



Рис. 1.

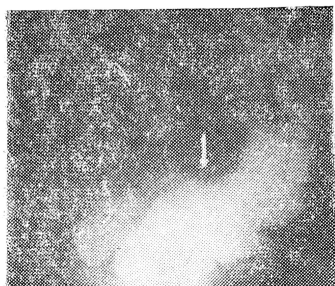


Рис. 3.

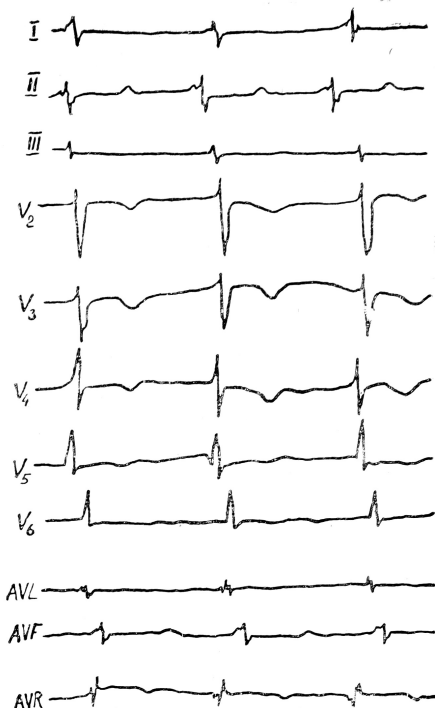


Рис. 2.

УДК 616.006.3.04—616.33

А. Н. Сорокин (Казань). Ретикулосаркома желудка

1. Я., 59 лет, поступила 3/I 1964 г. с жалобами на постоянные ноющие боли в области желудка, не связанные с приемом пищи. Больная с 1961 г., когда начала худеть. При исследовании желудочного сока была установлено понижение кислотности. В моче реакция на желчные пигменты положительная. При рентгенологическом исследовании в теле и синусе желудка выявлен злокачественный рельеф слизистой, образованный ригидными, местами прерывающимися складками. На большой кривизне плоский дефект наполнения. Смещаемость желудка не ограничена. Заключение: опухоль тела желудка.

После соответствующей подготовки больной была произведена высокая резекция желудка. Послеоперационный период протекал без осложнений, и 7/II 1967 г. больная в удовлетворительном состоянии была выписана под наблюдение амбулаторного хирурга.

При патогистологическом исследовании операционного препарата установлена ретикулосаркома желудка без поражения регионарных лимфатических узлов.

2. Ф., 25 лет, поступил 27/IV 1967 г. с жалобами на слабые боли в эпигастриальной области и подъем температуры к вечеру до 39,5°. До поступления лечился по месту жительства от септического эндокардита, хронического холецистита и антрального гастрита, однако улучшения не было.

При поступлении живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастриальной области.

Несмотря на лечение антибиотиками и гормонами, состояние больного не улучшилось. Вечерняя температура продолжала оставаться высокой. Реакция Грегерсена резко положительна.

При рентгенологическом исследовании желудка (проф. М. И. Гольдштейн) складки слизистой в препилорическом отделе не прослеживались. Привратник удлинён, деформирован. Луковица двенадцатиперстной кишки заполняется неравномерно, она расширена на всем протяжении, временами отмечалась глубокая крупноsegmentированная перистальтика. Заключение: малигнизированная язва препилорического отдела желудка.

1/VI 1967 г. у больного внезапно появилось головокружение, рвота с кровью (около 100 мл). После консультации хирурга больной был переведен в хирургическую клинику. Диагноз — язвенное кровотечение.

В тот же день ему была произведена лапаротомия, при которой обнаружена инфильтрация малого сальника и задней стенки двенадцатиперстной кишки хрящевидной плотности, захватывающая головку поджелудочной железы. В этой области обнаружены спускающиеся вниз под брыжейку поперечно-ободочной кишки узлы тугоэластической консистенции, сливающиеся в сплошной конгломерат 7×30 см. В одном из узлов обнаружен творожистый распад. Кусочек лимфоузла взят на гистологическое исследование.

Ввиду тяжелого состояния больного и умеренного разового кровотечения операция была прекращена. Рана ушита, к конгломерату подведен дренаж. Послеоперационный диагноз — лимфогранулематоз, может быть туберкулез забрюшинных узлов.

