

В послеоперационном периоде у операбельных раковых больных I гр. к 3-м суткам повышение 17-оксикортикостероидов в суточной моче было несущественным. К 5-м суткам наступило снижение до $1,45 \pm 0,17$ мг. У больных II гр. в 1-е сутки отмечен небольшой, но достоверный подъем ($1,46 \pm 0,22$ мг, $P < 0,05$).

При неоперабельном раке в 1—3-и сутки после операции произошло увеличение суммарных 17-оксикортикостероидов (до $1,55 \pm 0,23$ — $1,57 \pm 0,19$ мг; $P < 0,02$).

Проведение у 14 больных предоперационной подготовки (переливание крови и ее препаратов в количестве 200—400 мл и ежедневное введение 40% глюкозы с витаминами В и С) не отразилось на выделении стероидов как в до-, так и в послеоперационном периоде.

Из исследованных нами больных умерло 4. Причина смерти у 1 — ателектаз легких, у 2 — пневмония, у 1 — перитонит. Все умершие были больны раком и перенесли резекцию желудка. 3 из них относились ко II гр. больных с наиболее пониженными реактивными возможностями организма.

В. А. Кованев и В. Б. Лысенко (1962), Т. Н. Мордвинкина (1963) при осложнениях всегда находили резкое снижение стероидов. У ряда наших больных при осложнениях также наступало снижение суммарных 17-оксикортикостероидов. Например, у больного Г. на 6-е сутки суммарные 17-оксикортикостероиды в суточной моче снизились до 0,77 мг. Течение послеоперационного периода осложнилось двухсторонней пневмонией, приведшей больного к смерти. У больного Ф. на 5-е сутки суммарные 17-оксикортикостероиды были равны 0,93 мг. Открылся каловый свищ. В то же время у 3 больных к 5—7-м суткам после операции наступило снижение суммарных 17-оксикортикостероидов, но послеоперационный период протекал без осложнений. Это несоответствие можно объяснить тем, что нам неизвестно потребление стероидов тканями, а также тем, что нет четкой взаимосвязи экскреции связанных 17-оксикортикостероидов с уровнем их в плазме (Helmreich и соавт., 1954; А. Т. Пулатов, 1965). Очевидно, по этой же причине у 7 больных, оперированных под эфирно-кислородным наркозом, не было достоверного различия в суточном выделении 17-оксикортикостероидов по сравнению с больными, оперированными под местной анестезией.

ВЫВОДЫ

1. У большинства больных язвенной болезнью перед операцией функция коры надпочечников угнетена. Лишь у стдельных больных, не изнуренных частыми и длительными обострениями, определяются хорошие реактивные возможности.

2. Перед операцией у большинства больных операбельным раком желудка, несмотря на нормальные или повышенное выделение суммарных 17-оксикортикостероидов, заметно снижены резервные возможности коры надпочечников. У остальных, как и у больных неоперабельным раком желудка, функция коры надпочечников и ее резервы еще более угнетены.

3. Если исследование суммарных 17-оксикортикостероидов в суточной моче после введения АКТГ до операции позволяет в какой-то степени оценить функциональное состояние коры надпочечников и ее резервов, то в послеоперационном периоде судить о состоянии кортикальной реакции по уровню экскреции суммарных 17-оксикортикостероидов не всегда возможно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кованев В. А. и Лысенко В. Б. Хирургия, 1962, 12. — 2. Мордвинкина Т. Н. Клин. мед., 1963, 8. — 3. Пулатов А. Т. Вестн. хир., 1964, 8. — 4. Самунджан Е. М. Вopr. онкол., 1959, 4. — 5. Helmreich M. L., Jenkins D., Swan H. Surg., 1957, 41, 6, 895. — 6. Hartenbach W. Arch. Klin. Chir., 1961, 297, 2. 101—115. — 7. Rosenbojm, Krakauer L. S., Gray S. Arch. intern. med., 1956, 98, 3, 266—272.

УДК 616.33—089.87—612.32

ЭРИТРОПОЭЗ, СОДЕРЖАНИЕ КОБАЛЬТА, МЕДИ, ОБЩЕГО ЖЕЛЕЗА И ВИТАМИНА В₁₂ В КРОВИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ И РЕЗЕКЦИЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ РАКА

Р. Г. Курбангалеев

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. А. С. Альтшуль)
Оренбургского медицинского института

Установлено, что после гастрэктомии возникает вначале гипо- и нормохромная анемия, которая через 5—6 лет приобретает гиперхромный мегалобластический характер. Наиболее ранними изменениями у больных являются увеличение среднего диаметра эритроцитов (СДЭ) и дефицит витамина В₁₂ и Fe сыворотки крови. Однако

помимо витамина В₁₂ важную роль в гемопоэзе играют и микроэлементы. Так, Ш. Б. Бабаев (1959) обнаружил резкое нарушение обмена Си при гиперхромных формах анемий. В. Я. Шустов (1961) установил, что у больных анемией Аддисон — Бирмера содержание Со в крови снижается в 3—4 раза, а Си повышается. Лечение препаратами Со приводит к увеличению содержания этих элементов в крови и нормализации эритропоэза.

