

висимости от числа часов, прошедших после прободения до операции ушивания язвы.

4. При современных методах обезболивания и борьбы с инфекцией присутствие спаек не ухудшает исходов повторных операций на желудке у перенесших в прошлом ушивание прободной язвы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Балащенко Д. Н. Вест. хир. им. Грекова, 1956, 5. — 2. Березов Е. Л. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки, Горький, 1950. — 3. Мельников А. В. Тр. XXV Всесоюзного съезда хирургов, Медгиз, 1948. — 4. Неймарк И. И. Непосредственные и поздние осложнения после зашивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. докт. дисс., Л., 1955. — 5. T. Nissen R. Deutsche Mediz. Wochenschrift, 1952, 42. — 6. Olivier. De l'aspiration gastrique continue. Methode de traitement des ulcères perforés. Paris, 1950.

Поступила 12 марта 1959 г.

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДО И ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

*И. Х. Гарифуллин*

Из 3 городской больницы Казани (научный руководитель — проф. И. В. Домрачев, главврач — А. Б. Дунаев)

О функциональном состоянии печени при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки имеется ряд работ. Так А. Б. Райз (1951) определял свертываемость крови и содержание билирубина в крови до и после резекции желудка и не выявил отклонений от нормы.

С. Н. Савченко (1955) изучал выделение гиппуровой кислоты и содержание билирубина и сахара в крови и обнаружил отклонения от нормы как при обострениях, так и при затухании процесса. Через 4—5 недель после резекции желудка содержание билирубина и выделение гиппуровой кислоты приблизились к нормальному уровню. Содержание сахара оказалось сниженным и через 6—18 месяцев после резекции.

Мы исследовали одновременно антитоксическую, пигментную и гликогенную функции печени и свертываемость крови до и после резекции желудка при язвенной болезни.

Свертываемость крови определялась по видоизмененной методике Фолио. Параллельно велись два исследования, в одном определялось начало свертываемости крови, в другом — конец. После исследования контрольной группы (17 человек) практически здоровых лиц, мы приняли за норму конец свертываемости крови от 12 до 18 мин.

Содержание сахара в крови определялось натошак по методу Хагедорна — Иенсена. Проводилась также проба Квика-Пытеля с нагрузкой 4,0 бензойнокислого натрия.

Билирубин крови определялся по Гюйманс ван-дер-Бергу.

До оперативного вмешательства исследовано 9 больных с язвой желудка и 45 — с язвой двенадцатиперстной кишки.

От 20 до 30 лет было 17, от 30 до 40 — 17, от 40 до 50 — 10, от 50 до 60 — 9 и старше — 1 больной.

Болею до 1 года — 7, от 1 до 5 лет — 13, от 5 до 10 — 16, от 10 до 15 — 16 и свыше 15 лет — два человека.

Замедление конца *свертываемости крови* наблюдалось у 33 больных, причем иногда оно доходило до 26 минут; ускорение конца

свертываемости до 10 мин было у трех и у 18 свертываемость осталась нормальной.

Как правило, резекция желудка проходила под местной анестезией по Вишневскому, в модификации Гофмейстер-Финстерера.

На 13—14 день после операции было исследовано 19 больных. Замедление конца свертываемости до 24 мин было у 5; 11 мин — у одного больного. У остальных свертываемость крови была в пределах нормы.

Через месяц исследовано 13 больных. Свертываемость крови была нарушена у 4. Замедление до 19 мин отмечено у одного больного, а ускорение до 9 мин — у 3.

Через 2 месяца исследовано 13 больных. Отклонение от нормы наблюдалось у двух больных (у одного — замедление до 20 мин, у другого — ускорение до 10).

Через 6 мес. исследовано 17 больных. Отклонение от нормы отмечено у 7 (у 5 — замедление до 20 мин, у 2 — ускорение до 9).

Через 10 месяцев исследовано 15 больных. Отклонение от нормы найдено у трех, замедление у двух (до 24 мин и до 19 мин) и ускорение (до 10 мин) — у одного.

Через 2 года у всех пяти исследованных лиц свертываемость крови была в норме.

*Содержание сахара* в крови до операции (54) было понижено у 18 и повышено у 5.

На 13—14 день после операции (19) оно было в пределах нормы у 12, умеренно понижено у семи.

Через месяц (13) гипогликемия наблюдалась у трех больных (у остальных — в пределах нормы).

Через 2 месяца (13) умеренное понижение содержания сахара было у трех и более выраженное (с гипогликемическим синдромом) у одного больного, у остальных — в пределах нормы.

Через 6 месяцев (17) пониженное содержание сахара было найдено у 4 больных, нормальное — у 13.

Через 10 месяцев (15) пониженное содержание сахара было у 4 больных, нормальное — у 11.

