

болезненна. В правой подмышечной области пальпируются болезненные увеличенные лимфоузлы. В легких единичные сухие хрипы. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 86 уд. в 1 мин. АД — 19,31/12,0 кПа. Границы сердца в пределах нормы. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание в норме. Анализ крови от 14.08.1987 г.: л.—8,6·10⁹/л, э.—2%, п.—1%, с.—71%, лимф.—22%, мон.—1%; СОЭ—30 мм/ч. Анализ мочи: отн. пл.—1028, белок и сахар не обнаружены. Посевы мокроты на ВК отрицательные. На рентгенограмме позвоночника определяются резкое снижение высоты тела Д₃ и его клиновидная деформация; межпозвонковый диск Д₃—Д₄ снижен в высоте; видны паравертебрально мелкотканые тени с четкими выпуклыми контурами. На боковой рентгенограмме грудной клетки контурируются грудина, разрушенная на протяжении 6,0—7,0 см, загрудино выпуклая тень. В заднем отделе наддиафрагмально просматриваются мелкотканная тень с выпуклыми контурами, прилегающая широким основанием к грудной стенке и диафрагмально. Фистулография: депо контрастной массы — в мелких тканях правой половины грудной стенки 2,5×5,0 см, извилистый свищевой ход.

Предположен диссеминированный туберкулезный процесс с поражением тела Д₃, плевры, грудины. Больной взят на лечебно-диагностическую операцию. 14.10.1987 г. произведены резекция тела грудины, некрэктомия, абсцессотомия, фистуэктомия. Рана зажила вторичным натяжением. Гистологическое исследование операционного материала: хроническое продуктивное воспаление вокруг пузьрей альвеолярного эхинококка, дистрофическое изменение в мышечной и костной тканях.

Диагноз: альвеолярный эхинококкоз грудины, плевры, тела Д₃ позвонка, осложненный компрессионным переломом.

УДК 616.995.121—02:616.345:612.38

О. Е. Бабиченко (Саратов). Всасывательная функция толстой кишки при дифиллоботриозе

Всасывание в желудочно-кишечном тракте является весьма важным биологическим процессом, благодаря которому организм обеспечивается необходимыми питательными веществами. Всасывание отражает специфику обмена веществ, зависит от течения физиологических процессов и регулируется нервно-гуморальными факторами. Пищеварение происходит главным образом в тонкой кишке. Оно осуществляется с участием ряда ферментов, продуктируемых поджелудочной железой, кишечником, печенью.

При исследовании ультраструктуры толстой кишки было отмечено, что щеточная кайма густо покрывает апикальную часть цилиндрических клеток поверхности слоя слизистой и имеет большую всасывающую способность за счет этой поверхности. Поэтому в толстой кишке возможно всасывание различных веществ: углеводов, аминокислот, жирных кислот, электролитов, воды, большинства витаминов.

Некоторые авторы указывали, что одной из причин мальабсорбции могут быть атрофические процессы слизистой оболочки тонкой кишки, вызванные паразитарной инвазией, в том числе и цепнями.

Всасывательная функция при дифиллоботриозе изучена крайне недостаточно; более того, имеющиеся данные характеризуют данный процесс лишь в тонкой кишке. Мы изучали всасывающую способность при дифиллоботриозе из тонкой кишки двумя методами. В качестве жировой нагрузки была использована олеиновая кислота, меченная ¹⁴C, для исследования углеводов — проба с Д-ксилозой. Было отмечено нарушение всасывания олеиновой кислоты в 57,7% случаев, Д-ксилозы — в 43,4%. Всасывательная способность тонкой кишки восстанавливается лишь к концу года после дегельминтизации.

Всасывательную функцию толстой кишки у больных дифиллоботриозом изучали с помощью йод-калиевой пробы, что является наиболее простым и информативным методом. С этой целью в прямую кишку вводили 100 мл 1% раствора йода калия. Через 2 мин начинали собирать слюну. Время всасывания устанавливали по посинению крахмала путем добавления к 1 мл слюны 2 мл 10% раствора крахмала и 3—4 капель 1% раствора полугаторхлористого железа. В контрольной группе йод в слюне появлялся через 6—13 мин ($8,0 \pm 0,2$ мин).

Были обследованы 128 больных дифиллоботриозом до назначения антигельминтных препаратов. Все больные были разделены на 2 группы в зависимости от длительности инвазии. В 1-ю группу (78 чел.) вошли больные с длительностью инвазии менее года, во 2-ю (50) — с длительностью инвазии более года.

Всасывание до лечения было замедлено у 35,2% больных. У больных 1-й группы время всасывания йода калия колебалось от 6 до 18 мин, замедление отмечено у 20,5% пациентов, во 2-й группе — от 7 до 24 мин, замедление — у 58%. Таким образом, по сравнению с контролем ($P < 0,001$) всасывание было замедлено у больных обеих групп.

Через 1—2 мес после дегельминтизации замедление всасывания йода калия наблюдалось у 19,6% больных: в 1-й группе — у 13,9%, во 2-й — у 45%. Достоверное замедление йод-калиевого времени констатировано только у больных 2-й группы ($P < 0,001$). Через 5—6 мес после дегельминтизации всасывание йодистого калия нормализовалось в 1-й группе у 90,9% больных, во 2-й — у 79,2%.

Восстановление всасывательной способности толстой кишки у лиц, перенесших дифиллоботриоз, отмечалось через 10—12 мес после дегельминтизации (93,3%): в 1-й группе — у 96,2% больных, во 2-й — у 90,9%. Выраженное нарушение всасывания в толстой кишке наблюдалось при длительном сроке инвазии. Всасывательная способность восстанавливалась лишь к концу года после дегельминтизации.

Таким образом, динамическое исследование йод-калиевого времени в течение года после лечения показало, что у больных 1-й группы его нормализация происходит через 5—6 мес после перенесенного дифиллоботриоза, тогда как при длительной инвазии — только через 10—12 мес после излечения. Следовательно, за лицами, перенесшими дифиллоботриоз, необходимо диспансерное наблюдение в течение одного года. Снимать их с учета через 2 мес, как предлагалось раньше, недопустимо.