

М. А. Лариной (1964) было установлено, что при тиреотоксикозах увеличивается образование и секреция глюкокортикоидов, которые тоже принимают участие в регуляции баланса электролитов, хотя и в меньшей степени, чем минералкортикоиды. Кроме того, изменение электролитного баланса, возможно, зависит и от влияния гормонов щитовидной железы на тканевой обмен (С. Вернер, 1963). Это подтверждают исследования И. Калудина (1962), который экспериментально установил, что под действием тироксина ионы К выходят из красных кровяных телец, а ионы Na туда поступают.

Наши исследования показали, что у больных с выраженными формами тиреотоксикоза в предоперационном периоде целесообразно, помимо обычных средств подготовки, принимать меры для нормализации электролитного баланса. Установлено, что внутривенные вливания 40% раствора глюкозы и инсулинотерапия способствуют вступлению К в клетку и высвобождению из нее Na [3, 8]. Опыты И. Калудина (1962) также подтвердили, что добавление глюкозы уменьшает действие тироксина на транспорт К и Na. Обычно применение глюкозы и инсулина при подготовке больных к операции оказывается достаточным для нормализации электролитного обмена. И лишь в случаях тяжелого тиреотоксикоза с декомпенсацией сердечной деятельности или тиреотоксической миастений необходимо вводить в организм дополнительно К. Мы применяли 6% раствор хлористого калия на 10% растворе глюкозы по 4—5 столовых ложек внутрь в сутки.

ВЫВОДЫ

1. В группе больных простым зобом нарушений в содержании электролитов не обнаружено.

2. При тиреотоксикозе имеется задержка натрия в организме; степень ее зависит от тяжести тиреотоксикоза. При тяжелых формах тиреотоксикоза гипернатриемия сочетается с уменьшением внутриклеточных запасов калия.

3. Больным с тяжелыми формами тиреотоксикоза целесообразно назначение средств, нормализующих электролитный баланс (глюкозо-инсулинотерапия, хлористый калий).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев А. Н., Амбарцумян Р. Г. Вестн. хир. им. Грекова, 1963, 7.—
2. Комиссаренко И. В. Врач. дело, 1962, 4.—
3. Крохалев А. А. Хирургия, 1964, 7.—
4. Ларина М. А. Биосинтез кортикостероидов в надпочечниках кроликов с экспериментальным тиреоидиновым токсикозом. Автореф. канд. дисс., М., 1963.—
5. Хавин И. Б., Николаев О. В. Болезни щитовидной железы. Медгиз, М., 1961.—
6. Ходжамирова Е. С., Кукес В. Г., Бассалык Л. С. Исследование функционального состояния коры надпочечников и симпатикоадреналовой системы в клинике и эксперименте. Тр. I МГМИ, М., 1963, 114.—
7. Kaludin J. S. Acta Biol. Med. Germanica, 1962, 8, 3, 238—240—
8. Moseley V., Baroody N. South. Med. J., 1955, 48, 1, 1—6.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.329—002

В. И. Попов и В. Ф. Жупан (Ленинград). Лечение больных с рефлюкс-эзофагитом

За 1962—1965 гг. в клинике оперированы 2 мужчин и 5 женщин в возрасте от 26 до 62 лет с язвенным рефлюкс-эзофагитом, развившимся через 3—6 лет после наложения эзофагогастроанастомоза по поводу кардиоспазма.

Больные жаловались на общую слабость, похудание, жгучие боли за грудиной во время или сразу после еды, отрыжку горечью, изжогу, срыгивание пищей с примесью алой или измененной крови. Временами кал имел черную окраску. У 3 больных отмечали периодическое затруднение прохождения пищи по пищеводу. У всех была выраженная анемия; у 2 гемоглобин снижался до 30—20%. Реакция Грегерсена на скрытую кровь у всех была положительной.

Рентгенологическое обследование. Сужение и спазм пищевода над анастомозом его с желудком были у 2 больных, у 3 выявлена ячеистая структура слизистой пищевода и «ниши» в его нижнем отделе. Затекание (рефлюкс) желудочного содержимого в пищевод установлено у 5 больных. У всех наблюдался спазм привратника и замедленная эвакуация из желудка.

При эзофагоскопии язвенные изменения в нижнем отрезке пищевода найдены у 6 больных; у 2 из них было рубцовое сужение этой области. 5 больных имели инвазивность в связи с данным заболеванием.

Одной из основных причин рефлюкс-эзофагита мы считаем нарушение моторной функции желудка, обусловленное затруднением эвакуации из него вследствие механических препятствий в пилорoduodenальном отделе.

Всем нашим больным была выполнена пилоропластика путем иссечения передней полуокружности пилорического жома вместе со слизистой и серозной оболочками. Образовавшуюся рану желудка мы ушивали в поперечном направлении двухэтажными узловыми швами.

У 5 больных получен хороший результат. Боли за грудиной, изжога и срыгивания исчезли. Больные стали прибавлять в весе, явления анемии прошли. При рентгенологических исследованиях рефлюкс желудочного содержимого в пищевод не обнаруживался, спазм привратника не отмечено. Эвакуация из желудка ускорилась. Через 1,5—2 года рентгенологически признаков язвенного эзофагита не выявлено. Эзофагоскопия у 3 больных подтвердила результаты рентгенологического исследования (двое больных от эзофагоскопии отказались). Все эти больные вернулись к своей прежней профессии.

У 2 больных пилоропластика оказалась малоэффективной. У 1 больной во время пилоропластики кроме пилороспазма было установлено наличие умеренного дуоденостаза.

У больных с язвенным рефлюкс-эзофагитом при наличии нарушения эвакуации из желудка вследствие пилороспазма и дуоденостаза пилоропластика малоэффективна.

У другой больной пилоропластика тоже не принесла заметного улучшения. Лишь повторная операция, во время которой был диагностирован дуоденостаз и выполнена резекция дистального отдела желудка с наложением желудочно-кишечного V-образного анастомоза, привела к излечению.

УДК 616.34—007.43—031.611.26

Т. З. Гуревич (Москва). Наблюдения над грыжами пищеводного отверстия диафрагмы

Мы изучили клиническую картину у 62 больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, наблюдавшихся в поликлинике с 1952 по 1965 г. Мужчин было 35, женщин — 27. В возрасте от 51 года до 60 лет было 11 больных, от 61 до 70 лет — 29, от 71 до 80 лет — 15 и старше — 7. Клинический диагноз был установлен лишь у 2 больных.

Рентгенологические исследования позволили установить диагноз при 1-й рентгеноскопии у 24, при 2-й — у 20, при 3-й — у 12, при 4-й — у 5, при 5-й — у 1 больного. У 8 больных были фиксированные грыжи, у 52 — скользящие, у 2 — короткий пищевод. Ввиду разнообразия клинических симптомов больным ставились разнообразные диагнозы — хронический гастрит, язвенная болезнь, рак кардиального отдела желудка, стенокардия, инфаркт миокарда.

Клинические симптомы данного заболевания могут быть разделены на пищеводно-желудочные и сердечно-сосудистые.

На боли в верхней половине живота жаловались 39 больных, на боли в области сердца — 32, на затруднение при прохождении пищи по пищеводу — 16, на отрыжку — 20, на изжогу — 25, на срыгивание — 9, на рвоту — 9, на вздутие живота — 12, на запоры — 17 больных.

У большинства больных боли различной интенсивности возникали через некоторое время после еды, особенно в положении лежа, а также при физическом напряжении, больше при работе, связанной с наклоном туловища вперед. У некоторых больных была сильная изжога, часто происходило затекание желудочного содержимого в полость рта без рвотных движений.

Затруднение при прохождении пищи по пищеводу мы наблюдали у 18 больных. Оно может повлечь за собой ошибочный диагноз рака пищевода или кардии.

Острое желудочное кровотечение как первичное проявление грыжи пищеводного отверстия диафрагмы мы наблюдали у 9 больных, у некоторых из них кровотечение было повторным. У 1 больного кровотечения возникали 4 раза, в интервалах между ними он никаких жалоб не предъявлял. Все эти больные лечились консервативно.

У ряда больных грыжи пищеводного отверстия сочетались с другими заболеваниями брюшной полости (у 5 — с язвенной болезнью желудка, у 4 — с холециститом).

В части случаев грыжи пищеводного отверстия диафрагмы протекают бессимптомно. У 4 наших больных они были обнаружены случайно при рентгенологическом исследовании.

За период наблюдения умерло 5 больных: одна больная, 86 лет, — от рака кардиального отдела желудка, одна, 69 лет, — от повторного инсульта, трое, 64, 83 и 87 лет, — от недостаточности кровообращения.

Метод лечения больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы до сих пор является предметом споров между сторонниками хирургической и консервативной терапии.

Основным показанием для оперативного вмешательства является возможность развития тяжелых осложнений: ущемления, кровотечения, анемии. Эзофагиты с рубцовыми изменениями, язвы в проляпированной части желудка являются нередко осложнением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и подлежат операции в более ранние сроки, чем язвы желудка другой локализации.