

У 4 больных отмечалось значительное понижение общей кислотности и свободной соляной кислоты желудочного сока, у 2 больных отмечалась полная ахилия.

С появлением тетанических судорог мышц лица и конечностей двое больных были госпитализированы в инфекционное отделение с подозрением на столбняк и один помещен в психиатрическую больницу. Все трое больных на следующий день переведены в хирургическое отделение, диагностика заболевания, с учетом анамнеза и жалоб больных в этих случаях, не представляла особых трудностей.

Лечение гастрогенной тетании в основном консервативное и должно быть направлено на выведение больного из тяжелого состояния, на обогащение крови хлоридами и нормализацию водного и солевого баланса. Нашим больным внутривенно вводился гипертонический и физиологический растворы в виде обильных подкожных вливаний и капельных клизм; ежедневно внутривенно вливали 10—20 мл 10% раствора CaCl_2 , а через рот давали 2—3 г хлористого аммония с целью снижения алкалоза. Одновременно рекомендуются переливание плазмы и другие белковые кровозаменители, инъекции раствора глюкозы, наркотические, сердечно-сосудистые средства и витамины. Благоприятное влияние оказывало применение в малых дозах атропина в комбинации с папаверином и бромидом с целью восстановления равновесия процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе, согревание больного, вдыхание кислорода и покой.

Применение указанных лекарственных средств и мероприятий в том или другом сочетании обеспечивало выведение больных из тяжелого состояния. Однако окончательное излечение достигается операцией — резекцией желудка либо наложением желудочно-кишечного соустья. Из 12 оперированных нами больных один умер.

Отдаленные результаты у оперированных больных вполне удовлетворительные, все они трудоспособны.

Литературные данные и личные наблюдения позволяют сказать, что больные язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки нуждаются в постоянном наблюдении. Ухудшение состояния больного и особенно появление рвоты, похудание, симптомы, указывающие на нарушение эвакуации из желудка, должны насторожить врача о возможности развития грозных осложнений.

Я. С. Вайнбаум, Б. И. Мажбич, А. А. Дашевская (Москва). Сопоставление степени физической активности с реакцией гемодинамики на физическую нагрузку у больных митральным стенозом

Катетеризация сердца и легочных сосудов производилась по методике, описанной Е. Н. Мешалкиным (1954). Запись давления осуществлялась на четырехканальном осциллографе «Мингограф-42». Во время исследования производились заборы проб крови из сосудов и полостей сердца для определения содержания газов в крови. Потребление кислорода определялось на спирографе. Минутный объем рассчитывался по формуле Фика. Рассчитывалось среднее давление в сосудах. Физическая нагрузка осуществлялась вращением педалей велоэргометра (в положении на спине) в течение 5 мин. Интенсивность нагрузки определялась стойким двукратным повышением поглощения кислорода.

Больные распределялись в зависимости от возникающих затруднений на четыре группы:

1. затруднение возникает только при значительной физической нагрузке: во время занятий спортом или при тяжелой физической работе; они могут без затруднения подняться на 4—5 этаж;

2. затруднение появляется при выполнении умеренной физической нагрузки; такие больные трудоспособны в профессиях, не требующих физического напряжения; могут без большого затруднения ходить по ровной местности или подниматься на 3 этаж;

3. они испытывают недомогание при незначительной физической нагрузке: выполняют лишь самую легкую работу дома; без значительного затруднения могут пройти примерно полкилометра по ровной местности или подняться на 1—2 марша лестницы;

4. недомогание возникает при малейшем физическом напряжении или в покое; полностью нетрудоспособны; могут пройти несколько десятков метров; обычно находятся на постельном режиме.

Всего было обследовано 13 женщин и 4 мужчин в возрасте от 19 до 32 лет.

У 15 больных был чистый митральный стеноз, а у двух больных стеноз сочетался с умеренной регургитацией.

ВЫВОДЫ

1. У больных митральным стенозом при сниженной тенденции к увеличению минутного объема сердца наблюдалось два типа реакции гемодинамики на физическую нагрузку: 1 тип — преимущественное повышение артерио-венозной разницы по сравнению с минутным объемом сердца; 2 тип — преимущественное или равное (с артерио-венозной разницей) повышение минутного объема сердца.

2. Первый тип реакции характерен для больных с резко пониженной способностью к физической нагрузке.

3. Не наблюдалось корреляции между способностью к физической нагрузке, минутным объемом сердца и артерио-венозной разницей по кислороду в покое.

