

по 10 мг 3 раза. Кроме этого, больным с надпочечниковой недостаточностью следует проводить предоперационную профилактику наркотических коллапсов. С этой целью за 30 мин до начала операции вводят 50 мг гидрокортизона. Такая подготовка позволила избежать операционных коллапсов от надпочечниковой недостаточности.

В послеоперационном периоде продолжают глюкокортикоидную терапию в течение 3—5 дней с постепенным снижением дозы. Лечение заканчивают введением неспецифического раздражителя. Глюкокортикоидная терапия у больных с диагностируемой надпочечниковой недостаточностью позволила исключить тяжелые осложнения в наркозе, избежать послеоперационных тиреотоксических реакций и кризов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брейдо И. С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. Л., Медицина, 1979.—2. Даниленко М. В. Корректирующая терапия в современной хирургии. Киев, Здоров'я, 1974.—3. Димова М. Н. Пробл. эндокринол., 1975, 3.—4. Калинин А. П., Лукьянчиков В. С. В кн.: Актуальные вопросы эндокринологии на востоке страны. Иркутск, 1979.—5. Михайлов Ю. М., Димова М. Н., Шихсаидов И. И. Там же.—6. Мышкин К. И. Хирургия, 1964, 7.—7. Янчур Н. М., Шиленок В. Н. Там же, 1976, 9.

Поступила 20 января 1981 г.

УДК 616.45—072.7

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОГУСТОМЕТРИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Э. Ш. Халфен, А. Д. Тряпыхко

*Кафедра преподавания внутренних болезней (зав.—проф. Э. Ш. Халфен) Саратовского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института*

Реферат. Сопоставление данных электрогустометрии и результатов исследования глюкозы крови, содержания натрия и калия в слюне и крови, суточной экскреции 17-кетостероидов у здоровых и больных показало, что электрогустометрия может быть применена в качестве простого ориентировочного метода для выявления недостаточности надпочечников.

Ключевые слова: недостаточность надпочечников, электрогустометрия, содержание натрия, калия в крови и слюне, гликемия, экскреция 17-кетостероидов. 2 иллюстрации. 1 таблица. Библиография: 2 названия.

В 1967 г. появилось сообщение о возможности применения электрогустометрии для определения недостаточности надпочечников [1]. Авторы исходили из того, что при этой патологии изменяется отношение калий/натрий в слюне. Изменение соотношения калий/натрий в слюне оказывает влияние на вкусовую чувствительность, возбуждаемую прохождением постоянного электрического тока от кончика языка, смоченного слюной, до правого плеча. У здоровых потеря вкусовых ощущений при дополнительном сопротивлении 100 кОм наступает при 15 мкА, если напряжение в цепи было 4,5 В. У лиц с недостаточностью надпочечников потеря вкусовых ощущений наступает при 2—10 мкА.

В отечественной литературе мы не нашли работ, посвященных применению электрогустометрических измерений для распознавания недостаточности надпочечников.

Нами проведена электрогустометрия у 400 здоровых (214 женщин и 186 мужчин в возрасте 20—25 лет) и у 270 больных. При выполнении исследований пользовались аппаратом (рис. 1 и 2), изготовленным по принципиальной схеме Вебера (1968). Дифференциальный электрод прикладывали к кончику языка и подключали к аноду, индифферентный — к катоду. Длительность одного измерения — 2—3 с. В расчет принимали среднюю величину пятикратного измерения.

Сила тока при напряжении 4,5 В и дополнительном сопротивлении 100 кОм, при которой исчезали вкусовые ощущения, у здоровых женщин была 17 ± 6 мкА, у мужчин — 19 ± 7 мкА.

Из 270 больных показатели электрогустометрии в пределах нормы были у 227 (17 ± 5 мкА), умеренно снижены — у 18 (9 ± 3 мкА), резко понижены — у 25 (3 ± 1 мкА).

У 15 больных с нормальными, у 15 с умеренно сниженными и у 25 с резко сниженными показателями электрогустометрии мы исследовали функциональное состояние



Рис. 1. Общий вид электрогустометра.

