

бочки через 4 года после операции при удовлетворительном общем состоянии отмечены нарастание желтухи и ухудшение функциональных проб печени. Недостаточной оказалась одна спленэктомия и у детей с асцитической формой цирроза печени: один мальчик с малярией в анамнезе умер через 3,5 года после операции от не известной нам причины, другая девочка после первоначального улучшения умерла через 6 месяцев от прогрессирования болезни.

На современном этапе в асцитической фазе болезни у детей оправданы как дополнение к спленэктомии (или как самостоятельная операция) анастомозы между органами, из которых кровь отводится в систему воротной вены, с органами, из которых кровь отводится в систему нижней полой вены (органопортокавальные анастомозы), лучше всего в виде оменто-френо-гепатопексии, что нами и сделано у трех больных.

Операции обычно проводились после тщательной подготовки больных переливаниями крови, плазмы, насыщения витаминами С, В₁₂, препаратами печени, с применением во время оперативного вмешательства противошоковых мероприятий и тщательного гемостаза (предварительно, до пересечения, перевязывая сосуды и спайки). В послеоперационном периоде больным рано проводится дыхательная гимнастика и соответствующий диетический режим, а по показаниям — кислородная терапия, введение антибиотиков, переливание крови, что обеспечивает гладкое течение послеоперационного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Е. Л. О функциях селезенки. М., 1925.
2. Габай А. В. Хирургия, 1956, 10; Пробл. гемат. и перелив. крови, 1959, 8.
3. Гроздов Д. М. и Пациора М. Д. Хирургия, 1955, 12.
4. Золотавина М. Л. Вестн. хир., 1955, 8.
5. Кампельмахер Я. А. Клини. мед., 1955, 3.
6. Кассирский И. А. и Алексеев Г. А. Клини. гематол., М., 1955.
7. Корчиц Е. В. Хирургические спленомегалии, Минск, 1939.
8. Лидский А. Т. и Кампельмахер Я. А. Хирургия, 1954, 7.
9. Майзель Н. Е. и Титова О. А. Труды МОНИКИ, вып. 5, 1951.
10. Сененко А. И. Клини. мед., 1959, 2.
11. Терновский С. Д. Педиатрия, 1955, 4.
12. Фаерман И. Л. Болезни селезенки. М., 1928.
13. Gross K. E. Surgery of infancy and Childhood. Philadelphia — London, 1954.

Поступила 21 октября 1960 г.

СОСУДИСТАЯ ПРОНИЦАЕМОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Орд. Р. Л. Дубровский

Кафедра факультетской хирургии лечфака (зав. — доктор мед. наук М. П. Постолов) Ташкентского медицинского института

Вопрос о прохождении белковых веществ через стенки кровеносных капилляров является дискуссионным.

Так, Дринкер и Фильд считают физиологичным выход белка из кровеносных капилляров в межтканевое пространство, тогда как Крог, Лендис, Эппингер, Залесский и другие, разделяя мнение Старлинга, считают, что при нормальных условиях через стенки кровеносных капилляров белок в тканевые пространства не проходит, за исключением капилляров печени и селезенки.

Вышедший за пределы капиллярных стенок белок блокирует клетки и ткани и вызывает нарушение обменных процессов (Б. И. Могильницкий, А. П. Шабанов).

Повышение проницаемости капилляров наблюдается при многих патологических состояниях: эндокардите, полиартрите, нефрите, бруцеллезе, пневмонии, тиреотоксикозе, сифилисе, гепатитах, травмах черепа и многих других заболеваниях. Мы предприняли настоящее исследование в связи с отсутствием в литературе сообщений о проницаемости сосудистой стенки при портальной гипертензии.

Проницаемость сосудов исследовалась по методу Лендиса, а стойкость кровеносных капилляров — по методу А. Н. Нестерова. Всего исследовано 53 человека до операции и 14 после нее. Из 53 больных оперативному вмешательству подверглись 24, у 19 произведены спленэктомия и оментогепаторенодиафрагмопексия, а у 5 (из-за тяжести состояния) произведена только оментогепаторенодиафрагмопексия. Из 24 оперированных 10 умерли в различные сроки после операции.

Возраст больных: до 20 лет — 13, от 21 до 40 — 21, от 41 до 50 — 10, старше — 9. Мужчин 28, женщин — 25. Асцит был резко выражен у 14 больных, умеренно — у 18. У 3 были кровотечения из расширенных вен пищевода и у 10 — носовые.