4. У больных со сниженной способностью к физической нагрузке отмечалось более значительное повышение давления в легочной артерии и в легочных капиллярах.

УДК 616. 71 — 001. 5

Ф. С. Белянин (Свердловск). Обмен галлия у больных с переломами трубчатых костей

В условиях Новокуйбышевского геохимического района (Куйбышевская обл.) колориметрическим методом по В. О. Ошману (1958) изучено содержание галлия в крови и суточная экскреция его с мочой и отделяемым кишечника у больных с переломами трубчатых костей (бедренная, плечевая и большеберцовая кости) в сравнении со здоровыми лицами.

Всего обследовано 106 человек, из которых здоровых (доноров) было 71 (мужчин — 19, женщин — 52), а больных с переломами трубчатых костей — 35.

Установлено, что в крови здоровых (доноров) содержится $6,75 \pm 0,45 \text{ } \gamma\%$ галлия с несущественной разницей у мужчин и женщин. Ежедневно с мочой здоровых людей выделяется $42,66 \pm 2,72$, а с отделяемым кишечника $5,81 \pm 2,88 \text{ } \gamma\%$ галлия.

У больных с переломами трубчатых костей обмен галлия претерпевает значительные изменения. Так, например, в первые 10 дней со дня травмы в крови содержится $16,06 \pm 3,68 \text{ } \gamma\%$ галлия, а в периоде наибольшей регенерации костной ткани (10—50 дни) — $45,87 \pm 7,45 \text{ } \gamma\%$. У больных с небольшим смещением отломков концентрация галлия в крови отклоняется от нормы на 142,6%, а с большим смещением — на 766,5%.

В первые 10 дней после травмы выделение галлия с мочой снижено на 18,1%, а в периоде наиболее интенсивной регенерации кости экскреция с мочой увеличивается на 46,4%, тогда как экскреция галлия с отделяемым кишечника не отличается от нормы.

Таким образом, наши исследования дают основания считать, что обмен галлия у больных с переломами костей и особенно в случаях грубых анатомических нарушений костей и окружающих тканей претерпевает значительные изменения. Предложение Dudley и его соавторов (1950) о целесообразности применения солей галлия в целях ускорения регенерации поврежденных костей заслуживает внимания.

УДК 616. 33 — 002. 44

К. Х. Мухаметов (Шугуровская больница Лениногорского района ТАССР). Множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

У описываемой больной оказалось 12 язв в желудке в сочетании с язвой двенадцатиперстной кишки, в связи с чем данный случай представляет определенный интерес.

З., 63 лет, поступила в больницу 25/IX-63 г. с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту. Болеет около 15 лет. В течение последнего месяца рвота повторялась ежедневно. Последнюю неделю рвота была после каждого приема пищи. Многократно лечилась стационарно, выписывалась с улучшением.

Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледной окраски. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс — 64. АД — 120/60. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Стул и диурез в норме.

Рентгеноскопия желудка от 28/IX-63 г. Пищевод свободно проходим, контуры ровные. Желудок спускается в малый таз, складки слизистой истончены, перистальтика вялая. По малой кривизне, ближе к углу желудка определяется «ниша» глубиной 1,5—2 см. Пройодимость дуоденум нарушена. Бульбус дуодени полностью не заполняется.

Диагноз: Язвенная болезнь желудка с нарушением проходимости. Гастроптоз.

8/X-63 г. под местной инфильтрационной анестезией произведена резекция $\frac{2}{3}$ желудка по Гофмейстер-Финстереру. При ревизии брюшной полости в желудке по малой кривизне, ближе к пилорическому отделу и в дуоденум обнаружены плотный опухолевый инфильтрат размером $5 \times 4 \text{ см}$ и множество спаек.

Макропрепарат. По малой кривизне ближе к пилорическому отделу желудка расположены большая каллезная язва диаметром 1,5 см, глубиной 1,5 см. В начале дуоденум язва диаметром 1 см, глубиной 0,5 см. Между этими двумя большими язвами по малой кривизне на передней и задней стенке 10 мелких, разных размеров язв, в том числе типа «целующихся». Пальпаторно на участке этих язв определяется плотный инфильтрат размером $5 \times 4 \text{ см}$. Вход в дуоденум резко сужен рубцово-измененной тканью, пропускает с трудом кончик мизинца.

Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Выписана 28/X-63 г. на 20-й день после операции в хорошем состоянии.

В настоящее время чувствует себя хорошо. Жалоб не предъявляет.