В литературе имеются лишь единичные указания на нарушение обмена микроэлементов у больных после резекций дистальных отделов желудка по поводу рака и язвенной болезни [7, 9, 10]. При гастрэктомиях и кардэктомиях этот процесс не изучен. Между тем в экспериментах найдено, что уровень Fe, Си и Со в крови зависит от объема оперативного вмешательства [3, 9].

Мы исследовали морфологию периферической крови и костномозгового кровотока, СДЭ, содержание Со, Си, общего железа и витамина В₁₂ в крови у 30 больных через 1—17 лет после гастрэктомий (у 16) и резекций верхнего отдела желудка (у 14).

Витамин В₁₂ определяли по методу В. Н. Букина в модификации Н. В. Мясичевой (1960), количественное содержание Fe, Си и Со — по методу Г. О. Бабенко (1959).

У 2 чел. после кардэктомии и у 8 после гастрэктомии найдена заметная гипоальбуминемия со снижением альбумино-глобулинового индекса до 0,7—1,1. Переваривание белков, жиров и углеводов было удовлетворительным. У 16 чел. наблюдались значительные потери в весе в пределах 6—21 кг.

У 12 из 16 чел. через 2—7 лет после гастрэктомии возникла выраженная норма- гиперхромная анемия. У 4 из них спорадическое лечение витамином В₁₂ значительно улучшило эритропоэз. У 8 больных, не получавших к моменту исследования витамин В₁₂, гемоглобин крови был в пределах 9—11,6 г%, а число эритроцитов — от 2 340 000 до 3 750 000. У большинства больных после гастрэктомии был макроцитоз эритроцитов, задержка созревания элементов костного мозга и соответственно этому снижение индекса созревания эритробластов и уменьшение соотношения лейко- и эритробластов. У 5 больных установлена картина пернициозной анемии с мегалобластическим кровотоком.

После резекции верхнего отдела желудка в сроки от 1,5 до 8 лет у 10 чел., из которых лишь 3 спорадически лечились витамином В₁₂, гемоглобин крови и число эритроцитов были в пределах нормы, а у 4 не получивших витамина В₁₂ была умеренная нормохромная анемия. Макроцитоз и изменения со стороны стернального пунктата у этих больных были выражены в меньшей степени и встречались реже.

После гастрэктомии резко снижается содержание общего Fe, Со и витамина В₁₂ в крови. После резекции верхнего отдела желудка эти явления значительно менее выражены и встречаются реже. Содержание Си после кардэктомии имеет тенденцию к повышению, а после полного удаления желудка заметно снижается.

Приведенные данные показывают, что после гастрэктомии у большинства больных возникает выраженное нарушение эритропоэза с макроцитозом, отчетливой эритро-нормобластической реакцией, снижением индекса созревания эритробластов и соотношения лейко- и эритробластов. Порою эти анемии приобретают пернициозный характер. Вместе с тем у больных резко снижается содержание витамина В₁₂, Со, Fe в крови и в меньшей степени — Си. Гораздо реже отмеченные изменения наблюдаются у больных после кардэктомии.

Следует отметить, что строгого параллелизма между содержанием Со, Си, Fe крови, витамина В₁₂ ее сыровкой и состоянием эритропоэза у отдельных больных нами не установлено. При одинаковом уровне витамина В₁₂ содержание Со, Си и Fe, а также показатели гемоглобина и эритроцитов у некоторых больных колеблются в весьма значительных пределах.

Витамин В₁₂ и препараты Fe улучшают эритропоэз при агастральных анемиях, однако, по данным О. Л. Гордон и соавт. (1960), А. И. Гольдберга (1962) и нашим наблюдениям, полностью не нормализуют его. Видимо, при лечении больных с агастральными анемиями следует назначать также и препараты Со и Си. Работа в этом направлении нами проводится.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаев Ш. Б. В кн.: Применение микроэлементов в сельском хозяйстве и медицине. Рига, 1959.
2. Бабенко Г. О. Наукові записки, 3. Станіславський мед. ін-т, 1959.
3. Бакулева Н. С. Пат. физиол. и exper. тер., 1965, 2.
4. Гольдберг А. И. Агастрические В₁₂-дефицитные анемии. Томск, 1962.
5. Гольдберг Д. И., Гольдберг А. И., Лаврова В. С., Полковникова К. И., Тетерина В. И., Крикуренко Г. В., Голосов О. С., Тимакин Н. П., Чернова Е. А. Клин. мед., 1962, 8.
6. Гордон О. Л., Маркова Г. Ф., Махкамова М. М. В кн.: Современные данные по лечебному применению витаминов. Медгиз, М., 1960.
7. Ищенко М. М. Врач. дело, 1965, 4.
8. Мясичева Н. В. Лаб. дело, 1960, 1.
9. Сулима С. Я. Клин. мед., 1962, 8.
10. Тимакин Н. П. Тер. арх., 1964, 7.
11. Шустов В. Я. Тр. I биохим. конф. Прибалтийских республик и Белоруссии. Тарту, 1961.