

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 D_7 — D_{12} 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 Вольгемуту. 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

31 больного. В дуоденальном содержимом липазу определяли по Фульд — Гросс — Михаэлису, амилазу — по Вольгемуту в модификации, разработанной в институте питания АМН СССР. За норму уровня панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом приняты результаты исследования у 22 чел., а липазы крови, амилазы крови и мочи — у 10 чел. контрольной группы. В таблице приводятся показатели у больных и в контрольной группе.

Результаты исследования панкреатических ферментов в контрольной группе и у больных сахарным диабетом

Исследуемые группы	Дуоденальное содержимое			Сыворотка крови		Моча
	амилаза	трипсин	липаза	амилаза	липаза	диастаза
	ед.					
Контрольная	619 ± 69,19	701 ± 83,94	931 ± 85,45	101,7 ± 9,3	228 ± 17,3	48 ± 6,1
Больные сахарным диабетом	294 ± 85,07	304 ± 105,0	539 ± 105,6	73,1 ± 11,6	294,4 ± 14,5	42 ± 5,3

Мы нашли значительное снижение активности амилазы и трипсина в дуоденальном содержимом, снижение концентрации амилазы в сыворотке крови при незначительном изменении липазы.

Снижение амилалитической активности выявлено у 25, липолитической — у 18 из 31 больного. Амилаза крови снижена у 15, повышена у 3, липаза крови снижена у 4, повышена у 6 из 20 больных. Диастаза мочи повышена у 7, снижена до 8 ед. у 13 больных.

Следовательно, при сахарном диабете секреторная функция поджелудочной железы нарушается, что необходимо учитывать в комплексной терапии этого заболевания.

УДК 616.366—001

Д. Л. Филиппов (Вурнары). Изолированные закрытые повреждения желчного пузыря

При тупых травмах живота изолированные повреждения желчного пузыря представляют редкость.

Закрытые повреждения желчного пузыря некоторые авторы связывают с предшествующими его заболеваниями. Одно из наших наблюдений подтверждает подобный вывод и характеризует трудности установления правильного диагноза.

1. Т., 63 лет, поступил в состоянии алкогольного опьянения 1/VI 1969 г., через 8 час. от начала заболевания, с жалобами на боли в правом подреберье и в области желудка, на сухость во рту, поташивание. Накануне больной в течение дня употреблял в большом количестве спиртные напитки, много ел. Среди ночи появились сильные боли в области желудка и в правом подреберье, рвоты не было. В прошлом периодически беспокоили боли в области желудка, изжога. Нигде не лечился.

Состояние тяжелое. Пульс 78, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 130/70. Язык сухой, обложен. Живот втянут, в дыхании не участвует, резко напряжен. Выраженная болезненность в верхних отделах и в правой подвздошной области. Резко положительный симптом Щеткина — Блюмберга в правой подвздошной области и в эпигастрии. Печеночная тупость сохранена. В отлогах местах выраженное притупление, больше в правой подвздошной области. Перистальтика по всему животу вялая.

С предположительным диагнозом «прободная язва желудка» больной оперирован под местной анестезией. В брюшной полости — обильный, со значительной примесью желчи и крови выпот. Желудок без патологических изменений. Найдены многочисленные разрывы стенки желчного пузыря в средней его части, истечение желчи.

Желчный пузырь и прилегающий отдел двенадцатиперстной кишки окутаны спайками. Умеренное кровотечение из надорванных спаек.

Спайки осторожно разъединили, восстановили целостность и проходимость общего желчного протока. Произвели холецистэктомию от дна.

Послеоперационный период протекал гладко. Больной сообщил, что в день заболевания его ударили ногой в живот во время драки.

Выписан через 14 дней. Осмотрен через 8 месяцев, состояние хорошее.

2. П., 33 лет, поступила 3/VI 1967 г., через 6 часов после того, как ее ударили ногой в область печени, с жалобами на боли в правом подреберье, сухость во рту, тошноту. Пульс 92, удовлетворительного наполнения, АД 120/70. Язык сухой, слегка обложен. Живот в дыхании не участвует. Выраженное мышечное напряжение. Резкая болезненность в правом подреберье. Печеночная тупость сохранена. Положительный симптом Щеткина — Блюмберга в правой подвздошной области. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Больная оперирована под местной анестезией с предположительным диагнозом разрыва желчного пузыря. В брюшной полости — выпот с примесью желчи. Желчный пузырь свободен от спаек, у дна его, в 1 см от края печени, отверстие 0,2×0,3 см с истечением желчи. Подсерозная гематома две-