

и в области пупка. Периодически возникали нелокализованные тупые боли в животе. Дважды у девочки отмечались приступы острых болей в животе опоясывающего характера. Со временем состояние стало ухудшаться: усилилась слабость, понижилась работоспособность. АД в тот период было 110/70—115/80.

28/V 1964 г. состояние значительно ухудшилось после приступа острых болей в животе, сопровождавшегося рвотой и субфебрильной температурой. Приступ длился около трех часов. Боли прошли самостоятельно, но после этого держались небольшие боли слева от пупка, усилилась слабость, утомляемость, иногда отмечалась тошнота, пропал аппетит, появились запоры, больная похудела. В дальнейшем нелокализованные боли в животе стали появляться чаще.

12/VIII 1964 г. больная была госпитализирована в терапевтическое отделение в связи с субфебрильной температурой. Патологических изменений со стороны внутренних органов у больной не обнаружили. АД было 110/70, пульс 80, ритмичный. Гем.— 10 г%, Э.— 3410 000, ц. п.— 0,9, Л.— 5100, э.— 7%, п.— 9%, с.— 69%, л.— 13%, м.— 2%. РОЭ— 33 мм/час. В моче белка 0,66 мг%, следы сахара; плоского эпителия— 5—7 в поле зрения, полиморфного— 10—15, лейкоцитов— 5—15, эритроцитов нет, цилиндров гиалиновых— 1—3, зернистых— 1—3. Сахара в крови 88 мг%, холестерина— 250 мг%, кальция— 10 мг%, калия— 22 мг%. Общий белок— 8,49%, альбумины— 4,25%, глобулины— 4,24%. Билирубин по Бокальчуку— 0,32 мг%. Реакция Вельтмана с 1-й по 7-ю пробирку, р. Такага— Ара отрицательная. С диагнозом: первичный хронически текущий туберкулез (?), ревматизм, активная фаза (?), ревмокардит (?)— направлена в институт ревматизма.

С 11/IX по 25/IX 1964 г. больная находилась на обследовании в научно-исследовательском институте ревматизма Министерства здравоохранения РСФСР. Заболевание ревматизмом и коллагенозом исключено. Высказано предположение о наличии туберкулезного мезаденита или туберкулеза почек и рекомендовано наблюдение фтизиатра. В институте хороший эффект оказал прием большой дозы аскорбиновой кислоты.

10/IX и 25/IX 1964 г. больная была консультирована в научно-исследовательском Институте туберкулеза Министерства здравоохранения РСФСР. Диагноз туберкулеза не был подтвержден.

В ноябре 1964 г. больную осмотрели в клинике лечебного питания Института питания АМН СССР. Предварительный диагноз: хронический болевой, преимущественно левосторонний панкреатит на почве недостаточности коры надпочечников.

Эндокринолог высказал мнение, что у больной частичная надпочечниковая недостаточность в результате гормональной перестройки при половом созревании. Мы полагаем, что хронический панкреатит в ряде случаев развивается на почве недостаточности функции коры надпочечников в результате того, что гормоны коры надпочечников вызывают выработку организмом ингибиторов панкреатических ферментов. Недостаточность функции коры надпочечников обуславливает недостаточность выработки ингибиторов и увеличение активности панкреатических ферментов, что ведет к возникновению панкреатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельтищев Ю. Е., Билас Л. М., Мирзаев Б. М. Кортикостероидная терапия. Медицина, М., 1964.
2. Зефирова Г. С. Аддисонова болезнь. Медгиз, М., 1963.
3. Князев И. И., Нечаева Е. А.; Тужилин С. А., Мирзаев Б. М., Шатерников В. А., Князев И. И., Яровая Н. Ф. Мат. конф. по патогенезу, клинике и терапии заболеваний поджелудочной железы. М., 1965.
4. Тужилин С. А. Тер. арх., 1965, 5.
5. Andersen M. C., Wright P. W., Bergan J. J. JAMA, 1961, 178, 6, 560.
6. Dreiling D. A. Am. J. Gastroent., 1962, 38, 3, 241.
7. Dreiling D. A., Janowitz H. D., Josphberg L. J. Ann. intern. Med., 1963, 58, 235.
8. McCutcheon A. D. Lancet, 1962, 1, 14, 710.
9. McGeachin R. L., Lewis J. P. J. biol. Chem., 1959, 234, 795.
10. Smith B. W., Roe J. H. Biol. Chem., 1957, 227, 357.
11. Vallance-Owen J. Postgrad. med. J., 1959, 35, 266.

УДК 616.3—006—616—094

ХАРАКТЕР МИКРОФЛОРЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ РАКОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Н. М. Сорокин и студ. Ф. А. Ласточкина

*Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. — проф. Р. А. Вяселев)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова*

Единственным радикальным методом лечения больных раком органов пищеварения является хирургическое вмешательство. Наиболее частое и опасное осложнение таких операций — перитонит. По данным А. В. Мельникова перитонит был в 30% причиной смерти у этой группы больных.