

ния кишки. В сомнительных случаях лучше накладывать гастроэнтероанастомоз на длинной петле с брауновским соустьем. В то же время надо иметь в виду, что операция гастроэнтероанастомоза не всегда предупреждает осложнения, обусловленные химическим ожогом желудка: трофические язвы, его деформации и др. Поэтому к ней следует прибегать лишь в случаях, когда по каким-либо причинам невозможно произвести резекцию желудка.

Еюностомия, выполненная для кормления у 4 больных, не предотвратила летального исхода от истощения. Эти больные погибли.

УДК 616.33—002.44

Г. П. Андреева (Горьковская обл.). Изменение секреторной и моторной функции желудка у больных язвенной болезнью под влиянием ультразвука

Мы исследовали секреторную и моторную функции желудка у 84 больных язвенной болезнью (возраст — от 19 до 50 лет) до и после курса ультразвуковой терапии в комплексе санаторного лечения. Больные получали диету № 1, циркулярный душ через день и терапию ультразвуком. Озвучивали 3 поля: проекцию язвы на переднюю брюшную стенку при интенсивности 0,4—0,6 $вт/см^2$ и две паравертебральные области Д₇—Д₁₂ при интенсивности 0,2 $вт/см^2$ в течение 2 мин. Длительность всей процедуры — 10—12 мин. Курс лечения включал 10—12 процедур.

У 26 чел. была язва желудка, у 53 — двенадцатиперстной кишки, у 5 — желудка и двенадцатиперстной кишки.

У 7 больных был выявлен также перидуоденит, у 9 — холецистит, у 5 — спастический колит, у 2 — хронический аппендицит.

Ниша была только у 47 чел., в том числе у 18 — с явлениями выраженного воспалительного вала. У остальных 37 чел. имелись косвенные симптомы язвы (локальная болезненность при рентгенологическом обследовании, деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, бариевое пятно). У 50% больных были выраженные симптомы раздраженного желудка (секреторный слой натошак был у 30%, отек складок слизистой — у 25 больных). У 5 больных было замедление эвакуации на почве спазма, у 3 — ускорение. У 41 чел. было резкое повышение желудочной секреции (общая кислотность — 128—130 ед., свободная HCl — 102 ед.). Отмечалось и высокое часовое напряжение желудочной секреции (у ряда больных — до 520—630 мл). До лечения у 17 из 40 чел., у которых был исследован лейкопедез, он оказался выраженным.

Все больные (кроме одной с явлениями сосудистой недостаточности) переносили процедуры хорошо, побочных явлений не было.

В результате комплексного лечения у большинства наблюдаемых нами больных был получен отчетливый клинический эффект. Из 36 больных, до лечения жаловавшихся на боль, у 15 она исчезла полностью, у 18 значительно уменьшилась. Диспепсические расстройства остались только у 4 больных, значительно уменьшились у 26, полностью исчезли у 33. Кислотность желудочного содержимого нормализовалась у 19 из 41 больного с гиперсекрецией и у 9 из 15 больных с пониженной секрецией, сохранилась нормальной у 28. Почти у половины больных ниши зарубцевались, у 9 уменьшились; у 12 из 18 исчез воспалительный вал.

Лучший эффект достигнут при неосложненных язвах двенадцатиперстной кишки.

Полученные нами данные позволяют считать, что ультразвуковая терапия в малых дозировках является эффективным методом воздействия при неосложненных формах язвенной болезни.

УДК 616.379—008.64—616.37—008.6

В. К. Ануфриева, Ж. К. Жигалкович (Казань). О секреторной функции поджелудочной железы при сахарном диабете

Мы изучали экскреторную функцию у 85 больных сахарным диабетом: у 27 с легкой формой заболевания, у 42 со средней и у 16 с тяжелой. У 22 чел. заболевание было впервые выявлено, у 14 длилось до года, у 15 — до 3 лет, у 11 — до 5 лет, у 15 — до 10 лет, у 8 — свыше 10 лет. Мужчин было 14, женщин — 71. В возрасте до 20 лет было 5 чел., от 21 до 50 лет — 28, от 51 до 70 лет — 43 и старше — 9.

Состояние внешней секреции поджелудочной железы определяли по клиническим и лабораторным данным. Понижение аппетита отмечено у 15 больных, выраженная потеря веса — у 20, тошнота — у 15, рвота — у 13, запоры — у 12, поносы — у 12, метеоризм — у 13, понижение упитанности — у 12. Болезненность в эпигастральной области была у 12, в зоне Шоффара — у 13, в левом подреберье — у 10, в правом подреберье — у 12, симптом Мейо — Робсона был у 9 больных. Сочетание клинических симптомов, позволяющих думать о поражении поджелудочной железы, было у 16 больных, в том числе у 5 с выраженными симптомами панкреатита.

Содержание диастазы мочи у всех определяли по Вольфемуту. Параллельно изучали амилазу (методом Смитт—Роя) и липазу (методом Фицца и Фирека) в крови у 20 больных и активность панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом у