

Б. В. Сучков, В. Е. Кутуков, Е. О. Минакова (Астрахань). Содержание калия и натрия в крови после резекции желудка

После резекции желудка по поводу язвенной болезни регистрируются более или менее выраженные отклонения в функциональном состоянии органов и различных видах обмена, в том числе и минерального. Однако характер их не всегда одинаков в зависимости от многих причин, среди которых не последнее место занимают метод и объем резекции желудка, так или иначе определяющие послеоперационный период.

Ряд авторов указывает, что изменения в содержании К и Na в крови наиболее отчетливы непосредственно после операции, когда особенно нарушены соотношения между поступлением и выделением электролитов.

Мы изучали содержание К и Na в крови в ближайшие дни после резекции желудка у 44 больных с язвенной болезнью. Больные были в возрасте от 24 до 56 лет. Продолжительность заболевания до операции была в пределах от 3 до 20 лет. Резекция желудка у всех больных выполнена в пределах $\frac{2}{3}$ под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов короткого действия по Кронляйну—Вальтеру. Суть модификации, предложенной проф. В. Г. Вальтером, состоит в гофрировании культи желудка до размеров диаметра отводящей кишки отдельными узловыми швами через все стенки желудка.

Летальных исходов не было. Больные получали ранее (через 18—20 час. после операции) пероральное питание. На 5—6-е сутки больных, как правило, переводили на общий стол.

Электролитный состав крови мы изучали до операции, в течение 7 суток после нее и перед выпиской из стационара. Результаты обработаны методом вариационной статистики.

Содержание К до операции было нормальным (в эритроцитах $332 \pm 2,1$, в плазме — $18,5 \pm 0,3$ мг%). Количество Na также не отличалось от нормы (в эритроцитах — $33,4 \pm 0,7$, в плазме $337 \pm 2,6$ мг%). Эти величины соответствуют данным большинства авторов.

Через сутки после операции уровень К плазмы повышался до $24,9 \pm 0,5$ мг% и в течение 3 суток проявлял лишь тенденцию к постепенному снижению. С 4-х суток К плазмы практически соответствовал дооперационным цифрам. Н. А. Дольников, А. И. Крыжановский и др. указывали на выраженную гипокалиемию на 4—5-е сутки после резекции желудка.

Уровень К эритроцитов претерпевает те же изменения, но в меньшей степени. Отмечено некоторое уменьшение количества К в эритроцитах. Максимум снижения приходится на 2-е сутки после операции, когда он равен $300 \pm 2,4$ мг%. С 3-го дня содержание К эритроцитов достигает дооперационного уровня.

В 1-е послеоперационные сутки происходит умеренная задержка и накопление в организме ионов Na, что проявляется повышением его как в плазме, так и в эритроцитах. Концентрация Na в эритроцитах максимальна на 2-е сутки после операции ($43,2 \pm 0,5$ мг%). В это же время нарастает содержание Na в плазме ($358 \pm 3,7$ мг%). На плазмы и эритроциты достигает дооперационного уровня на 4—5-е, а иногда на 6-е сутки и сохраняется до выписки больных из стационара.

УДК 616.33—002.5

И. А. Дулаева (Казань). К распознаванию туберкулеза желудка

Поражение желудка и двенадцатиперстной кишки туберкулезом относится к редким заболеваниям. По данным многочисленных авторов, ни у одного больного диагноз заболевания не был поставлен до операции.

В большинстве случаев туберкулезом поражается пилоро-антральный отдел желудка. Мы нашли в литературе лишь одно сообщение о случае туберкулезного поражения кардиального отдела желудка, симулирующего рак его.

В начальной стадии туберкулеза желудка наблюдается общая слабость и чувство тяжести в подложечной области. По мере прогрессирования заболевания начинают преобладать общие проявления интоксикации (быстрая утомляемость, ухудшение аппетита, потливость, похудание, субфебрилитет, анемия, лейкоцитоз, высокая РОЭ), боли в различные сроки после еды, реже отрыжка, рвота пщей, т. е. проявления стеноза пилорического отдела желудка, который возникает вследствие рубцевания вокруг язвы или плотного туберкулезного инфильтрата стенки желудка. При осмотре определяется болезненность и напряжение мышц в эпигастральной области, реже удаётся пальпировать опухолевидное уплотнение, соответствующее пораженному отделу. Кислотность желудочного сока резко понижена, реже умеренно снижена или даже повышена.

По мнению большинства авторов, рентгенологическое исследование не дает патогномоничных данных для диагностики туберкулеза желудка и двенадцатиперстной кишки. Миллиарные формы туберкулеза желудка рентгенологически вовсе не определяются. Объектом рентгенологического исследования могут быть лишь язвенная и ги-