

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, режé отрыжка, рвота пищей, 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, режé удаётся пальпировать опухолевидное уплотнение, соответствующее пораженному отделу. Кислотность желудочного сока резко понижена, режé умеренно снижена или даже повышена.

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

пертрофическая формы туберкулеза желудка. Отличить рентгенологически туберкулезную язву и стенозирование желудка туберкулезной этиологии от неспецифического язвенного процесса почти невозможно. При опухолевидной форме туберкулезного поражения желудка рентгенологическая картина сходна с таковой при злокачественных опухолях желудка. Даже на операционном столе не всегда удастся отличить туберкулезную инфильтрацию от раковой. Поэтому диагностика туберкулезного поражения желудка должна быть основана на тщательном обследовании больного всеми имеющимися в распоряжении клиники средствами, дополненными рентгенологическим методом. Особое внимание следует обращать на одновременное поражение легких. Сочетание всех методов исследования в значительной мере увеличивает шансы точной диагностики заболевания.

Нами была исследована больная М., 47 лет, поступившая в клинику с жалобами на боли в эпигастриальной области после приема пищи, чувство давления в области желудка, тошноту, рвоту, общую слабость, плохой аппетит. Давность заболевания 3 года. Больная бледна, лимфоузлы не увеличены. Пульс 72, АД 90/60. Общая кислотность желудочного сока — 6, свободная HCl — 0, связанная HCl — 0. Л. — 8500, э. — 4%, п. — 14%, с. — 68%, л. — 10%, м. — 4%, РОЭ — 50 мм/час. Билирубин крови по Бокальчуку — 0,6 мг%. Хлоиды крови — 585 мг%. Моча нормальна.

Рентгеноскопия: в верхних легочных полях справа и слева множество различной величины и плотности очаговых теней. Пищевод свободно проходит. Желудок содержит небольшое количество жидкости натошак. В области угла желудка по малой кривизне прослеживается обрыв складок и значительных размеров дефект наполнения с депо бария в центре до 2—3 см в диаметре. Наблюдается конвергенция складок к депо бария. Здесь же выпадение перистальтической волны, резкая болезненность и опухолевидное образование при пальпации за экраном. Заключение: бластома тела желудка с распадом, двухсторонний очаговый туберкулез легких.

При лапаротомии выявлен туберкулезный перитонит, весь кишечник покрыт туберкулезными бугорками; по малой кривизне желудка пальпируется значительных размеров опухолевидное образование туберкулезного характера. Произведена резекция желудка по Финстереру. В резецированном отделе значительных размеров туберкулезная язва.

М. выписана в удовлетворительном состоянии для лечения по месту жительства.

УДК 616.344—002

А. К. Горлов, кандидаты мед. наук И. М. Варшавский и М. Г. Шебуев (Куйбышев-обл.).
Тактика хирурга при болезни Крона

В 1923 г. Крон описал воспалительные изменения конечного отдела тонкой кишки как самостоятельное заболевание. С тех пор в литературе стали встречаться описания отдельных случаев этого страдания, получившего название терминального илеита, или болезни Крона.

Принимая во внимание определенную стадийность болезни Крона и неоднократно наблюдая «тяжи Лейна», описанные впервые в 1911 г., проф. А. М. Аминев высказал предположение о патогенетической связи этих двух заболеваний. Он считает, что «тяжи Лейна» являются исходом тех склеротических изменений, которые наступают после исчезновения воспалительных явлений в конечном отделе тонкой кишки.

Мы наблюдали 9 пациентов с болезнью Крона (5 мужчин и 4 женщины в возрасте от 35 до 67 лет). У 7 больных ранее была произведена аппендэктомия по поводу катарального аппендицита, однако полного выздоровления не наступило. Почти у всех больных боли локализовались вокруг пупка и в правой подвздошной области и носили постоянный характер, лишь у 2 они были приступообразными. У 6 больных была склонность к запорам. 5 чел. отмечали повышенное газообразование. У всех больных наблюдался субфебрилитет (до 37,5°) и значительная потеря веса тела (от 3 до 6,5 кг). Живот был незначительно, равномерно вздут (даже после очистительной клизмы). Нечеткое болезненное уплотнение в правой половине живота определялось у 4 больных.

Количество лейкоцитов в крови не превышало 9000, а лейкоцитарный индекс интоксикации Кальф-Калифа был в пределах нормы. При рентгенологическом исследовании у 4 больных было выявлено стойкое сужение участка подвздошной кишки, у остальных — увеличение диаметра кишечной трубки проксимальнее сужения.

Правильный диагноз до операции был установлен у 5 больных, в прошлом оперированных по поводу хронического аппендицита. У 2 больных предполагался острый аппендицит, у 1 — опухоль тонкой кишки и у 1 — острая кишечная непроходимость.

Тактика хирурга при болезни Крона зависит от того, диагностировано ли заболевание до операции или после вскрытия брюшной полости; от характера интраоперационных находок; от факта рецидивирования заболевания и тяжести клинических его проявлений.

Мы считаем, что лечение больных начальными формами болезни Крона, диагностированными до операции, должно быть консервативным (антибиотики, преимущественно стрептомицин, витамины, новокаиновые блокады, кортикостероиды, щадя-