

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).

После кардэктомии нами найдены гипопроteinемия, гипоальбуминемия, снижение А/Г коэффициента. С удлинением сроков после операции показатели общего белка сыворотки крови, альбумины и А/Г коэффициент повышаются, однако нормального уровня не достигают. Уровень γ -глобулинов в первый год после операции заметно повышается, а позднее снижается.

С удлинением сроков после гастрэктомий общий белок крови в связи со снижением альбуминов продолжает снижаться. А/Г коэффициент на первых порах выше нормальных величин, а позднее отчетливо снижен.

Соотношение фракций липопротеидов как после кардэктомий, так и после гастрэктомий сохраняется на уровне установленных нами норм.

В сроки до года после кардэктомий оказалась повышенной фракция альбумин-глокопротеидов, а после 5 лет фракция α_2 -глокопротеидов. Фракция β -глокопротеидов снижена в сроки от 1 года до 5 лет. Позднее ее уровень постепенно нормализуется.

После гастрэктомий все фракции глокопротеидов оставались близкими к норме.

УДК 616.981.21

Л. Н. Кондратюк (Уфа). Виды гемолитических стрептококков в зависимости от источников выделения

Было изучено 407 штаммов стрептококка, из них 157 из зева больных scarлатиной, 94 — от больных ангиной и другими заболеваниями верхних отделов дыхательных путей, 75 — от больных ревматизмом в периоды между приступами, получавших с профилактической целью бициллин и аспирин, и 80 штаммов от здоровых носителей, большинство которых находилось в контакте со scarлатинозными больными.

Среди 157 штаммов стрептококка, выделенных от больных scarлатиной, все давали гемолиз на кровяном агаре и 92,9% относились к группе А. От больных ангиной, ревматизмом и здоровых носителей были выделены гемолитические и негемолитические штаммы. 48—47,2% штаммов, выделенных от больных ревматизмом и здоровых носителей, составляли стрептококки группы А.

Стрептококки групп А, С и G вырабатывали гиалуронидазу, стрептокиназу, ДНК-азу и стрептолизин-О.

Число штаммов, выделенных от больных ревматизмом и обладавших гиалуронидазной и стрептокиназной активностью, было незначительным, по-видимому, вследствие лечения этих больных бициллином.

Количество штаммов группы А, выделенных от больных scarлатиной, ангиной и здоровых носителей и обладавших гиалуронидазной активностью, было почти одинаковым (58,9—57,1%). Наибольшее количество стрептокиназоактивных штаммов было выделено от здоровых носителей (94,2%), наибольшее количество штаммов, вырабатывающих стрептолизин-О, — от scarлатинозных больных (49%), а наименьшее — от больных ревматизмом (13,6%).

УДК 612.393—616—001.4—616.5—002.44

В. И. Кузьмин (ЧАССР). О биологическом методе стимуляции заживления ран и язв

Для лечения длительно не заживающих ран и язв предложено множество методов. В 1926 г. Карно были сделаны первые наблюдения над действием эмбрионального экстракта. При лечении длительно не заживающих ран и язв хорошие результаты получил проф. Гольдберг, применяя эмбриональную мазь, для изготовления которой использовал эмбрионы животных. Однако изготовление такой мази связано с немалыми трудностями. В 1959 г. мы начали применять эмульсию из эмбрионов человека, используя для этого материал, получаемый при искусственном прерывании беременности в ранние ее сроки. Плодное яйцо тщательно растирают в ступке с добавлением ксероформа и рыбьего жира или касторового масла. Полученную указанным способом эмульсию разливают в сосуды, закупоривают и хранят при температуре плюс 4—6° в течение 3—4 дней, после чего она готова к употреблению. Перед употреблением эмульсию взбалтывают и к ней добавляют антибиотик соответственно чувствительности микрофлоры раны или язвы.

Под нашим наблюдением находилось 12 больных с длительно не заживающими ранами или язвами. Все эти больные ранее подолгу лечились стационарно, но безуспешно. При лечении эмбриональной эмульсией у всех наступило заживление.

По данным наших наблюдений можно сделать заключение, что применение препарата эмбриональной ткани является одним из эффективных методов лечения длительно не заживающих язв и ран.