

При поступлении жалуется на слабость, головокружение, плохой аппетит, частое потемнение в глазах, иногда тупые боли в животе после еды.

Кожа и видимые слизистые резко бледны, нижние веки отечны. Выглядит 12-летним, вторичные половые признаки не развиты. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 92, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 105/80. Сердечные тоны приглушены. Дыхание везикулярное.

7/1 1964 г. Гем.—28% (4,6 э%), Э.—3 140 000, ц. п.—0,43, ретикулоциты—0,1%, тромбоциты—243 520, Л.—5400, э.—1%, п.—5%, с.—62%, л.—24%, м.—8%, анизоцитоз++, лейкоцитоз++. Общее количество белка—7,65%, альбуминов—4,18%, глобулинов—3,47%, А/Г коэффициент—1,2. Билирубин крови—0,64 мг%.

Рентгеноскопия желудка: контраст задерживается над куполом диафрагмы, затем направляется вправо и занимает весь внутренний синус, после чего поступает в желудок.

Через 40 мин. половина контраста в кишечнике, желудок значительно опущен— в малом тазу. В правом кардиодиафрагмальном синусе тень округлой формы со следами контраста.

Диагноз: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

В процессе подготовки к операции произведено многократное переливание крови, лечение поливитаминами, препаратами железа, общеукрепляющими средствами.

Состояние мальчика значительно улучшилось: уменьшилась слабость, появился аппетит.

7/II 1964 г. Гем.—66%, Л.—3200, э.—3%, п.—1%, с.—73%, л.—20%, м.—3%, РОЭ—10 мм/час.

19/II 1964 г. операция. В диафрагме, позади пищевода, больше вправо и меньше влево, большой дефект диаметром до 8 см, через который дно и кардиальный отдел желудка проходят в заднее средостение.

Дефект диафрагмы над дном желудка ушит двухрядными узловыми швами. Брюшная часть пищевода и дно желудка фиксированы к диафрагме.

21/III 1964 г. выписан здоровым.

УДК 616. 33—616—072. 7

Я. С. Циммерман (Пермь). Клиническая оценка некоторых методов функциональной диагностики заболеваний желудка

Мы исследовали белковые фракции желудочного сока у 89 больных язвенной болезнью (с язвой двенадцатиперстной кишки было 74 чел., с язвой желудка—15), а также у 11 больных хроническим гастритом с сохраненной и повышенной секреторной функцией.

Желудочный сок мы брали натощак и отдельно после механического (резиновый баллон, раздуваемый в желудке 250 мл воздуха) и химического (300 мл 5% алкоголя) раздражения по методу Быкова—Курцина. Исследования проводили до и после курса лечения высокочастотными физическими агентами (индуктометрия, микроволновая и ультразвуковая терапия) и парафином. Количественное определение «анодных» и «катодных» фракций желудочного сока производили после денситометрии путем взвешивания соответствующих фракций на торсионных весах и вычисления «анодно-катодного коэффициента» (АКК).

У больных язвенной болезнью и хроническим гастритом с сохраненной секреторией отмечается высокое содержание «анодных фракций» натощак, вследствие чего АКК во всех группах больных, независимо от локализации язвы, выше единицы. После действия механического раздражителя АКК еще более возрастает, что указывает на активную секрецию пепсина и мукопротеина. При действии алкогольного раздражителя удельный вес «анодных фракций» падает, чем подтверждается давно известный факт, что слабые растворы алкоголя стимулируют выделение желудочного сока с высокой кислотностью, но с низкой переваривающей силой (Б. П. Бабкин, 1960).

Проницаемость железистых клеток желудка определялась модифицированной нами (Я. С. Циммерман и А. М. Чемоданова, 1962, 1964) йод-калиевой пробой Пентцольда—Фабера.

Наиболее значительные нарушения проницаемости железистых клеток желудка наблюдаются при хронических гастритах и язвенной болезни желудка (при которой также нередко констатируется наличие хронического гастрита); менее значительные— при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и при хронических холецистохолангитах. К концу курса лечения параллельно с клиническим эффектом отмечается выраженная тенденция к нормализации проницаемости железистых клеток желудка, что может служить одним из критериев эффективности лечебных мероприятий.

На высоте секреторного процесса (в фазу «последовательной секреции») проницаемость железистых клеток желудка, как правило, выше, чем натощак, в состоянии относительного «покоя» желудочных желез.

