

Асс. Е. В. Цыбулина (Волгоград). **Функциональное состояние печени при заболеваниях желудка до и после операции на нем**

Исследовано 102 больных (мужчин — 85, женщин — 17), из них 52 с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, 29 — раком желудка и 14 с болезнью оперированного желудка, один с полипозом желудка, 3 с кардиоспазмом и 3 с рубцовым сужением привратника после химического ожога.

После поступления на 3—4-й день у каждого больного исследовалась кровь на свертываемость, кровоточивость, количество тромбоцитов, протромбиновое время по методу Ленинградского института переливания крови, реакция Таката-Ара или сулемовая проба, билирубин крови по методу Бокальчука, проба на синтез гиппуровой кислоты по методу Квика — Пытеля (у 60 больных), определялся уробилин в моче по Флорансу.

Мы считали функцию печени удовлетворительной при всех отрицательных показателях или при одном умеренно пониженном, умеренно нарушенной — при умеренно пониженном двух проб или одной положительной и значительно нарушенной — при всех умеренно пониженных показателях проб или одном резко положительном. Удовлетворительная функция печени наблюдалась у 58, нарушенная — у 42, из которых значительно нарушенная была у 20.

Нарушение функционального состояния печени при заболеваниях желудка у большинства соответствовало тяжести клинического течения.

До операции больным с нарушенной функцией печени, помимо бромидов, снотворных, атропина, проводилось лечение, направленное на нормализацию функции печени (творог, сахар патошак, глюкоза внутривенно и в клизмах, инсулин под кожу 5—10 ед., витамины С, В, К). При повторных исследованиях некоторых функциональных проб печени отмечалось их улучшение за период консервативного лечения.

74 больным была сделана резекция желудка (52 — по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, 13 — рака желудка, 8 — болезни оперированного желудка, 1 — полипоза желудка); пробная лапаротомия произведена 17 (из них 15 по поводу рака желудка, 2 — подозрения на рак желудка); 6 наложен гастроэнтероанастомоз (3 — по поводу болезни оперированного желудка, 3 — стеноза привратника на почве химического ожога), 3 произведены операции по поводу кардиоспазма (операция Микулича — 1 и Геллер — Петровского — 2). Операции производились в большинстве случаев под местной анестезией, у 42 больных местная анестезия сочеталась с эфирным наркозом или закисью азота, у 8 под эфирно-кислородным наркозом.

Послеоперационный период в подавляющем большинстве случаев протекал гладко; у 10 были осложнения, причем у 7 они благополучно разрешились (у 5 — бронхопневмония, у 2 — инфильтрат послеоперационной раны). Трое больных умерли: двое от перитонита и один от тромбоза сосудов головного мозга.

После операции у значительного большинства больных отмечается отчетливое изменение в сторону ухудшения ряда функциональных проб печени. Даже под влиянием соответствующего лечения у части больных сохраняется нарушение функции печени на 10-й и 12-й дни после операции, а у некоторых и в более поздние сроки. Из этого следует, что у направляемых на операцию необходимо тщательно исследовать функциональное состояние печени, чтобы вовремя выявить латентную гепатопатию и провести соответствующие лечебно-профилактические мероприятия в до- и послеоперационном периоде.

Асс. Е. П. Замаев (Челябинск). **О патогенезе и диагностическом значении перкуторной болезненности при язвенной болезни**

Феномен перкуторной болезненности был описан Менделем в 1903 г. И. Я. Раздольский (1927, 1930) обнаружил болезненные зоны передней брюшной стенки при язвенной болезни и составил «карту» этих зон в надчревной области в определенных отделах.

Нами исследовано 244 больных язвенной болезнью и 28 — с другими заболеваниями желудка. Симптом перкуторной болезненности установлен у 236 (96,7%) и не обнаружен только у 8. У 6 из этих 8 больных были стенозы пилорического отдела желудка или начального отдела двенадцатиперстной кишки. У них симптомы моторной недостаточности желудка преобладали над болевыми симптомами. В тех наблюдениях, где обнаружена перкуторная болезненность, болевой симптомокомплекс был выражен.

В 91,8% расположение зон соответствовало схеме И. Я. Раздольского. У 3 больных нами установлено по две зоны перкуторной болезненности. У этих больных на операции обнаружено по две язвы: одна в двенадцатиперстной кишке, а другая — в желудке. В 8,2% зоны по расположению не соответствовали локализации язв, а на операции были обнаружены спайки в области желудка и двенадцатиперстной кишки. Спаечный процесс и пенетрация язв могут вызвать изменение расположения зон.