

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 эпигастриальной 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 эпигастриальной 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.