-

ром 0,2×0,2 см, прикрытый фибрином, который был ушит двухрядным швом. Свищевой ход ниже пупка сообщался с имевшейся послеоперационной раной. Свищ иссечен. Рана ушита послойно наглухо.

На 4-е сутки послеоперационный период осложнился полной эвентрацией кишечника. 3 декабря произведено ушивание раны. На 27-е сутки по выздоровлении девочка выписана.

При беседе с матерью было выяснено, что девочка в возрасте 7 мес иногда вытягивала перья из подушки и глотала их. В это же время отмечались беспокойство ребенка, неустойчивый стул, которые затем прекратились.

Данное наблюдение представляет интерес своей редкостью: ограниченный перитонит, спаечная кишечная непроходимость и наружный свищ брюшной полости возникли у грудного ребенка в результате перфорации тощей кишки птичьим пером.

УДК 616—084.3:611—018.51/53—076.3—073.96

В. С. Тригулова, В. Н. Григорьев, Н. К. Акберов, Л. В. Малихова, Г. Р. Махмутова (Казань). Опыт использования аппарата «Пикоскель» при диспансеризации населения

Целью настоящей работы являлось изучение возможности применения автоматического счетчика форменных элементов крови при проведении диспансеризации всего населения. Для этого был использован аппарат «Пикоскель», выпускаемый ВНР, который был предварительно апробирован в Республиканской клинической больнице Минздрава ТАСССР.

Обследованная группа включала 20 человек: 10 практически здоровых студентов (6 мужчин и 4 женщины) в возрасте 21—23 лет и 10 больных с заболеваниями кроветворных органов (у 3 — острый лейкоз, у 2 — железодефицитная анемия, у 3 — гипопластическая анемия, у 1 — хронический миелолейкоз и у 1 — эритремия). У всех лиц определяли количество эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов на аппарате «Пикоскель» и параллельно в счетной камере Горяева.

Сравнение полученных результатов показало, что при работе с аппаратом в большинстве исследований количество эритроцитов и тромбоцитов в 1 л крови было несколько ниже, а лейкоцитов — выше. Средние цифры количества эритроцитов у здоровых лиц составляли соответственно $(3,84 \pm 0,32) \cdot 10^{12}/л$ и $(4,33 \pm 0,39) \cdot 10^{12}/л$, лейкоцитов — $(8,06 \pm 0,78) \cdot 10^9/л$ и $(7,24 \pm 0,65) \cdot 10^9/л$, тромбоцитов — $(213,3 \pm 19,41) \cdot 10^9/л$ и $(204,12 \pm 18,73) \cdot 10^9/л$. Разница во всех случаях статистически недостоверна. Результаты анализов, проведенных нами ранее пробирочным способом и аппаратом «Пикоскель», также существенно не различались между собой.

При хронометрировании исследований мы установили, что для подсчета форменных элементов одного обследуемого на аппарате «Пикоскель» требуется около 10—17 мин (для подсчета количества эритроцитов — 1—2 мин, лейкоцитов — 3—5 мин, тромбоцитов — 7—10 мин). При этом результаты анализов не зависят от квалификации лаборанта.

При использовании же традиционных методов (подсчет в камере Горяева) затрачивается в 3—4 раза больше времени: соответственно 6, 12 и 40 мин. Наиболее трудоемким является подсчет количества тромбоцитов, так как он требует предварительного приготовления мазков с последующим их высушиванием, фиксацией и окрашиванием.

Таким образом, исследования показали, что подсчет форменных элементов крови на аппарате «Пикоскель» прост, экономичен, а результаты не зависят от квалификации исследователя и мало отличаются от таковых при подсчете в камере Горяева.

Поэтому аппарат «Пикоскель» был использован нами при проведении диспансеризации населения рабочего поселка Кукмор Татарской АССР. Было обследовано 295 человек (мужчин — 114, женщин — 181 в возрасте 15—63 лет): 220 рабочих и 75 школьниц 8—10-х классов. При этом было выявлено, что 26% работниц, 10% мужчин и 3% школьниц страдают анемией, о наличии которой до обследования они не знали. Анемия была подтверждена результатами исследования содержания гемоглобина в гемометре Сали и подсчетом количества эритроцитов в камере Горяева. Критериями анемии мы считали показатель гемоглобина ниже 1,55 ммоль/л у женщин и ниже 1,9 ммоль/л у мужчин и содержание эритроцитов соответственно ниже $3,7 \cdot 10^{12}/л$ и $4,0 \cdot 10^{12}/л$.

Полученные результаты позволяют нам рекомендовать аппарат «Пикоскель» для использования при массовых обследованиях, в частности при проведении диспансеризации всего населения.

УДК 618.19—002—037

З. Д. Каримов, Л. П. Бакулева, М. Ф. Якутина, С. С. Бабаян (Москва). Прогнозирование лактационного мастита

Проблема лактационного мастита остается весьма актуальной. Частота его, по данным ВОЗ, колеблется от 0,5 до 20% (1978). Ряд исследователей развитие лакта-