

На основании анализа изменений количества лейкоцитов у больных циррозом печени и лейкопенией после операции наложения портокавального анастомоза не получено данных в пользу значения в развитии лейкопении повышенного депонирования лейкоцитов в селезенке.

К. Г. Уварова (Саратов). Динамика содержания негемоглобинового железа сыворотки крови у больных различными видами анемии

Поскольку проблема лечения анемий препаратами железа связана с изучением его обмена в организме, ставилась задача выяснить содержание железа сыворотки крови у больных различными видами анемий, леченных разнообразными терапевтическими средствами, в динамике и в дальнейшем наметить пути лечения препаратами железа.

Негемоглобиновое железо принимает активное участие в обмене и в настоящее время является одним из лучших показателей состояния обмена железа в организме.

Содержание негемоглобинового железа при гипохромной, эссенциальной анемии, анемии от острых и хронических кровотечений, при острых инфекциях понижено, при пернициозной анемии, полицитемии и гемолитической анемии повышено.

Исследовано 45 человек с различными видами анемий и 7 здоровых в качестве контроля.

Негемоглобиновое железо сыворотки крови определялось в динамике по колориметрическому методу Баркана, проводился обычный анализ крови, исследовались также протеины, альбумины и глобулины крови.

Больные лечились камполоном, витамином В₁₂, коамидом, переливанием крови, радиоактивным фосфором, эмбихином и т. д. Препараты железа больные не получали.

При анализе полученных данных больные разделены на 3 группы:

1) 8 чел. с анемией вследствие острых и хронических лейкозов (5 мужчин и 3 женщины в возрасте от 26 до 60 лет);

2) 8 чел. пернициозной анемией (3 мужчин и 5 женщин в возрасте от 51 до 67 лет);

3) 29 чел. (10 мужчин и 19 женщин) с гипохромной анемией различного происхождения, но подавляющее большинство из них (19) с анемией вследствие хронических кровопотерь.

У здоровых мужчин и женщин мы обнаружили колебание сывороточного железа в пределах от 84 до 112 γ%. Данные показатели и были взяты нами за основу при обсуждении полученных результатов.

Негемоглобиновое железо сыворотки крови при гипохромных анемиях резко понижено, понижено и процентное содержание протеинов, альбуминов крови.

В связи с лечением негемоглобинового железа, протеины, альбумины крови увеличиваются, но не достигают в большинстве случаев нормального содержания.

У больных пернициозной анемией и лейкозами, сопровождающимися анемией, негемоглобиновое железо в большинстве случаев значительно уменьшено после симптоматического лечения, понижено также количество протеинов и альбуминов.

При пернициозной анемии, кроме того, в начале лечения наблюдалось некоторое увеличение негемоглобинового железа. Прямой зависимости изменения негемоглобинового железа, протеинов и альбуминов в динамике при данных видах анемий нами не было обнаружено.

В. Ф. Войтик (Саратов). О диагностической ценности цитологического исследования пунктатов различных органов в терапевтической практике

Аспирационную пункцию органов — печени, лимфатических узлов, селезенки, легких — мы производили по методу Абрамова, то есть камфарной иглой, надетой на 10—20-граммовый сухой шприц Рекорда. Пунктат грудины и ребер добывался по методу Арикина. Мазки фиксировались и окрашивались по правилам цитологической техники краской Романовского — Гимза. Осложнений не было.

При пункции лимфоузлов у 20 больных обнаружены следующие заболевания: метастаз рака (8), лимфогрануломатоз (3), лимфаденоз (2), туберкулез (2), хронический ретикуло-эндотелиоз (1), метастаз меланосаркомы (1), гиперплазия железы в связи с кожным заболеванием (1), опухоль околоушной железы (1), диагноз не установлен (1). Из 20 больных у 14 пункция дала возможность определить истинную природу заболевания, у 5 клинический диагноз подтвердился исследованием пунктата. У 2 данные пунктата были подкреплены рентгеновским исследованием грудной клетки. У 7 цитологический диагноз был подтвержден патологоанатомическим исследованием. В одном случае имелось расхождение между цитологическим и патологоанатомическим исследованием (по отношению к локализации опухоли).

При пункции печени (13 больных) диагностирован метастатический рак у 5, причем у 4 это подтверждено патологоанатомическим исследованием. У одной больной диагностирован первичный рак печени, подтвержденный на аутопсии. У 5 установлен цирроз печени. У 1 больного с клинической картиной гипертрофического цирроза печени в пунктате печени выявлены дегенеративно-воспалительные изменения, а в пунктате лимфоузла отмечалась гиперплазия, характерная для начальной стадии туберкулеза. Было проведено противотуберкулезное лечение, давшее улучшение, прослеженное 2 года.

У 16-ного был определен мезенхимальный гепатит, при повторной же пункции не исключалась возможность метастатического рака печени. На аутопсии же обнаружен гидатидозный и альвеолярный эхинококк печени.