Больных с портальной гипертензией мы разделили на две группы: с «внутрипеченочным» и с «внепеченочным» блоком.

Внепеченочный блок был у 4 больных. Общий белок колебался от 5,47 до 7,85%, а капиллярный фильтрат — от 2,94 до 6,66 мл с содержанием белка от 1,76 до 4,5%.

Внутрипеченочный блок был у 49 больных, из них общий белок у 29 колебался от 4,81 до 6,98%, при этом капиллярный фильтрат был в пределах от 2,38 до 22,5 мл с содержанием белка от 1,07 до 5,37%.

У 16 человек общий белок был от 7,20 до 8,06%, у них капиллярный фильтрат — от 2,36 до 14,28 мл с содержанием белка от 2,28 до 7,76%.

У 4 человек общий белок от 8,23 до 9,35 с капиллярным фильтратом от 5,12 до 7,69 мл с содержанием белка от 4,4 до 15,73%.

Из полученных данных видно, что для больных и с внутрипеченочным, и с внепеченочным блоком характерны в основном гипопроteinемия и белок в капиллярном фильтрате. Судить по этим данным о том или ином блоке не представляется возможным.

Обращает на себя внимание следующий факт. В тех случаях, когда у больных быстро нарастал асцит, содержание белка в капиллярном фильтрате было ниже (2%), чем у больных с умеренным асцитом (который никогда не выпускался), у них белка в капиллярном фильтрате было больше 2%.

Когда борьба с асцитом до операции велась консервативно (новуритовые свечи, липоканн в таблетках, переливание сухой или нативной плазмы, витаминотерапия и другие средства), то организм приспосабливался даже к резко выраженному асциту (огромный лягушачий живот), но стоило только произвести первый парацентез, как за ним требовалось множество повторных.

Асцитическая жидкость очень быстро нарастала после выпускания у 14 больных, у которых белок в капиллярном фильтрате колебался от 1,07 до 1,95%. Мы высказали предположение, что невысокий процент содержания белка в капиллярном фильтрате мы получили потому, что в основном он «выходит» в брюшную полость.

Через 14—15 дней после операции, когда нормализовалась температура, улучшалось общее состояние, мы вновь определяли проницаемость кровеносных капилляров у 10 больных после спленэктомии и у 4 — после оментоорганопексии.

Общий белок после спленэктомии у 6 больных повысился, у 3 не изменился, и только у одной больной отмечалось снижение.

Отмечено уменьшение капиллярного фильтрата у 10 и снижение содержания белка в нем — у 9 больных, а у одного — повышение.

При органопексии без спленэктомии в одном случае отмечалось повышение общего белка, у него же было снижение капиллярного фильтрата и уменьшение содержания белка в нем. Больной осмотрен через 4 месяца, он прибавил в весе, и у него исчез асцит.

В другом случае общий белок не изменился, но увеличился капиллярный фильтрат и повысилось содержание белка в нем. Послеоперационный период протекал тяжело. Больная выписалась в удовлетворительном состоянии, но с небольшим асцитом.

У больной М. с уменьшением общего белка, увеличением капиллярного фильтрата и некоторым снижением содержания белка в нем в послеоперационном периоде ухудшилось общее состояние, она была выписана с большим асцитом, который периодически затем выпускался.

Можно полагать, что увеличение в послеоперационном периоде общего белка, уменьшение капиллярного фильтрата и снижение содержания белка в нем являются хорошим прогностическим признаком.

Проба Нестерова проверялась у 49 больных из 52 до операции и у 14 после операции.

До операции мы получили следующие результаты пробы по стадиям: I — 13, II — 23, III — 3, у 6 больных из-за резкой пастозности кожи выявить стадию не удалось, у 4 были красные ободки на коже от кюветок.

В послеоперационном периоде после спленэктомии стойкость кровеносных капилляров улучшилась.

После оментоорганопексии у 2 больных проба Нестерова не изменилась, у одного наблюдалось снижение стойкости кровеносных капилляров.

Сухой остаток определялся до операции у 50 больных (по методу В. Е. Предтеченского), и в большинстве случаев (44) его содержание колебалось от 6,91 до 9,94%, при этом содержание воды в 100 мл плазмы было от 93,09 до 90,06%.

У 8 больных сухой остаток был в пределах нормы (от 10,02 до 11,3%), а содержание воды в 100 мл плазмы — от 89,98 до 88,7%.

В послеоперационном периоде сухой остаток у 14 больных был в пределах нормы (от 8,2 до 9,88%), а содержание воды в 100 мл плазмы от 91,8 до 90,12%, и только у двух больных содержание воды в 100 мл плазмы составляло от 89,88 до 88,76%.

