

фическая регистрация) функций желудка, всасывательной функции тонкого кишечника (проба с йодистым калием).

При применении в качестве основного лечебного средства холинолитических препаратов болевой синдром исчез у 183 больных из 284, уменьшился у 88 и остался без изменения у 13, диспепсические расстройства к концу курса лечения полностью ликвидированы у 160. Препараты этой группы были особенно эффективны при гиперацидных формах.

Общее улучшение с помощью гормонального лечения (АКТГ, преднизолон) достигнуто у 48 из 50 больных. Можно считать показанными для такого лечения главным образом гипоацидные и анацидные гастриты, сопровождающие то или иное заболевание с аллергическим патогенезом (эндогенные гастриты). Более осторожно, лишь при условии тщательного контроля за состоянием желудка, следует подходить к гормонотерапии больных с первичными хроническими гастритами.

Наиболее многочисленную группу больных хроническими гастритами мы подвергли комплексному лечению. Значительное улучшение достигнуто у 68%, улучшение — у 30%.

В 1960—1965 гг. в профилактории прошли курс лечения 1500 больных хроническими гастритами.

В итоге диетической терапии (стол № 1, № 5, пятиразовое питание), применения минеральной воды, физиолечения (диатермия, гальванизация, УВЧ и др.), витаминотерапии, а в ряде случаев и медикаментозных средств улучшение состояния достигнуто у 96,5% больных. Число дней нетрудоспособности в течение года после лечения в профилактории по сравнению с таким же периодом до направления в профилакторий снизилось у больных хроническими гастритами на 50%. Уменьшилось и число рецидивов, в среднем на 45%.

УДК 616.33—002.44—616—001.5—616.33—005.1

Д. Д. Добров (Астраханская обл.). Язвы двенадцатиперстной кишки, осложненные перфорацией и кровотечением

Т., 60 лет, доставлен в участковую больницу с жалобами на резкие разлитые боли в правой половине живота, иррадиирующие в плечо и лопатку. За час до поступления во время ужина внезапно возникли острые боли в правом подреберье. В течение последних 35 лет больной страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Лечился консервативно.

Общее состояние средней тяжести. Пульс 100, ритмичный. АД 130/80 мм. Температура нормальная. Правая половина живота в акте дыхания отстает, резко болезненна, брюшная стенка напряжена. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. Печеночная тупость сохранена. Рентгеноскопически свободного газа в брюшной полости не обнаружено.

Гем.— 76,2 ед., Э.— 4 050 000, ц. п.— 0,9, Л.— 8800, РОЭ 18 мм/час. Моча нормальная.

Вскоре после госпитализации у больного наблюдалась кровавая рвота и дегтеобразный стул.

Диагноз перфорации и кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки не вызвал сомнений.

Лапаротомия. Выпота нет. В кишечнике кровь. Нижняя поверхность печени и большой сальник рыхло припаяны к пилорическому отделу желудка и луковице двенадцатиперстной кишки, где имеются фибриновые наложения. На переднелатеральной стенке двенадцатиперстной кишки (тогдашняя пилоруса) обнаружена прободная язва с диаметром отверстия 0,5 см. Вторая язва, расположенная на заднемедиальной стенке кишки и пенетрирующая в головку поджелудочной железы, и явилась источником профузного кровотечения. Гемостаз. Произведена резекция двух третей желудка по Бильрот-II в модификации Бальфура с обработкой дуоденальной культи по способу «улитки». Выздоровление.

Осмотр через год. Жалоб нет. Функция желудочно-кишечного тракта не нарушена.

УДК 616.366—002—612—323

Н. В. Сибиркин (Ленинград). Взаимосвязь между кислотностью и остаточным азотом желудочного содержимого у больных холециститом

В настоящее время имеется большое количество работ об интестинальном влиянии на желудок с различных органов, однако вопросу о влиянии с желчного пузыря на различные функции желудка до сих пор уделяется недостаточно внимания.

Под нашим наблюдением находилось 196 больных холециститом (в основном в возрасте от 30 до 50 лет) с различной давностью заболевания. Калькулезный холецистит был у 39, лямблиозный — у 46 и простой — у 111 больных. Гастрит был установлен у 135 (68,9%). Чаще всего он наблюдался при лямблиозном холецистите (у 80,4% больных), несколько реже — при простом (у 70,3%) и значительно реже — при калькулезном (у 51,3%). Больные жаловались на пониженный аппетит (73,5%), тошноту

(63,3%), рвоту (44,4%), отрыжку (23%) и изжогу (16,8%), на вздутие живота, быстрое насыщение после приема небольшого количества пищи, тупые боли и чувство давления в подложечной области, запоры.