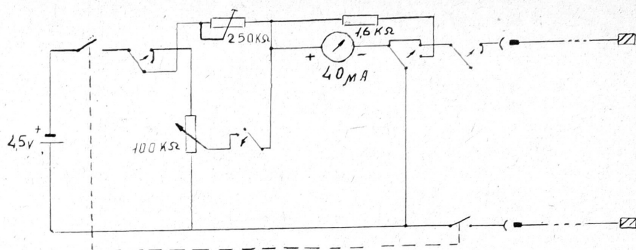


Рис. 2. Схема электрогустометра.

надпочечников. Определяли уровень глюкозы в крови по Хагедорну и Йенсену, уровень калия и натрия в слюне (ротовая жидкость, собранная утром за 4 ч) и сыворотке крови методом пламенной фотометрии, экскрецию нейтральных 17-кетостероидов за сутки в моче по Циммерману, у части больных ставили пробу Торна по обычной методике. Результаты приведены в таблице.

Некоторые показатели функционального состояния надпочечников у лиц с различными показателями электрогустометрии

| Показатели электрогустометрии | Статистические индексы | Артериальное давление, КПА | | Глюкоза крови, ммоль/л | Калий, ммоль/л | | Натрий, ммоль/л | | Экскреция 17-кетостероидов, мкмоль/сут | |
|-------------------------------|------------------------|----------------------------|------------|------------------------|-------------------|------------|-------------------|------------|--|------------|
| | | макс. | мин. | | в сыворотке крови | в слюне | в сыворотке крови | в слюне | мужчин | женщин |
| Нормальные . . . | $M \pm m$ | 16,9 ± 0,7 | 10,5 ± 0,5 | 5,2 ± 0,3 | 4,6 ± 0,5 | 16,1 ± 1,8 | 156,6 ± 18,3 | 11,3 ± 2,5 | 44,7 ± 6,9 | 25,7 ± 5,5 |
| Умеренно сниженные | $M \pm m$ | 16,8 ± 0,5 | 10,1 ± 0,4 | 5,4 ± 0,2 | 4,1 ± 0,4 | 19,9 ± 1,5 | 149,6 ± 16,5 | 10,4 ± 2,3 | 29,1 ± 6,2 | 21,5 ± 6,2 |
| | P_1 | > 0,1 | > 0,1 | > 0,1 | > 0,1 | > 0,1 | > 0,1 | > 0,1 | > 0,1 | > 0,1 |
| Резко сниженные | $M \pm m$ | 12,8 ± 0,3 | 7,7 ± 0,4 | 4,1 ± 0,2 | 8,2 ± 0,5 | 28,6 ± 1,7 | 117,4 ± 9,1 | 13,5 ± 1,4 | 15,9 ± 2,8 | 9,7 ± 2,8 |
| | P_1 | < 0,01 | < 0,01 | < 0,01 | < 0,01 | < 0,01 | < 0,01 | > 0,1 | < 0,01 | < 0,01 |
| | P_2 | < 0,01 | < 0,01 | < 0,01 | < 0,01 | < 0,01 | < 0,01 | > 0,1 | < 0,01 | < 0,01 |

Примечание: P_1 — достоверность различия по сравнению с больными с нормальными показателями электрогустометрии, P_2 — достоверность различия по сравнению с больными с умеренно сниженными показателями электрогустометрии.

В группе больных с нормальными показателями электрогустометрии у 2, страдающих ревматическими пороками сердца с нарушением кровообращения II Б стадии, выявлены признаки недостаточной функции надпочечников: умеренная гипогликемия, повышение уровня калия в сыворотке крови и слюне, снижение количества натрия в сыворотке крови и повышение его в слюне, уменьшение суточной экскреции 17-кетостероидов с мочой.

Из 15 больных, у которых показатели электрогустометрии были умеренно снижены, у 2 с деформирующим инфекционным полиартритом и у 1 с двусторонней очаговой пневмонией также регистрировались признаки, свидетельствующие об недостаточной функции надпочечников: гипогликемия, повышение содержания калия в сыворотке крови и слюне, снижение уровня натрия в сыворотке крови и в слюне, уменьшение суточной экскреции 17-кетостероидов.

