

ВЛИЯНИЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА НА НЕКОТОРЫЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ

М. К. Надгериев

Кафедра общей хирургии Благовещенского медицинского института

Взаимозависимость между органами, участвующими в переваривании пищи, выражена не только в норме, но и в патологии. Удаление части или всего желудка, удаление части двенадцатиперстной кишки и привратника нарушает резервуарную функцию желудка и те сложные функциональные взаимоотношения, в которых находится желудок, привратник, двенадцатиперстная кишка с желчными путями, печенью, поджелудочной железой, кишечником. В результате возникает расстройство обмена веществ.

Однако динамика обменных нарушений после резекции желудка при язвенной болезни остается недостаточно изученной. Не вполне выяснено влияние резекции желудка при язвенной болезни на функции печени, содержание сахара, хлоридов, электролитов в сыворотке крови. Мало изучена динамика биохимических сдвигов при различных способах резекции желудка в ближайшие и отдаленные сроки.

Исследованиями ряда клиницистов и экспериментаторов показано, что в связи с изменениями анатомо-физиологических условий после резекции желудка нарушается функция печени, поджелудочной железы. Однако литературные данные далеко не однородны, часто диаметрально противоположны.

Мы обследовали 100 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки до операции и в ближайшие и отдаленные сроки после резекции желудка по Бильрот-II — Гофмейстер — Финстереру, Бильрот-II в модификации И. А. Агеенко и с применением кишечной пластики по Е. И. Захарову. Были изучены биохимические показатели в периферической крови: билирубин (по методу Ван-ден-Берга), холестерин (по Энгельгардту и Смирновой), хлориды (по Рушняку), остаточный азот (по Бокальчуку), калий, кальций (методом осаждения), аскорбиновая кислота, сулемовая проба, формоловая проба, протромбиновый индекс. Все тесты изучались в динамике у одних и тех же больных.

У обследованных больных в дооперационном периоде среднее содержание хлоридов и холестерина несколько превышало нормальные цифры, протромбиновый индекс был на уровне нижней границы нормы, содержание аскорбиновой кислоты в сыворотке крови ниже норм, приводимых в литературе. Показатели других тестов существенно не отличались от нормальных величин.

Через 3—6 месяцев после резекции желудка мы обследовали в стационаре 71 больного.

При сравнении дооперационных показателей с данными, полученными в ближайшие сроки после резекции, проведенной разными способами, статистически достоверное отклонение от дооперационных цифр выявлено только в содержании хлоридов и холестерина. Уровень холестерина сыворотки крови после резекции с тонкокишечной пластикой по Куприянову — Захарову составлял $244 \pm 2,5$ мг%, а до операции — $210 \pm 5,31$ мг%. Это повышение статистически достоверно ($P < 0,01$). Содержание хлоридов после резекции по способу Бильрот-II — Гофмейстер — Финстереру оказалось ниже норм и дооперационных цифр. Однако в отдаленные сроки после резекции по всем трем способам у тех же больных содержание хлоридов не отличалось от дооперационного, но несколько превышало норму.

В отдаленные сроки после резекции желудка (1—2 года и более) нами обследовано 126 больных. У лиц, перенесших операцию по Бильрот-II в модификации И. А. Агеенко, содержание калия больше, а протромбиновый индекс ниже дооперационных величин. После тонкокишечной пластики уровень билирубина и калия в сыворотке крови выше, чем до операции. Цифровые значения других тестов существенно не отличались от дооперационных.

Итак, данные комплексного исследования ряда биохимических показателей в сыворотке крови больных, подвергшихся резекции желудка по трем способам, свидетельствуют, что в ранние послеоперационные сроки статистически достоверные изменения наблюдаются только в уровне хлоридов. После тонкокишечной пластики по Е. И. Захарову отмечено также достоверное повышение содержания холестерина ($244 \pm 2,55$ мг%).

В отдаленные сроки после операции по всем трем модификациям содержание хлоридов было в пределах дооперационных цифр, но несколько выше нормы. Уровень холестерина после резекции по Бильрот-II — Гофмейстер — Финстереру выше, а по двум другим способам — ниже дооперационных данных, хотя во всех перечисленных показателях статистически достоверной разницы нет.

Содержание хлоридов в ближайшие сроки и калия в отдаленном периоде после резекции по Бильрот-II — Гофмейстер — Финстереру меньше, чем у оперированных двумя другими способами.

