

(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

половине живота, больше в паху. Боль иррадировала в правое яичко. Диспепсических расстройств не было.

Температура 37,3°. Тошноты и рвоты нет. Живот несколько вздут, слабо участвует в акте дыхания. Определяется напряжение правой прямой мышцы. Печень не увеличена. Селезенка и почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Резкая болезненность в правой подвздошной и паховой области даже при поверхностной пальпации. Боль иррадирует по ходу правого пахового канала в яичко. Справа — симптом раздражения брюшины.

7/X 1964 г. РОЭ 15 мм/час, Л. 6900.

Диагностирован острый аппендицит. Произведена операция под местным обезболиванием по А. В. Вишневскому (В. К. Петров). К ране подлежали гиперемизированные и инъецированные петли тонкого кишечника. Червеобразный отросток утолщен в два раза, гиперемизирован, инъецирован.

Произведена типичная аппендэктомия. При дальнейшей ревизии операционного поля в передней брюшной стенке перед входом в паховый канал выявлено опухолевидное образование величиной с голубиное яйцо, болезненное при пальпации. Разрез продлен до опухоли, которая оказалась абсцессом передней брюшной стенки. В гнойной массе абсцесса обнаружена острая рыба кость длиной 4 см из брюшка мелкой рыбы. Брюшина над абсцессом мутная, слегка покрыта фибрином. Сращений кишечника и сальника с передней брюшной стенкой в месте абсцесса не было.

На 7-й день после операции нормализовалась температура, а на 9-й больной выписан в хорошем состоянии.

УДК 616—057

### **С. А. Пигалев (Куйбышевская обл.). О функции печени у работающих в производстве изопренового каучука**

Мы изучали состояние здоровья и биохимические изменения у работающих в производстве изопренового каучука. Рабочие подвергаются хроническому воздействию изопрена, диметилдиоксида и формальдегида. Это вызывает головную боль, нарушение сна, потливость, раздражительность. Со стороны сердечно-сосудистой системы выявлены: глухие тоны, систолический шум над верхушкой, небольшое расширение левой границы сердца. Часты катаральные воспаления слизистых оболочек, верхних дыхательных путей, субатрофические и атрофические их изменения, понижение обоняния, носовые кровотечения. Появляются дерматиты, сухость, огрубение и трещины на коже ладоней, сухость и шелушение кожи тыла кистей, голеней и тыла стоп.

Содержание общего белка у большинства рабочих было в пределах нормы. У 12 (из 36) была нерезкая гипопротенемия (6,2—5,8 %). Отмечалось увеличение глобулиновых фракций и снижение количества альбумина.

Проба Квика — Пытеля проделана у 113 рабочих основных профессий, подвергающихся воздействию изопрена.

У 45 аппаратчиков антитоксическая функция печени была снижена.

Резкого снижения уровня сахара в крови не было отмечено.

У многих рабочих были жалобы на боли в эпигастральной области. При исследовании желудочного сока по методу Боас — Эвальда, проведенном в поликлинических условиях у 76 чел., у 18 обнаружено повышение кислотности, у 22 — понижение.

УДК 616—002.5/7

### **Л. С. Абдрашитова и И. Г. Ямашев (Казань). Эозинофильная гранулема нижней челюсти**

Эозинофильная гранулема является одной из редких опухолей костной ткани челюстей.

Приводим наше наблюдение.

В., 17 лет, поступил 21/II 1964 г. с диагнозом: околокорневая киста нижней челюсти от 18 зуба.

15/XI 1963 г. после удара в нижнюю челюсть появилась опухоль в углу нижней челюсти слева; постепенно она стала увеличиваться. Больной жалуется на боль в области опухоли.

Лицо асимметрично за счет плотной опухоли с резко контурированными границами, исходящей из тела нижней челюсти у левого угла. Кожа над ней не изменена, подвижна, хорошо собирается в складку. Опухоль безболезненная, плотная. Симптом Венсана слева положительный. В правой и левой подчелюстных областях пальпируются единичные безболезненные подвижные лимфатические узлы. Рот открывается свободно. Движения в височно-челюстных суставах в полном объеме. Слизистая оболочка полости рта в цвете не изменена. Все зубы интактны.

Рентгенологическое исследование. В лобно-носовой проекции и на косом снимке левой половины нижней челюсти определяется деформация заднего отдела тела нижней