

за счет медленного выхода воды через его полупроницаемую оболочку наружу. Если разница осмотических давлений достигает высоких степеней, то ранее увеличенный активный лейкоцит быстро уменьшается в размерах, и на поверхности его появляются образования, напоминающие щупальца. Такие «паукообразные» лейкоциты не способны восстанавливать свою прежнюю форму. При большом увеличении (в 800 раз и больше) хорошо видно, что эти «щупальца» состоят из гранул протоплазмы, соединенных между собой в 1 ряд тонкой нитью (митохондрии). Последние обладают подвижностью вследствие непрерывного броуновского движения в жидкости. Такие клетки указывают на наличие в моче активных лейкоцитов. Среди 236 больных острым и хроническим пиелонефритом «паукообразные» лейкоциты были обнаружены у 16 (6,77%). У всех этих больных имелся односторонний активный лейкоцит со значительным снижением концентрационной способности пораженной почки и хорошей функцией противоположной почки. Это позволяет представить механизм образования «паукообразных» лейкоцитов следующим образом. Активные лейкоциты ввиду низкого осмотического давления мочи в лоханке пораженной почки резко увеличиваются в размерах за счет проникновения в них воды. Когда эти лейкоциты попадают в мочевой пузырь, в котором содержится моча значительно более высокого удельного веса в связи с хорошей концентрационной способностью противоположной почки, то они очень быстро начинают терять воду. При этом в оболочке лейкоцита, резко увеличенного в размерах, по-видимому, имеются поры, через которые наружу проникают гранулы протоплазмы, соединенные друг с другом митохондриями. В результате этого активный лейкоцит принимает такую своеобразную форму.

Таким образом, в моче при воспалительном процессе содержится 2 вида лейкоцитов: «живые», активные, и погибшие, неактивные. Первые из них в силу полупроницаемой оболочки и состояния протоплазмы способны реагировать на изменение осмотического давления окружающей жидкости, в противоположность неактивным лейкоцитам, которые неспособны изменять свою форму, размеры и подвижность гранул цитоплазмы. Наличие активных лейкоцитов, реагирующих на изменение осмотического давления окружающей жидкости, а также распадающихся лейкоцитов в свежевыпущенной моче или так наз. «паукообразных» лейкоцитов свидетельствует об активном воспалительном процессе в почечной паренхиме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нечипоренко А. З. Урология, 1962, 2.—2. Пытель А. Я., Голигорский С. Д. Пиелонефрит, Медгиз, М., 1961.—3. Рябинский В. С., Родоман В. Е. Урология и нефрология, 1966, 2.—4. Sternheimer R., Malbin B. I. Am. J. Med., 1951, 11, 3, 312—323.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 611.33—616—089.87

ИСХОДЫ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ-I И ПРИ АНТИПЕРИСТАЛЬТИЧЕСКОЙ ГАСТРОЕЮНОПЛАСТИКЕ

Ю. И. Горшков

*Хирургическое отделение второй областной больницы им. Владимирского
(главрач — Е. И. Мальцев), г. Арзамас*

Резекция желудка по Бильрот-I нами осуществлена у 96 больных, гастроэюнопластика с применением короткого антиперистальтирующего трансплантата — у 69.

Как резекция желудка по Бильрот-I, так и антиперистальтическая гастроэюнопластика нами применялись в тех случаях, когда язва могла быть удалена. Низко сидящие язвы двенадцатиперстной кишки, значительные воспалительные изменения являются противопоказанием для этих операций.

Летальных исходов у нас не было. Какой-либо разницы в течении послеоперационного периода в зависимости от типа резекции мы не отмечали.

Результаты операций изучены путем обследования 54 больных после резекции желудка по Бильрот-I и 50 больных после антиперистальтической гастроэюнопластики в сроки от года до трех лет. После гастроэюнопластики больные быстрее восстанавливали дооперационный вес и переходили на общую диету, у них раньше восстанавливалась работоспособность, чем у больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I. Характер жалоб представлен в табл. 1.

Характер операции	Число больных	Без жалоб	Общая слабость	Боли в животе	Поносы	Ощущение малого желудка	Изжога	Отрыжка	Рвота	Икота
По Бильрот-I	54	18	27	19	17	21	3	20	4	2
Гастроэюно-пластика	50	34	5	5	2	7	2	3	1	—

После резекции желудка по Бильрот-I чаще, чем после гастроэюнопластики, наблюдались поносы, отрыжка, «ощущение малого желудка», боли. При операции по Бильрот-I сахарная кривая имела ирритативный характер, а при гастроэюнопластике она приближалась к норме. Гипергликемический коэффициент соответственно был равен 2,1 и 1,68 (до операции — 1,53).

Демпинг-синдром отмечен нами у 18 чел., подвергшихся резекции желудка по Бильрот-I, причем у 4 он был резко выражен. После приема 100,0 сахара у них наступало состояние, близкое к обморочному: резкая слабость, бледность, потливость, головокружение, дрожание конечностей, тахикардия. Больные вынуждены были лечь. Все 18 больных ограничивают прием углеводов и после приема пищи вынуждены отдыхать. У 3 больных выявлен гипогликемический синдром. После гастроэюнопластики только у 2 больных наблюдался демпинг-синдром легкой степени, выражавшийся в общей слабости после приема сахара.

Результаты операции представлены в табл. 2.

Таблица 2

Характер операции	И с х о д			
	отличный	хороший	удовлетворительный	плохой
По Бильрот-1	14	12	19	9
Гастроэюнопластика . .	29	12	9	0

Рентгенологическое обследование показало, что у больных, перенесших резекцию по Бильрот-I, культя желудка имеет вид воронки или мешка, в подавляющем большинстве перистальтика слабо выражена, иногда не улавливается. Хорошей перистальтики не отмечено ни разу. Эвакуация начинается сразу после первых глотков бария. У 31 больного эвакуация шла непрерывной струей, у 23 было порционное освобождение по типу провала, у части больных порционное освобождение чередовалось с непрерывным. У 4 больных эвакуация бария закончилась через 5—7 мин. (молниеносная эвакуация); у 21 — до 30 мин., у 18 — до 45 мин., у 8 — до часа и у 3 — после часа.

У больных, подвергшихся антиперистальтической гастроэюнопластике, барий поступает в трансплантат, оттуда возвращается в культю желудка, которая, бурно сокращаясь, выбрасывает барий опять в трансплантат; последний выталкивает порцию в двенадцатиперстную кишку. Механическая обработка пищи хорошая, эвакуация только порционная. Наименьшее время полной эвакуации бария из культы желудка при гастроэюнопластике составляет 1 час. У 28 больных эвакуация закончилась через 2 часа и у 13 — через 1,5 часа. Таким образом, эвакуаторная функция лучше и полнее осуществляется при гастроэюнопластике. Время полной эвакуации при гастроэюнопластике приближается к норме.

УДК 616.346.2—002—616—003.2—616.346—006

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА И ОПУХОЛЕЙ СЛЕПОЙ КИШКИ

Т. П. Тихонова и Г. Д. Медведовская

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (и. о. зав. — доц. Ш. Х. Байбекова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова на базе 1-й горбольницы (главврач — З. А. Синявская)

Аппендикулярный инфильтрат как осложнение острого аппендицита встречается часто. Диагноз инфильтрата обычно ставят на основании анамнеза, сроков обращения и клинической картины. Особое внимание следует уделять диагностике инфильтрата у лиц пожилого возраста, при этом необходима онкологическая настороженность.