Гидрофильность тканей определялась пробой Мак Клюра — Олдрича. У большинства больных наступало быстрое рассасывание волдыря после подкожно введенного физиологического раствора (данные врача клиники З. А. Ракитиной).

Для наших больных характерны белок в капиллярном фильтрате, уменьшение сухого остатка, а также увеличенная гидрофильность ткани. Проба Нестерова у большинства больных была II степени.

Это дает право утверждать, что у больных портальной гипертензией нарушена проницаемость сосудистых капилляров.

ВЫВОДЫ

1. Значительное число больных с портальной гипертензией, поступивших в клинику, имело сниженное содержание общего белка крови.
2. Проницаемость кровеносных капилляров при портальной гипертензии оказалась патологической, так как у всех в капиллярном фильтрате содержался белок.
3. Процентное содержание белка в капиллярном фильтрате было меньше у тех больных, у которых часто приходилось выпускать асцитическую жидкость. Такое явление, видимо, наступало вследствие «выхода» белка в брюшную полость.
4. У значительного большинства страдающих портальной гипертензией нарушается водный обмен между тканями и кровью: происходят уменьшение сухого остатка и задержка избыточного количества воды в организме.
5. У большинства отмечалось снижение стойкости кровеносных капилляров при пробе Нестерова.
6. После спленэктомии у большинства больных происходит увеличение общего белка или его нормализация, уменьшается процентное содержание белка в капиллярном фильтрате, улучшается стойкость кровеносных капилляров, этого нельзя сказать в отношении водного обмена, который не приходит к норме (происходит уменьшение сухих остатков).
7. Улучшение проницаемости сосудистой стенки при оментоорганопексии наступает у меньшинства больных.
8. Исследование капиллярной проницаемости при портальной гипертензии дает дополнительные данные о динамике патологического процесса и возможность судить об эффективности того или другого метода лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мирахмедов У. М. Проницаемость кровеносных капилляров у больных сифилисом и влияние на нее специфической терапии. Дисс., Ташкент, 1955. — 2. Могильницкий Б. Н. Вопросы проницаемости кровеносных капилляров в патологии, т. I, М., АМН СССР, 1949. — 3. Нестеров А. Н. Клин. мед., 1932, 17—18.

Поступила 22 июля 1960 г.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СИАЛОВОЙ КИСЛОТЫ И БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ АДЕНОМЕ ПРОСТАТЫ И ПИЕЛОНЕФРИТЕ¹

Э. Н. Ситдыков

Факультетская хирургическая клиника (зав. — проф. И. В. Харитонов)
Казанского медицинского института на базе Республиканской клинической больницы
(главврач — К. Л. Свечников)

У большинства больных аденомой простаты во второй и третьей стадиях заболевания течение процесса осложняется инфекцией, локализующейся не только в мочевыводящих путях, но и в почках (пиелонефрит). Своевременная диагностика пиелонефрита имеет важное значение для прогноза и лечения больных аденомой простаты.

В последнее время уделяется много внимания поискам новых показателей, облегчающих распознавание активности воспалительного процесса. В этих целях определяется при воспалительных процессах в сыворотке крови содержание глюкопротеидов, в состав которых входит сиаловая кислота. О повышении содержания сиаловой кислоты при активном ревматизме, туберкулезе, раке сообщили Хесс, Коберн, Бейтс и Мёрфи (1957). Вернер (1959) обнаружил сиаловую кислоту в экссудатах при различных опухолях. Бем (1959) наблюдал повышение N-ацетилглютаминовой кислоты при нефритах.

В. Е. Анисимов и С. Ф. Ахмеров нашли, что количество сиаловой кислоты в остром периоде инфаркта миокарда повышено, а при коронаросклерозе с явлениями стенокардии — нормально.

Мы поставили себе цель изучить изменения уровня сиаловой кислоты и белковых фракций сыворотки крови у больных аденомой простаты как в не осложненных хроническим пиелонефритом случаях, так и в осложненных. Для диагностики хронического пиелонефрита у больных аденомой простаты использовались обычные методы исследования (анализ крови, мочи, проба Зимницкого, остаточный азот крови, хромоцистоскопия, внутривенная урография); с этими показателями и сопоставлялись изменения уровня сиаловой кислоты и белковых фракций сыворотки крови.

¹ Доложено на заседании общества хирургов ТАССР 19/IV-62 г.