

Когда же необходимо получить артериограмму сосудов голени, стопы, то после введения последнего миллилитра хирург выжидает 1—2 сек. и лишь тогда подает команду «ток».

Артериограммы можно делать на любых аппаратах, мощность которых позволяет сделать снимки при экспозиции в 0,3—0,2 сек. Мы свои снимки делали при следующих технических условиях: kW—72 (для голени и стопы — 65—60 kW), mA—75, экспозиция—0,1 сек., К. ф. р.—90 см.

Методика прижизненной артериографии несложная и требует только некоторого навыка.

Проводя артериографию по вышеуказанной методике, мы во всех случаях получали отчетливые артериограммы.

Артериографию можно делать в любых рентгеновских кабинетах, где имеется стационарный рентгенодиагностический аппарат.

Отечественный 50% кардиотраст вполне пригоден для артериографии и может быть применен без предварительной местной анестезии.

Поступила 5 февраля 1960 г.

## СЛУЧАЙ АППЕНДИЦИТА СЛЕВА ПРИ SITUS VISCERUM INVERSUS

А. М. Артемьев

Из кафедры факультетской хирургии (зав. — проф. С. И. Ворончихин)  
Ижевского медицинского института

Situs viscerum inversus является одним из наиболее редких врожденных аномалий перемещения внутренних органов человеческого организма. Поэтому при неотложных заболеваниях органов грудной и брюшной полостей иногда врач может встретиться с трудностями в распознавании болезни, особенно в тех случаях, когда в анамнезе отсутствуют указания на декстрокардию.

Вопросы, касающиеся острого аппендицита слева, достаточно освещены в работах З. В. Поль, Е. М. Жака, З. А. Раевской и др.

Мы наблюдали одного такого больного.

Б-ной З., 18 лет, поступил в клинику с диагнозом: острый аппендицит, декстрокардия. Жалобы при поступлении сводились вначале на тошноту, разлитые боли в животе, которые в дальнейшем локализовались в левой подвздошной области. Подобный приступ уже — третий. Со времени начала последнего приступа прошло 29 часов. При первых двух приступах от операции воздержался.

Температура — 38°. Пульс — 82, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот участвует в акте дыхания, не вздут; определяются напряженные мышцы и резкая болезненность в левой подвздошной области. Симптомы Щеткина — Блюмберга, Ровзинга, Ситковского положительны. Сердечный толчок определяется справа в 5-м межреберье по сосковой линии. Печень перкутируется слева, край ее определяется в левом подреберье. Со стороны легких отклонений от нормы не отмечается. Л. — 13000; значительный сдвиг формулы влево.

Экстренная операция (В. В. Чирков). Под местной инфильтрационной анестезией разрезом по Волковичу — Дьяконову слева послойно вскрыта брюшная полость. К ране прилежала неизменная слепая кишка. Червеобразный отросток длиной около 9 см, резко гиперемирован, на верхушке фибриновый налет. Отросток удален обычным путем с погружением культи в кисетный шов. Рана послойно зашита наглухо. Послеоперационное течение гладкое. Гистологически установлен катаральный аппендицит.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Буяльский И. Воен.-мед. журн., 1829, XIII. — 2. Жак Е. М. Сов. хир., 1936, 8. — 3. Поль З. В. Вестн. хир. им. Грекова, 1935, 40. — 4. Постников Б. Н. Вестн. хир. им. Грекова, 1952, 55—58. — 5. Раевская З. А. Хирургия, 1940, 5. — 6. Яновский В. В. Воен.-мед. журн., 1847, 50.

Поступила 10 февраля 1959 г.