

своевременного выявления необходимо иметь ясное представление о состоянии верхних мочевых путей до лечения и в различные сроки после него. При систематическом наблюдении можно выявить стеноз мочеточников в такой фазе, когда еще возможна эффективная консервативная и оперативная терапия. В настоящее время у таких больных, страдающих лучевыми стенозами мочеточников, при отсутствии признаков раковой опухоли делают попытки пластического замещения суженного отдела мочеточника лоскутом, выкроенным из мочевого пузыря [3, 9].

Изучение развития урологических осложнений, сопоставление клинических данных и аутопсий показывают, что у подавляющего большинства больных сужение мочеточников длительное время протекает бессимптомно. Оно привлекает к себе внимание лишь тогда, когда появляются признаки уросепсиса, анурия.

Мы присоединяемся к точке зрения авторов, которые считают необходимым совместную работу гинеколога, радиолога и уролога при лечении больных раком шейки матки [7].

Для своевременного выявления стеноза мочеточников надо каждую больную подвергать систематическому и подробному урологическому обследованию до и после лечения. Нельзя назначать дополнительное, повторное облучение до получения сведений о состоянии верхних мочевых путей.

Урологическое обследование должно заключаться в осмотре, исследовании мочи, хромоцистоскопии, рентгеновском исследовании верхних мочевых путей (обзорный снимок органов мочевой системы, экскреторная урография, при необходимости ретроградная пиелография). Обследование должно производиться урологом, знающим особенности патологии мочевых путей при раке шейки матки и различных видах его лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евсеенко Л. С. Изменения в мочевой системе при раке шейки матки. Медгиз, М., 1961.—2. Иванецкая Е. П. и Павлова Л. И. Вестн. рентгенол. и радиол., 1960, 1.—3. Кан Д. В. Восстановление тазового отдела мочеточника. Медицина, М., 1965.—4. Мамиконов М. Г. Анатомо-функциональные изменения в мочевых путях при раке шейки матки. Автореф. канд. дисс., Баку, 1956.—5. Свечникова Е. В. Функциональные и морфологические изменения в почках и мочеточниках при раке шейки матки. Автореф. канд. дисс., Киев, 1954.—6. Цецулеску А. И. и Ногачевский А. А. Актуальные проблемы нефрологии и урологии. Кишинев, 1967, т. 2.—7. Drahovský V. e. a. Z. Urol., 1965, 58, 6, 369—372.—8. Everett H. S. a. o. Am. J. Obst. Gyn., 1949, 58. 5.—9. Rhamy M. D., Stander R. W. Surg. Gyn. Obst., 1961 113, 5, 615—622.

УДК 616.33—002—616.33—005.1

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

И. Л. Певцов

*Центральная больница им. Н. А. Семашко Кировского района г. Куйбышева
(главврач — М. В. Терентьев)*

Геморрагический гастрит, по-видимому, объединяет несколько заболеваний, сопровождающихся кровотечением из желудка. Увеличение проницаемости капилляров в желудке может быть следствием действия гастрина, аллергии, недостаточности витамина К, нарушений трофической регуляции со стороны нервной системы.

В период с 1959 по 1967 г. в центральной больнице Кировского района г. Куйбышева находилось 386 больных с кровотечением из желудочно-кишечного тракта, из них с геморрагическим гастритом—61 (15,5%). Старше 50 лет было 24 больных (39,3%), моложе—37.

Заболевание началось среди полного здоровья у 26 больных, 35 ранее болели хроническим гастритом или страдали от изжоги. Во время проводившихся ранее рентгенологических обследований язву желудка или двенадцатиперстной кишки ни у кого из них не обнаруживали. У 8 больных кровотечению предшествовало обострение гастрита, продолжавшееся от 2 до 30 дней. Это совпадает с мнением В. Д. Братусь, что кровотечением чаще осложняются бессимптомные гастриты, в то время как гастриты с клиническим проявлением обычно кровотечением не осложняются. Кровотечение было связано с отравлением алкоголем у 9 больных, возникло после еды у 8, после физической нагрузки—у 7, после посещения бани—у 1. Инфаркт миокарда осложнился геморрагическим гастритом у 2 больных, гипертоническая болезнь—у 3, травма и операция на черепе—у 2, рентгенотерапия, острый панкреатит, нефрит были причиной кровотечения однократно. Этиология кровотечения осталась невыясненной

у 26 больных. Наибольшее количество больных с геморрагическим гастритом поступало весной, наименьшее — зимой. Максимум заболеваний геморрагическим гастритом приходится на апрель, что можно расценивать как следствие авитаминозов, и на сентябрь, что, по-видимому, связано с учащением гастритов и токсикоинфекций в этот месяц.

