

(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/X 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