

Эксперимент. хир. 1958, 2. — 5. Емельянова Е. А. Хирургия. 1955, 10. — 6. Квашнин Ю. К. Тр. науч. конф. по проблемам физиологии и патологии пищеварения. Иваново, 1960. — 7. Корчемкина К. М. Вопр. пит. 1959, 5. — 8. Кулюкин С. С. Вопр. хир. пищевода и желудка. Томск, 1960. — 9. Панцырев Ю. М. Вестн. рентген. и радиол. 1961, 4. — 10. Петрова И. С. Сокращ. докл. конф. Института и пленума Общества онкологов УССР по вопросам экспериментальной и клинической онкологии, посв. 40-летию УССР, 1957. — 11. Поповьян И. М. Хирургия. 1962, 7. — 12. Риз И. А. Хирургия. 1960, 2. — 13. Рохлин Д. Г., Задворнова В. П. Вопр. клин. хир. и клин.-лабораторных исследований. Медгиз, Л., 1957. — 14. Савиных А. Г. Тр. VI пленума правления Всесоюз. общ. хирургов, Л., 1957. — 15. Шлапоберский В. Я., Непорент М. И. Хирургия. 1945, 1.

Поступила 6 декабря 1963 г.

УДК 616.33—002.44—616.33—006.6

БАЛАНС К и Na У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЮ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

С. Д. Федотов

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Нами изучались динамика баланса К и Na у больных раком и язвой желудка и двенадцатиперстной кишки до операции и в различные сроки послеоперационного периода.

Исследования производились на пламенном фотометре ППФ-УНИИЗ.

Всего обследовано 20 больных раком желудка и 20 — язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Предварительно было определено содержание К и Na у 50 доноров.

У больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки уровень К в плазме имеет тенденцию к снижению, особенно при стенозе выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, когда он снижался до 3,6 мэкв/л. У больных раком желудка было нерезко выраженное повышение уровня К в плазме.

Таким образом, у больных раком или язвой желудка и двенадцатиперстной кишки уже до операции имеются нарушения электролитного баланса, которые необходимо выровнять в предоперационном периоде.

У всех больных в первые два дня после операции уровень К в плазме повышался ($p < 0,001$). С третьего дня уровень К в плазме возвращался к исходным цифрам, а с четвертого дня падал ниже этого уровня и оставался таким до десятого послеоперационного дня ($p < 0,001$).

Подъем уровня К в плазме у язвенных больных был более резким, чем у больных раком желудка.

Характер операции, по нашим данным, также влияет на электролитный баланс. В частности, при гастрэктомиях подъем уровня К в плазме был особенно значительным и достигал иногда 6,8 мэкв/л.

Колебание уровня К в плазме зависит от тяжести оперативного вмешательства и от основного заболевания.

В эритроцитах обнаружено снижение уровня К, которое, как правило, наступало на второй день после операции ($p < 0,01$).

Что касается уровня Na в плазме, то он в первые два-три дня после операции незначительно снижался.

У больных раком желудка до операции обнаружено уменьшение концентрации К в моче, а у язвенных больных — незначительное повышение. У всех больных в первые три дня после операции резко повышалось выделение К с мочой (по сравнению с исходной величиной в 4—5 раз ($p < 0,001$)). С 4—5 послеоперационного дня выделение К с мочой уменьшалось и к 6—8 дню достигало исходных цифр. Усиленное выделение К с мочой соответствовало повышению его уровня в плазме.

Выделение Na с мочой в первые два дня после операции уменьшалось по сравнению с исходной величиной в 2—3 раза ($p < 0,001$). С третьего дня выделение Na с мочой усиливалось и к 6-му послеоперационному дню достигало исходного уровня.

Таким образом, у всех пациентов в послеоперационном периоде баланс К в первые 2—3 дня отрицательный, а Na положительный.

Причинным фактором всех изменений электролитного баланса в послеоперационном периоде является повышенная активность коры надпочечников и увеличение секреции альдостерона как ответ на операционную травму.

Потеря К, кроме того, обусловлена послеоперационным распадом белков, а снижение уровня К в эритроцитах на второй послеоперационный день, обнаруженное у наших пациентов, говорит о том, что часть увеличенного выделения К происходит из эритроцитов.

ВЫВОДЫ

1. У язвенных больных до операции имеется склонность к снижению К в плазме, у больных раком желудка — относительное повышение.
2. Колебания Na в плазме у больных незначительны.
3. В первые два дня после операции ввиду опасности гиперкалиемии К больным давать не следует.
4. В предоперационную подготовку больных необходимо включать мероприятия по выравниванию электролитных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев А. Н. и Амбарцумян Р. Г. Вестн. хир. 1963, 7. — 2. Крохалев А. А. Хирургия. 1964, 7. — 3. Кованев В. А., Лысенко В. Б. Хирургия. 1962, 12.

Поступила 4 декабря 1964 г.

УДК 616.34—008.6

К МЕТОДИКЕ ИЗУЧЕНИЯ ВСАСЫВАТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА В КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

В. И. Рябов

Кафедра госпитальной терапии (руководитель — доц. Л. А. Лещинский)
Ижевского медицинского института

Мы изучали всасывательную способность верхнего отдела тонкого кишечника с использованием следующих тестов:

1. Йодкалийевая проба. 20 мл 2% раствора йодистого калия вводится интрадуоденально и ежеминутно определяется наличие его в слюне с помощью йодкрахмальной реакции.

2. Пробы с радиоактивным йодом. 2 мккюри NaI^{131} вводится в двенадцатиперстную кишку и поглощение радиоiodа щитовидной железой регистрируется в течение 15 мин.

3. Эфирная проба. Отмечается момент ощущения запаха эфира из дыхательных путей после введения интрадуоденально 1,5 мл эфира в физиологическом растворе (тест Н. Бенда, 1954).

Кроме того, у некоторых больных проводилась сравнительная оценка всасывания в верхнем отделе тонкого кишечника и в прямой кишке. С этой целью в микроклизме вводилось 50 мл 2% раствора йодистого калия и йод определялся в слюне.

Всего проведено 427 исследований у 259 больных, страдающих заболеваниями печени и желчных путей.

Выполнение проб было связано с процедурой дуоденального зондирования, которая проводилась у этих больных с диагностической или лечебной целью. Индикаторное вещество вводилось в зонд при полной уверенности нахождения оливы в двенадцатиперстной кишке (обязательно наличие порции «с» желчи).

Больных циррозами печени было 34, с клинически выраженными обострениями хронического холангиогепатита — 149, с умеренно выраженными хроническими холангиогепатитами, сопутствующими другим заболеваниям, — 68, с болезнью Боткина — 12, с люэтическим гепатитом — 2.

Значительное замедление йодкалийевого времени наблюдалось у больных с циррозом печени, у 21 больного из 25 констатировано появление йода в слюне в сроки от 6 до 10 мин.

Увеличение йодкалийевого времени свыше 6 мин должно служить показателем выраженного нарушения всасывательной способности тонкого кишечника.

Исследование здоровых людей позволило принять в качестве показателя нормы для пробы с радиоактивным йодом интервал 5—7 мин, что соответствует литературным данным.

Мы видели определенное замедление степени поглощения радиоiodа щитовидной железой при патологии печени и желчных путей. Однако у ряда больных вообще не наблюдалось нарастания накопления изотопа в щитовидной железе в течение 15-минутного наблюдения.

У наших больных наблюдалось запаздывание эфирного времени в соответствии с тяжестью заболевания.