Рецидивы кровотечений во время пребывания в стационаре у больных с геморрагическим гастритом и язвенным кровотечением наблюдались почти одинаково часто (55 и 58%). Мы считали кровотечение тяжелым, если концентрация гемоглобина крови после него снижалась до 8 г% и ниже. Из 61 больного с геморрагическим гастритом тяжелое кровотечение было у 17 (29,6%). В результате язвы желудка и двенадцатиперстной кишки оно наблюдалось у 101 из 248 чел. (40,8%).

В нашем отделении больных с геморрагическим гастритом лечили консервативно общепринятыми гемостатическими средствами, включая капельное переливание крови. Начиная с 1964 г. больным с тяжелыми, а также и более легкими продолжающимися и рецидивирующими кровотечениями делали струйное переливание крови до 1,5 л одновременно с медикаментозной гипотонией. Метод искусственной гипотонии был применен у 6 из 17 больных с массивным кровотечением. Все 6 больных выздоровели. Остальные 11 чел. получали обычное консервативное лечение. Двум больным из 17 была сделана резекция желудка. Из 44 больных с содержанием гемоглобина крови выше 8 г% метод искусственной гипотонии был применен у 3 в связи с продолжением кровотечения несмотря на обычное консервативное лечение. От геморрагического гастрита умерло 5 из 17 больных с массивным кровотечением и 2 с умеренным кровотечением от сопутствующих заболеваний. Общая летальность равна 11,4%. Летальность от язвенных кровотечений в тот же период была 6,2%. Поэтому следует полагать, что кровотечение при гастрите не менее опасно, чем язвенное.

УДК 616.33—002—616—84

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

О. С. Радбиль, С. Г. Вайнштейн и Л. В. Дановский

Кафедра терапии № 2 (зав.—проф. О. С. Радбиль) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Для оценки характера клинической эволюции хронического гастрита мы длительно (от 1 года до 7 лет) наблюдали 40 больных, страдающих различными формами этого заболевания. Среди них в возрасте до 40 лет было 6 женщин и 12 мужчин, старше 40 лет — 9 женщин и 13 мужчин. Хроническим гастритом с сохраненной секреторной функцией желудка страдало 7 больных, хроническим гастритом со сниженной секреторной функцией — 11, у 17 в желудочном содержимом отсутствовала свободная НС1 и у 5 больных (также с анацидным состоянием) был гастрит оперированного желудка (резекция типа Бильрот II по поводу язвенной болезни). У 33 больных хронический гастрит был основным заболеванием, у 7 он сочетался с хроническим воспалением желчевыводящих путей. В начале наблюдения у 11 больных хроническому гастриту сопутствовали поражения желчевыводящих путей и у 2 — воспаление кишечника. У 5 больных длительность заболевания хроническим гастритом была до 1 года, у 7 — до 3 лет, у 4 — до 5 лет, у 12 — до 10 лет и у 12 — более 10 лет. В течение года мы наблюдали 11 больных, 2 лет — 11, 3 лет — 3, 4 лет — 5, 5 лет — 7, 6 лет — 2 и 7 лет — 1. В начале и конце срока наблюдения больных обследовали и лечили в стационаре, в остальное время — в поликлинике, часть больных госпитализировалась 3—4 раза.

У 2 больных с сохраненной в начале наблюдения секрецией желудка к концу произошло снижение секреции, у 35 секреторная функция желудка существенно не изменилась и у 3 возросла. У этих 3 больных хронический гастрит сочетался с заболеванием желчевыводящих путей. Успешное лечение желчных путей привело к улучшению и секреторной функции желудка.

У 16 больных к концу наблюдения к хроническому гастриту присоединилось хроническое воспаление желчного пузыря, причем у 7 из них хронический холецистит стал основным заболеванием. У 9 больных хронический гастрит осложнился хроническим энтероколитом, который у 1 из этих больных стал ведущим заболеванием.

У 5 больных развилась гипохромная анемия, у 10 — гиперхромия при нормальном или несколько пониженном количестве гемоглобина. Гипопроотеинемия возникла у 6 больных, у части больных выявлена диспротеинемия (уменьшение альбуминов, увеличение α_1 -, α_2 - и γ -глобулинов).

У 3 больных хроническим гастритом с сохраненной секреторной функцией заболевание эволюционировало в язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, у 1 — в язвенную болезнь желудка.