

среднем 70,1% детей, посещающих детские дошкольные учреждения и начальные классы школы.

Удельный вес сывороточного гепатита составил в 1972 г. — 5,7%, в 1973 и 1975 гг. — 5,0%. При тщательном эпиданализе данных за 1972 г. связь с инфекционным гепатитом установлена у 6 из 46 больных болезнью Боткина (13%); 12 (26,1%) больных инфекционным гепатитом в течение 6 месяцев до заболевания находились на стационарном лечении по поводу других заболеваний, и им назначались всевозможные инъекции; 4 ребенка (8,7%) получали переливания крови и кровезаменителей, а диагноз сывороточного гепатита поставлен только одному (2,2%).

Из 80 заболевших инфекционным гепатитом в 1973 г. контакт был выявлен у 18 (23%). На стационарном лечении находились 8 пациентов (10%), 23 человека (28,8%) получали инъекции, а диагноз сывороточного гепатита не поставлен ни одному. В 1975 г. из 123 заболевших инфекционным гепатитом связь с больными установлена у 87 (70,7%), находились на стационарном лечении 12 (9,7%), получали инъекции 29 (23,5%), диагноз сывороточного гепатита поставлен 6 (4,9%).

Таким образом, предсезонная гаммаглобулинопрофилактика болезни Боткина, проводимая в течение ряда лет, несколько изменила возрастную структуру заболеваемости и сезонность. Несвоевременно проводимая предсезонная гаммаглобулинопрофилактика (август—сентябрь) приводит к увеличению безжелтушных и стертых форм гепатита и поддержанию эпидемического процесса среди детей старших возрастных групп, не привитых гамма-глобулином.

Поступила 5 октября 1976 г.

УДК 616.33—002.44—08—009.614:611.839.31

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ЧРЕВНЫХ НЕРВОВ И СИМПАТИЧЕСКОГО СТВОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Проф. И. А. Салихов, И. С. Абдуллин

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав.— заслуж. деят. науки ТАСР проф. И. А. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и Лаишевская ЦРБ (главврач — И. С. Абдуллин)

Реферат. Обобщены результаты комплексного лечения 119 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с применением новокаиновой блокады чревных нервов и пограничных симпатических стволов. Данный вид комплексной терапии вполне осуществим и в условиях районной и участковой больницы. Кроме того, он является одновременно дифференциально-диагностическим тестом для отбора больных с необратимыми органическими изменениями на хирургическое лечение.

В последние годы достигнуты значительные успехи в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, однако эффект не всегда бывает стойким. Частота обострений, длительность временной нетрудоспособности остаются довольно значительными.

В патогенезе язвенной болезни различают три основные группы факторов: нервные, гормональные и местные. Наряду с этим язвенная болезнь сопровождается различными функциональными нарушениями в органах брюшной полости, отклонениями в белковом, витаминном, углеводном, электролитном обмене, изменениями функционального состояния симпато-адреналовой, холинэргической систем, нарушениями окислительно-восстановительных процессов. Сложность патогенеза представляет большие трудности для построения оптимальных форм лечения в каждом конкретном случае заболевания. Лечение данного страдания требует комплексного подхода, основное усилие должно быть направлено на восстановление нарушенных механизмов. По мнению ведущих хирургов страны, все большие язвенной болезнью желудка должны подвергаться консервативному лечению, а на хирургическое вмешательство следовать направлять лишь больных с осложненным течением [1, 2].

Стремление сохранить большую часть желудка или желудок целиком побудило нас к разработке эффективного метода комплексного лечения язвенной болезни с осуществлением блокады чревных нервов и

пограничных симпатических стволов. При этом мы имели в виду сложное и динамичное адаптивное влияние симпатической и парасимпатической нервной системы на функциональную деятельность желудка, наличие общей вегетативной дистонии с нарушениями секреторной, экскреторной и двигательной деятельности желудка, которые столь характерны для язвенной болезни. В комплексное лечение язвенной болезни мы включили также лечебное питание, назначение холинолитиков на короткие сроки, витаминов В₁ и В₁₂ (витамин В₆ применяли только при секреторной недостаточности желудка), внутривенное введение аскорбиновой кислоты в 5% растворе по 5—10 мл в день, прием никотиновой кислоты в обычных дозах, переливание белковых препаратов от 2 до 6 раз на курс лечения, в зависимости от состояния и питания больного. Назначали диатермию на область желудка в течение 30—40 мин. от 15 до 20 процедур на курс лечения. Из антацидов использовали питьевую соду, окись магния, викалин, реже алмагель.