2/VI 1967 г. у больного наступила острая кровопотеря. АД не определяется. Повторная лапаротомия. Желудок увеличен. При вскрытии из него выделилось 100—150 мл крови. Дополнительно из полости желудка откачено 150—200 мл темной крови и удалены большие сгустки. При ревизии пилорического отдела желудка обнаружено уплотнение на задней стенке и 3 язвы с нишеподобным углублением. Из-за тяжелого состояния больного от резекции желудка отказались. Язвы ушиты с тампонадой кусочками большого сальника. Наложен передний гастроэнтероанастомоз. Рана ушита, введен дренаж.

3/VI 1967 г. больной скончался при явлениях нарастающего упадка сердечной деятельности. Диагноз при передаче на вскрытие — множественные (3) язвы пилорического отдела желудка, желудочное кровотечение, острое малокровие, туберкулез желудка и забрюшинных лимфоузлов, опухоль желудка (?).

Данные вскрытия: у корня брыжейки тонкого кишечника, а также вдоль задней стенки двенадцатиперстной кишки и у привратника большой конгломерат плотнo-эластических узлов, на разрезе серовато-белых, в некоторых из них — участки некроза. Привратниковый отдел желудка резко утолщен. Гистологически в забрюшинных лимфоузлах определяется стертость рисунка, сплошное разрастание ретикулярных клеток, проникающее за капсулу узла. В стенке желудка — разрастание ретикулярных клеток, местами участки некроза.

Патологоанатомический диагноз: ретикулосаркоматоз забрюшинных лимфатических узлов и желудка с изъязвлением опухоли и желудочным кровотечением.

УДК 616.33—006.6—616—089—612.015.348

Б. Д. Рябов (Оренбург). Белки сыворотки крови у больных после кард- и гастрэктомий

В отдаленные сроки после кардэктомий и особенно гастрэктомий у больных возникает ряд осложнений, связанных с выпадением функций всего желудка или верхнего его отдела. Одним из них являются потери в весе, ведущие некоторых больных к резкому истощению.

У 18 больных, перенесших кардэктомию по поводу рака и прослеженных нами от 1 года до 11 лет, потери по росту-весовому показателю в среднем составили 12,7 кг с колебаниями от 5 до 32 кг. Соответственно у 16 больных, обследованных нами в сроки от 1 года до 9,5 лет после гастрэктомии, средние потери в весе составили 12,5 кг с колебаниями от 3 до 25 кг. Все больные питались вполне удовлетворительно. При исследовании кала все пищевые ингредиенты у них оказались достаточно переваренными, и лишь у больного М., 65 лет, через 2 года после кардэктомии были поносы до 5—6 раз в сутки. В кале у него обнаружено много растительной клетчатки и непереваренные крахмальные зерна.

Данные исследователей об отдельных глобулиновых фракциях весьма разноречивы. Так, одни авторы нашли повышение α_2 - и γ -глобулинов, другие — повышение либо всех глобулиновых фракций, либо α_1 -, α_2 - и γ -глобулинов, либо только γ -глобулинов.

Нами исследованы протеины, липопротеиды и гликопротеиды сыворотки крови у 18 больных в сроки от 3 мес. до 11 лет после кардэктомии и у 19 в сроки от 2 мес. до 9,5 лет после гастрэктомии. У 23 чел. эти исследования проводили по 2—3 раза с промежутками в 3—6 мес.

Кровь брали из локтевой вены натощак. Общий белок определяли рефрактометрически, белковые фракции — методом электрофореза на бумаге по А. Е. Гурвичу (1955). Окраску лент для элюирования и количественного определения протеинов производили бромфеноловым синим, окраску липопротеидов — насыщенным суданом черным Б в этиловом спирте. Окраску и количественное определение гликопротеидов осуществляли по методике О. М. Костюковской (1964). Для контроля такие же исследования произведены у 20 практически здоровых людей в возрасте от 20 до 70 лет. Результаты исследований подвергнуты статистической обработке.

У контрольной группы здоровых людей показатели общего белка сыворотки крови, альбуминов, глобулиновых фракций, А/Г коэффициента, липо- и гликопротеидов оказались в пределах физиологических колебаний, установленных З. А. Бондарь и И. С. Мелкумовой (1960), М. Д. Лапиным, Т. А. Кадошук, Б. М. Ориновским, М. В. Будянским (1962), И. Т. Абасовым (1965).