Группу обследованных с низкими показателями электрогустометрических измерений (возраст — от 17 до 76 лет) составили больные тяжело протекающим ревматизмом (12), очаговой пневмонией и атеросклеротическим кардиосклерозом (6), постнекротическим циррозом печени (2), инфекционным полиартритом, раком желудка, септическим эндокардитом. Клинически у них отмечалась адинамия, гипотония, и были основания предположить вторичную недостаточность надпочечников. У всех этих больных определялось статистически значимое снижение концентрации глюкозы в крови, повышение уровня калия в сыворотке крови и слюне, снижение уровня натрия в сыворотке крови, уменьшение суточной экскреции 17-кетостероидов с мочой. При пробе Торна ни у одного из обследованных число эозинофилов после введения АКТГ не снизилось на 50—60% от исходного уровня.

Таким образом, у всех больных, у которых были низкие показатели электрогустометрии

тометрических измерений, выявлялись адинамия, гипотония, гипогликемия, повышение содержания калия в сыворотке крови и слюне, снижение уровня натрия в сыворотке крови и статистически недостоверное повышение его в слюне, уменьшение суточной экскреции 17-кетостероидов с мочой, положительная проба Торна, т. е. имелась вторичная недостаточность надпочечников.

Известно, что выявление недостаточности надпочечников обычными лабораторными методами — задача весьма трудоемкая. Поэтому электрогустометрия, простой способ, почти не требующий затраты времени, несомненно, заслуживает внимания в качестве ориентировочного теста. Следует, однако, учитывать, что если резкое снижение показателя электрогустометрии достоверно свидетельствует о недостаточности надпочечников, то нормальные или лишь несколько сниженные результаты нельзя считать безусловным доказательством ее отсутствия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kosowicz J., Pruszewicz A. J. clin. Endocr., 1967, 27, 214.— 2. Weber H. Ztschr. med. Labortechnik., 1968, 5, 296.

Поступила 28 мая 1980 г.

УДК 616.33—089.15

ОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА

А. С. Абдуллин

Кафедра онкологии (зав.— проф. М. З. Сигал) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и курс онкологии (зав.— доц. А. С. Абдуллин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова.

Реферат. Разработаны методы исследования желудка в проходящем свете во время операции: обратная трансиллюминационная фиброгастроскопия, прицельная прямая и обратная трансиллюминационная ангиография. Исследования проведены во время операции и на удаленных препаратах. Из 464 прооперированных больных у 346 был рак желудка, у 45 — язвенная болезнь, у 43 — полипы и у 30 — неэпителиальные опухоли. Особенности ангиоархитектоники желудка имеют значение для распознавания начальных поражений — эрозий, язв, полипов.

Ключевые слова: эрозия, язвы, полипы, начальный рак желудка, трансиллюминационная операционная фиброгастроскопия.

10 иллюстраций. Библиография: 4 названия.

Предложения и разработки М. З. Сигала, связанные с исследованиями стенки желудка в проходящем свете [4а, б], явились новым и эффективным направлением в развитии операционной диагностики. В этих работах было показано, что при соответствующих условиях в проходящем свете становятся доступными обозрению образования, принадлежащие к различным слоям, в том числе и внутренним, невидимым при обычном осмотре. Благодаря отличиям в светопоглощающей способности возникают изображения интрамуральных сосудов слизистой, подслизистого сплетения, мышечного и субсерозного слоев, складок слизистой, желудочных полей. Патологические фокусы (рак, язва, полипы, неэпителиальные опухоли, гастритические поражения) в трансиллюминационных картинах дают теневые изображения, соответствующие их величине и форме.

Развитие хирургии рака желудка в последнее время определяет необходимость распознавания на операционном столе малых форм рака желудка и других начальных поражений. В операционной диагностике раннего рака осмотр и пальпация теряют какую бы то ни было информативность. Хирург должен пользоваться заключениями, основанными на данных эндоскопических исследований. Начальная карцинома по способу ее определения — это преимущественно эндоскопический рак.

Небольшие ограниченные утолщения стенки при инфильтративном варианте рака, а также малые сосочковые выступы на фоне выраженного тонкого рельефа слизистой могут оказаться нераспознаваемыми при эндоскопии. Совершенствование методов операционной диагностики начального рака представляет важную задачу.

Мы полагаем, что использование трансиллюминационной операционной диагностики в сочетании с эндоскопическими методами расширит разрешающую способность каждого из этих приемов.

Нами разработаны и предлагаются для внедрения в практику 3 методики опе-