При пункции легких у одного больного цитологическое заключение (как и клинко-рентгенологическое исследование) позволило поставить диагноз рака легкого, подтвержденный аутопсией. У другого больного на основании пункта легкого и грудины цитологически диагностирована плазмоцитома легкого. Аутопсия же установила крупозную пневмонию.

При пункции ребер в двух случаях цитологическое заключение способствовало уточнению диагноза болезни Рустицкого. В третьем случае цитологический диагноз — «хлорома» не подтвердился (на аутопсии мезотелиома плевры).

Е. П. Архипов (Бугульма, ТАССР). Опыт оперативного лечения больных по поводу язв желудка и двенадцатиперстной кишки

За период с 1947 по 1956 гг. в хирургических отделениях больниц Бугульмы произведены 237 операций по поводу язв желудка и двенадцатиперстной кишки: 186 гастроэнтероанастомозов, 51 — резекция желудка. Мужчин было 208 чел. (87,8%) и женщин — 29 (12,2%). Все они имели типичный язвенный анамнез с длительным (от 3 до 6 лет) рецидивным течением болезни и выраженный симптомокомплекс.

У 8% этих больных имелись указания на гастродуоденальное кровотечение, 2 больных в прошлом перенесли ушивание по поводу прободной язвы. 7 больным в прошлом наложен по поводу язвы гастроэнтероанастомоз. Все больные в предоперационном периоде обследовались рентгенологически и лабораторно. Операции, как правило, производились под местной инфильтрационной анестезией; 4 больным операция была начата под местной анестезией, закончена под эфирным наркозом; 3 больных оперировано под эфирным наркозом.

При резекции желудка производилось кормление питательной смесью по С. И. Спасокукоцкому; тяжелым больным капельно переливалась кровь. В послеоперационном периоде больным придавалось полусидячее положение, вводились антибиотики, сердечные, наркотики, 1—2 л физиологического раствора подкожно. При застойных явлениях периодически откачивалось желудочное содержимое через зонд. Пить по 2—3 глотка (за сутки 500—600 мл) разрешалось на вторые сутки после операции. С 3 дня разрешался прием бульона, киселя, фруктовых соков, с 4—2 сырых яйца, масло, сливки, с 5 — жидкие каши, протертые супы-пюре, с 7—8 дня переводили на диету язвенных больных. Вставать при гладком послеоперационном течении разрешалось на 5—6 сутки. Швы снимались на 8—10 дни.

На 51 резекцию желудка (45 мужчин и 6 женщин) в 49% язвенный процесс локализовался в желудке, в 13,7% в пилородуоденальном отделе, в 11,8% — в двенадцатиперстной кишке, множественные язвы имелись у 13,7%. Каллезные язвы обнаружены у 7, пенетрирующие язвы — у 24, стеноз привратника — у 12.

Из 186 больных (163 мужчин и 23 женщин), которым произведена гастроэнтеростомия, у 53,3% язвенный процесс локализовался в желудке, у 26,3% — в пилородуоденальном отделе, у 12% — в луковице двенадцатиперстной кишки, у 5,4% больных имелись множественные язвы. Каллезные язвы были у 42 больных, пенетрирующие — у 16, простые — у 18, стеноз привратника имелся у 76 больных. У 34 характер язв выяснить не удалось.

Из приведенных данных видно, что к гастроэнтеростомии неоправданно ставились широкие показания.

При резекции желудка послеоперационный период осложнился у 9 больных (17,6%) — включаются случаи с летальным исходом — перитонитом, пневмонией, нагноением и расхождением раны, желудочно-кишечным кровотечением и нарушением эвакуации.

После гастроэнтеростомии осложнения были у 92 больных (49,4%) — включая случаи с летальным исходом. Из осложнений наблюдались: пневмония, нарушение эвакуации, экссудативный плеврит, расхождение раны, нагноение раны, парез кишечника.

Наиболее опасными являлись такие осложнения, как несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки и анастомоза, перитонит, желудочно-кишечное кровотечение.

Перитонит в послеоперационном периоде был у 6 больных с 4 летальными исходами. Перитонит возник, вероятно, в связи с инфицированием окружающих тканей при наложении анастомозов.

Несостоятельность швов анастомоза и культи двенадцатиперстной кишки оказалась у 3 больных (все погибли).

Пневмонии представляют наиболее частое осложнение (7—10%). Как правило, они встречались у ослабленных, перенесших в прошлом простудные заболевания, у пожилых больных и носили очаговый характер.

Желудочно-кишечное кровотечение встретилось в 2% случаев, причину его мы склонны видеть в технических погрешностях при наложении соустья. Кровотечение в одном случае оказалось смертельным, в остальных было остановлено промыванием желудка физиологическим раствором, гемостатическими средствами, морфином.