Таким образом, наши данные свидетельствуют о преимуществе резекции желудка по Бильрот-II в модификации И. А. Агеенко и тонкокишечной пластики по Е. И. Захарову. Но гастреоюнопластика технически сложна и дает большой процент непосредственных послеоперационных осложнений. Поэтому при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки вряд ли следует рекомендовать гастреоюнопластику для широкого круга хирургов. Необходимо выработать более строгие показания к ее применению при этом заболевании.

УДК 616—006.441—616.5

КОЖНАЯ ФОРМА ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА

Р. Ф. Федотова и И. И. Максимова

Кафедра дермато-венерологии (зав.—проф. Я. Д. Печников), кафедра терапии № 1 (зав.—проф. Л. М. Рахлин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Многие болезни органов кроветворения, в частности лейкозы, сопровождаются кожными проявлениями, которые нередко предшествуют изменениям крови, являясь долгое время единственным признаком болезни.

Приводим наше наблюдение.

Р., 52 лет, с 1959 г. страдала кожным зудом и безуспешно лечилась у дерматологов по поводу универсальной хронической экземы, с обострением которой была направлена 6/III 1963 г. на стационарное лечение в кожное отделение. При поступлении у больной была мелкопузырчатая сыпь, мелкие гнойнички, шелушение кожи на пальцах рук, на стопах, под грудными железами, линейные геморрагии на местах расчесов, особенно на лбу, нестерпимый зуд пораженных участков кожи.

Лимфоузлы не увеличены, со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Температура субфебрильная. Л. 3850, п.—3%, с.—44%, э.—5%, м.—14%, л.—34%, РОЭ—11 мм/час. Стационарное лечение в течение месяца эффекта не дало. После выписки больную продолжал беспокоить кожный зуд, вскоре появилась яркая краснота на правой голени, затем на левой. С 6/V 1965 г. краснота стала распространяться на туловище, на коже лица и конечностей появились узлы, лицо распухло, веки закрылись, появились пузыри с прозрачным и гнойным содержимым, временами зуд становился нестерпимым. Иногда были приступы озноба с повышением температуры, нарастала слабость. 8/VII 1965 г. больная вновь была госпитализирована в кожно-венерологическое отделение.

Состояние больной при поступлении тяжелое. Температура 39°, нестерпимый зуд. Кожа лица, ушных раковин, шеи отечна и инфильтрирована, из-за чего больная плохо слышит, не может открыть глаза, рот. Инфильтрация распространяется на волосистую часть головы, на туловище, конечности. Кожа в области инфильтратов блестящая, розовато-желтоватой окраски; на правом предплечье, на тыле левой стопы и голени—эритематозно-синюшная. Инфильтраты плотно-эластической консистенции, границы их нечеткие, местами на них незначительное шелушение, садины, трещины, эрозии. Выявлено множество исходящих из глубоких слоев кожи плотно-эластичных безболезненных розовато-желтоватых или бурых, местами цвета нормальной кожи узлов полушаровидной формы, величиной от чечевицы до сливы; поверхность узлов гладкая, на многих из них геморрагические корочки вследствие расчесов; по словам больной, узлы являются источником зуда. Инфильтрация и узлы создают впечатление львиного лица. Отмечается гиперкератоз стоп, ладоней. Волосы в области подмышечных впадин, на лобке, бровях, ресницы выпали. Ногти дистрофичны. Подчелюстные, подмышечные, паховые, бедренные лимфоузлы величиной с грецкий орех, безболезненные, не спаянные между собой, с кожей и подлежащими тканями. Пальпируется край печени, селезенка не прощупывается из-за инфильтрации кожи в области живота. В соскобах со слизистой носовой перегородки, скарификатов, с инфильтратов на лбу, в пункте из лимфоузла и в гистологических препаратах из биопсированного кожного узла палочки лепры не обнаружены.

9/VII 1965 г. Л.—70 400, с.—17%, э.—2%, м.—2%, л.—81%. Гем.—12 г%, Э.—2 820 000.

В последующие дни общее состояние больной оставалось прежним, в крови нарастал лейкоцитоз (102 700), развивалась анемия (Э.—810 000). В мазке крови большие скопления лимфоцитов, клетки Гумпрехта—Боткина.

16/VII 1965 г. Л.—102 700, метамеллоцитов—0,5%, п.—5%, с.—10%, м.—1%, л.—82,5%, клетки Гумпрехта—Боткина—1—2—3 в поле зрения, микроанизоцитоз ++, оксифильных нормобластов—1:200. При исследовании периферической крови методом лейкоконцентрации обнаружены пролимфоциты, лимфообласты.