При исследовании желудочного содержимого натощак у больных холециститом мы в 88% обнаруживали снижение его количества. При механическом раздражении как до лечения, так и после количество желудочного содержимого было снижено у 47,2%, при химическом — у 50,3%, что свидетельствовало об угнетении секреторного аппарата желудка. У больных холециститом при наличии сопутствующего гастрита желудочная секреция была несколько ниже, чем у больных холециститом без гастрита.

Отсутствие или снижение свободной HCl в желудочном содержимом у наших больных наблюдалось чаще в пробах натощак и реже во время химического раздражения.

Помимо указанных наблюдений, мы провели статистическую разработку историй болезни 544 больных холециститом. У них желудочный сок исследовали тонким зондом по методу Лепорского. Анализ желудочного содержимого натощак и после пробного завтрака также показал значительное понижение как общей кислотности, так и содержания свободной HCl.

Наши исследования показали, что у больных холециститом переваривающая сила желудочного сока, как правило, понижена. В среднем она была равна (по Метту) 4,5 мм в желудочном соке, взятом натощак, 5,7 мм при механическом и 7,8 мм при химическом раздражении.

Мы выявили некоторые закономерности и в отношении типов желудочной секреции по Курцину. У больных холециститом чаще наблюдался тормозной тип желудочной секреции как до лечения (52,8%), так и после (49,7%), что также указывает на стойкие нарушения желудочной секреции.

Остаточный азот в желудочном содержимом мы определяли по методу Бротковско-го. За норму принимали концентрацию в пределах 15—25 мг%.

У больных холециститом чаще всего отмечалось повышение остаточного азота — больше в желудочном содержимом, взятом при механическом раздражении и натощак, и несколько меньше — при хроническом раздражении. В среднем увеличение количества остаточного азота также больше наблюдалось при механическом раздражении (37,7 мг%) и натощак (36,4 мг%).

Наши данные свидетельствуют о взаимосвязи между концентрацией остаточного азота в желудочном соке у больных холециститом и кислотностью его. Изменение количества остаточного азота у наших больных, так же как и кислотности, носит стойкий характер. Пребывание в клинике и проведение соответствующего лечения мало отразились на этих показателях. Повышение остаточного азота в желудочном соке у больных холециститом, по-видимому, обусловлено наличием воспалительного процесса в желудке (гастрита).

Повышения остаточного азота в крови у наших больных мы не наблюдали.

УДК 616.366—002—616.993.161.22

И. Л. Поверенный (Златоуст). К клинике лямблиозного холецистита

Мы изучили истории болезни 62 больных, поступивших на лечение в терапевтическое отделение Златоустовской городской больницы за 1961—1962 гг. Мужчин было 33, женщин — 29. В возрасте от 14 до 24 лет было 18 чел., с 25 до 44 — 32, с 45 до 64 — 12.

При направлении в больницу только у 9 чел. было указание на лямблиоз, у остальных были следующие диагнозы: хронический гастрит — у 11; хронический ангиохолецистит — у 8; острый гастрит и язвенная болезнь — у 6; острый холецистит — у 4; аппендицит — у 3, а также почечная колика, астенический синдром, пояснично-крестцовый радикулит, тенидоз, хронический язвенный колит, печеночная колика, тиреотоксикоз, хронический бронхит, нефроптоз, гипертоническая болезнь.

Больные предъявляли самые разнообразные жалобы, что и затрудняло диагностику. Наиболее частой и ведущей была жалоба на боль в области живота (в эпигастрии, под ложечкой, в правом подреберье, по всему животу).

УДК 616.34—007.251

В. М. Поляков (ТАССР). Проникновение рыбьей кости из кишечника в переднюю брюшную стенку

Острые кости рыб при продвижении по тонкой кишке часто перфорируют кишечную стенку. В доступной нам литературе мы нашли 72 сообщения о перфорации кишечной стенки рыбьими костями и только в 2 случаях кость проникла в переднюю брюшную стенку.

Приводим наше наблюдение.

Ф., 57 лет, обратился 7/Х 1964 г. с жалобами на нерезкие боли в правой половине живота, которые появились две недели назад, а затем стихли. За сутки до заболевания Ф. на рыбалке ел вареную рыбу. В день поступления утром почувствовал боль в правой