Лечение проводили в стационаре в течение 28—30 дней. За это время производили двухстороннюю новокаиновую блокаду чревных нервов и симпатических стволов от 1 до 3 раз, с интервалом 8—10 дней.

Комплексный метод терапии применен нами у 119 больных язвенной болезнью (у 55 с поражением желудка и у 64 — двенадцатиперстной кишки). Мужчин было 111, женщин — 8. 84,1% больных — люди работоспособного возраста (от 20 до 50 лет), причем более 77% — лица физического труда.

При поступлении подавляющее большинство больных жаловалось на боли, главным образом в эпигастральной области, связанные с приемом пищи. Изжога была у 46, рвота — у 67 человек. Местное напряжение брюшного пресса отмечалось у 30 пациентов, гиперестезия кожных покровов — у 45. Прямые рентгенологические признаки язвы выявлены у 69,1% больных. Из 107 обследованных симптом «ниши» был обнаружен у 68.

При язвенной болезни желудка более чем у $\frac{2}{3}$ пациентов кислотность желудочного сока была нормальной или слегка пониженной, а при дуоденальной локализации у 75,8% больных она оказалась повышенной. Концентрация пепсина в желудочном соке у большинства больных повышена, особенно у страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (табл. 1).

Таблица 1
Содержание пепсина в желудочном соке

Группа обследованных	Количество пепсина, %		
	натощак	в I фазу секреции	во II фазу секреции
Здоровые люди	2,6±0,7	3,7±0,8	3,2±0,8
Больные язвенной болезнью желудка	4,6±0,8 P<0,05	6,2±1,0 P<0,05	8,5±1,0 P<0,001
Больные язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки	8,4±0,8 P<0,001	8,6±0,7 P<0,001	9,3±1,0 P<0,001

Количество уропепсинагена в моче также больше, чем в контроле. У больных язвенной болезнью желудка содержание его в суточной моче равно 146±29 мг, при дуоденальной локализации — 220±52 мг, тогда как в контрольной группе — 86±10 мг. При изучении электрогастрограммы у страдающих язвенной болезнью же-

лудка отмечено преобладание гипокинезии, а у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в половине наблюдений была констатирована нормокинезия, у остальных — гипер- и гипокинезия. Окислительные процессы у больных обеих групп нарушены, особенно в период обострения и при выраженном болевом синдроме. Вакат-кислород в суточной моче повышен при поражении желудка у 75% пациентов,

при заболевании двенадцатиперстной кишки — у 70%. У 60,6% больных установлено повышение активности сывороточной холинэстеразы и только у 18,1% — ее понижение.

Анализ результатов лечения больных язвенной болезнью комплексным методом с применением блокады чревных нервов и пограничных симпатических стволов свидетельствует о высокой эффективности данного метода. Установлено, что почти у всех пациентов заплевральная новокаиновая блокада снимает болевой синдром непосредственно вслед за ее осуществлением. После блокады появляется аппетит, прекращается рвота, изжога становится менее интенсивной. При применении новокаиновой блокады на фоне комплексного лечения отмечается исчезновение симптома «ниши» у 78% больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. При оценке непосредственных итогов лечения нами констатирован хороший результат у 70,6% больных, отсутствие эффекта — у 5%. После курса лечения происходит снижение кислотности желудочного сока. Особенно существенные сдвиги к нормализации кислотности отмечены у больных с повышенной кислотностью желудочного сока. Интересно и существенно, что при этом у части больных, у которых до лечения кислотность желудочного сока была пониженной, наступает ее повышение. У 78,1% была выявлена отчетливая тенденция к снижению повышенного содержания пепсина.