Через 2 года (5) содержание сахара было у всех в пределах нормы.

До операции (54) умеренное понижение *антитоксической функции* было найдено у 17, резкое снижение — у двух.

На 13—14 день (19) после операции умеренное снижение было найдено у 4 и резкое — у 3 больных, в пределах нормы — у остальных.

Через месяц (13) умеренное понижение было у 5 больных.

Через 2 месяца (13) умеренное понижение было у шести и резкое — у одного больного.

Через 6 месяцев (17) понижение имелось у 4 больных.

Через 10 месяцев (15) умеренное снижение было у 5 больных.

Через 2 года (5) нарушений не найдено.

*Содержание билирубина* в крови до операции (54) у 10 было умеренно повышенным и у остальных — нормальным.

На 13—14 день после резекции желудка умеренное повышение было только у одного (у 18 — в пределах нормы).

Через месяц повышение было найдено у трех (из 13). Оно отмечалось и через 2, и через 6 месяцев.

Через 10 месяцев умеренное повышение найдено у 5 (из 15).

Через 2 года у всех 5 содержание билирубина в крови было в пределах нормы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из проведенных исследований видно, что до операции у 96% язвенных больных имелось нарушение функции печени, при этом заметные изменения наблюдаются со стороны свертываемости крови и содержания в ней сахара; несколько меньшие нарушения отмечены в антитоксической функции печени и очень небольшие — в пигментном обмене.

Ряд авторов (Мусуляк Н. М., Шелагуров А. А., 1948; Савченко С. Н., 1955) нарушения функций печени при язвенной болезни связывает с обострением язвенного процесса. По-видимому, с этим положением полностью согласиться нельзя, так как нарушения функции печени не наблюдалось у 4% больных, у которых было обострение язвенной болезни и осложнение ее в форме пенетрации в поджелудочную железу, перигастрита, перидуоденита. С другой стороны, имелись нарушения функции печени у больных без обострений и осложнений язвенной болезни.

В послеоперационном периоде нарушение функции печени в основном наблюдалось у больных с выраженным болевым феноменом. Наибольшее нарушение функции печени наблюдалось на первом, втором месяце после резекции желудка, и восстановление наступало обычно на длительном сроке (около 2 лет) после операции.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамович Д. Г. Клин. мед., 1950, 2. — 2. Говорова М. С. Врач. дело, 1957, 6. — 3. Депп М. Е. Вест. хир. им. Грекова, 1952, 2. — 4. Канторович Я. И. Клин. мед. 1950, 6. — 5. Лунев В. Д. Тр. Астраханского мед. ин-та, 1952. — 6. Мазалова М. Ф. Хирургия, 1957, 11. — 7. Мусуляк Н. М., Шелагуров А. А. Сов. мед. 1948, 12. — 8. Райз А. Б. Клин. мед., 1951, 1.

Поступила 13 марта 1959 г.

## О СОСУДИСТЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ КИШЕЧНИКА С ГАНГРЕНОЙ И ПЕРФОРАЦИЯМИ ВСЛЕДСТВИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА

*Кандидаты мед. наук Л. Д. Крымский и С. Ш. Харнас*

Из института хирургии АМН СССР им. А. В. Вишневского (директор — действ. член АМН СССР проф. А. А. Вишневский)

Морфологическая картина гипертонического криза хорошо разработана и является общепризнанной. Однако, вопрос о кишечном симптомокомплексе гипертонических кризов крайне недостаточно освещен в отечественной и зарубежной литературе. Вследствие этого и лечащие врачи, в частности — хирурги и терапевты недостаточно осведомлены о возможности развития непроходимости и других симптомов со стороны кишечника, до перитонита включительно, на почве гипертонического сосудистого криза.

В крупных монографиях (Г. Ф. Ланг, А. Л. Мясников) и работах, посвященных гипертонической болезни (Н. К. Боголепов, С. С. Вайль, В. А. Вальдман, М. К. Даль, П. П. Движков, Фишберг, Муриц и Оялт) имеются лишь отрывочные, общие, неконкретные указания об изменениях желудочно-кишечного тракта при гипертонической болезни.

А. Н. Колтовер (из лаборатории И. В. Давыдовского) обнаруживала в желудочно-кишечном тракте при гипертонической болезни очаги кровоизлияний, язвы, инфаркты. По мнению А. Н. Колтовер, морфологическое выражение гипертонических кризов в кишечнике такое же, как и в других органах.

Б-ной Г., 22 лет, поступил в больницу № 7 Мосгорздравотдела 6/1-57 г. с жалобами на ноющие постоянные боли в животе, вздутые живота, тошноту. Во время обследования больного впервые, неожиданно для него, было обнаружено высокое АД (300/180).