В тех относительно редких случаях, когда после действия раздражителя проницаемость железистых клеток желудка остается пониженной, есть основание думать о более глубоком поражении железистого аппарата желудка, отсутствии секреторной

реакции желез на действие раздражителя. Восстановление нормальной проницаемости железистых клеток желудка после действия раздражителя (в периоде «последовательной секреции») указывает на обратимость имеющихся нарушений в железистом аппарате желудка.

Мы совместно с инж. Л. И. Шабуниним сконструировали оригинальный электрогастрограф по принципу Чаговца — Венчикова для регистрации электрических потенциалов желудка, отражающих его моторику.

У больных язвенной болезнью, особенно с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке, чаще наблюдались «гиперкинетические» типы моторики — так называемые «пики» и возбужденная, аритмичная («беспорядочная») моторика. При раке желудка и хронических гастритах преобладал «беспорядочный» умеренно-возбудимый (с меньшей амплитудой) и «спокойный» — акинетический тип моторики желудка. Под влиянием лечения отмечалась выраженная тенденция к «нормализации» моторной деятельности желудка — увеличивалось число случаев с ритмичным, умеренно-возбудимым («нормокинетическим») и спокойным («акинетическим») типами моторики.

УДК 616. 342—616—002. 45

Р. А. Малингер (Казань). Повторная перфорация язвы двенадцатиперстной кишки

К., 64 лет, поступил 18/V 1962 г. с диагнозом: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки. На операции перфоративное отверстие закрыто салником на ножке. Послеоперационный период прошел гладко. Около 2 лет после операции большой жаловался на боли в желудке, лечился у терапевта.

3/III 1964 г. поступил повторно с перфорацией язвы. При операции на передней стенке двенадцатиперстной кишки обнаружено прободное отверстие диаметром 0,5 см, края перфорировавшей язвы каллезные, вокруг — воспалительная инфильтрация. Произведена резекция двух третей желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера — Финстерера с применением сшивающего аппарата УКЛ.

Послеоперационное течение гладкое. Выписан на 25-й день. Наблюдается в течение года. Жалоб нет.

УДК 616. 33—002. 44—615. 7

А. М. Сарванов (Хабаровск). Сравнительная оценка некоторых методов консервативного лечения язвенной болезни

Наиболее обнадеживающие результаты получены у больных, леченных эстрогенами. У 56 из 62 больных этой группы наступало заживление «ниши», нормализовалась экскреция, понизилась переваривающая способность и кислотность желудочного содержимого. При лечении молоком (ежедневное орошение желудка капельно 1000 мл) рубцевание «ниши» было отмечено у 4 из 22 больных, ганглиоблокаторами — у 8 из 24, атропином, бромидами, новокаином, витамином В₁ — у 4 из 18, при терапии сном — у 18 из 31 больного.

Эстрогены снижают секрецию соляной кислоты, расширяют сосуды слизистой желудка, оказывают прямое эпителиотропное и не прямое спазмолитическое действие на стенку желудка.

УДК 616. 3—615. 7

Е. П. Мухин (Новосибирская область). Опыт применения гексония при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта

Бензогексоний или гексаметон мы вводим как парентерально, так и перорально, в постепенно возрастающих дозировках, 3 раза в день (от 0,3 до 1,2 в сутки), в сочетании с внутривенными вливаниями 10% раствора бромистого натрия, приемами щелочных смесей и соблюдением диеты. При повторных курсах или при продлении курса дозы гексония приходится увеличивать в 2—3 раза ввиду «привыкания». У трех больных отмечено небольшое головокружение и расширение зрачков после первых внутримышечных инъекций гексаметона (эти явления прекратились после 3—4-й инъекции).

Курс лечения — 5—6 недель. Спустя 1—3 недели от начала лечения значительное уменьшение или исчезновение болей наступило у 42 из 48 больных, снижение или нормализация кислотности желудочного сока — у 36 из 45, рубцевание язвы при рентгенологическом контроле обнаружено у 15, уменьшение размеров язвы у 9 из 32, имевших до начала лечения симптом «ниши». У ряда больных отмечено уменьшение неврастенических проявлений. У 4 чел. исчез длительный спазм привратника, симулировавший органический язвенный стеноз.

При гиперацидном гастрите сроки лечения по приведенной выше схеме составляли 10—15 дней. Прекращение болей отмечено всеми 23 больными. У ряда больных уменьшились боли и изжога со второго дня лечения. Снижение кислотности желудоч-