В результате лечения при желудочной локализации язвы содержание пепсиногена мочи уменьшалось до $53 \pm 4,3$ мг ($P < 0,01$), а при дуоденальной — до $108,9 \pm 16,2$ мг ($P < 0,05$). Выраженная тенденция к нормализации кислотности желудочного сока и содержания в нем пепсина, сдвиги в выделении уропепсина позволяют считать, что происходит восстановление нормальной взаиморегуляции симпатического и парасимпатического отделов нервной системы, усиление регенеративного процесса в слизистой желудка вследствие изменения тонуса вегетативной нервной системы. Перед выпиской из стационара активность сывороточной ацетилхолинэстеразы нормализовалась у подавляющего большинства больных:

Таблица 2

Динамика рецидивов в отдаленные сроки лечения у больных с непосредственно хорошими и удовлетворительными результатами

Непосредственный результат лечения	Число больных	Обострение		
		на 1-м году	на 2-м году	не было
Удовлетворительный . . .	27	15 (52%)	5 (20%)	7 (28%)
Хороший . .	74	6 (8,2%)	10 (13,5%)	58 (78,3%)
Всего . .	101	21 (20,7%)	15 (14,8%)	65 (64,5%)

$\pm 0,7$ до $10,9 \pm 0,5$ мг ($P < 0,01$) и с $13,0 \pm 0,6$ до $11,2 \pm 0,6$ мг ($P < 0,05$). После блокады показатели электрогастрограммы претерпевают значительные изменения. Уже через 20—30 мин. средний биопотенциал увеличивается в 3 раза, максимальный — в 2,5 раза, минимальный — в 3 раза, разность биопотенциалов — в 2 раза.

Комплексное лечение по описанной методике весьма существенным образом снижало тяжесть последующих рецидивов (табл. 2).

Как следует из табл. 2, в течение 2 лет не было обострений у 65 (64,5%) больных. Отчетливое удлинение ремиссии наблюдалось в группе с непосредственно хорошими результатами — у 58 (78,3%) больных

не было рецидивов. Для сравнения частоты рецидивов было изучено 60 историй болезни страдающих язвенной болезнью, леченных обычными терапевтическими методами. Среди них не было обострений только у 16,7% больных.

ВЫВОДЫ

1. Комплексное лечение с применением новокаиновой блокады чревных нервов и симпатических стволов оказывает нормализующее воздействие на секреторную и двигательную функции желудка.

2. Под влиянием комплексного лечения быстро уменьшаются или исчезают болевой синдром и диспепсические нарушения.

3. Комплексное лечение по предлагаемому методу удлиняет период ремиссии у больных язвенной болезнью; последующие рецидивы заболевания протекают более благоприятно. Это подтверждает целесообразность и патогенетическую обоснованность проводимой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маят В. С. Сов. мед., 1971, 5.— 2. Русанов А. А. Вестн. хир., 1974, 11.

Поступила 9 марта 1977 г.

УДК 616—089.5—031.83:616.33—009.1:616.33—002.44+616.34—002.44

ВЛИЯНИЕ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ЧРЕВНЫХ НЕРВОВ И СИМПАТИЧЕСКИХ НЕРВНЫХ СТОЛОВ НА ДВИГАТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

И. С. Абдуллин

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав.— заслуж. деят. науки ТАССР проф. И. А. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, Лаишевская ЦРБ (главврач — И. С. Абдуллин)

Реферат. Анализ электрогастрограмм позволяет судить о благоприятном влиянии новокаиновой блокады чревных нервов и симпатических стволов на двигательную функцию желудка у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. К концу курса лечения наряду с клиническим улучшением отмечена нормализация электрической активности желудка у больных как с гиперкинетическим, так и с гипокинетическим типом моторики.

В комплексном лечении больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки нами применяется новокаиновая блокада чревных нервов и симпатических нервных стволов по В. В. Мосину. В настоящей работе была поставлена задача исследовать методом электрогастрографии (ЭГГ) влияние блокады на моторную функцию желудка.

Под наблюдением было 45 больных: 23 с язвенной болезнью желудка и 22 с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Примерно у половины больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки констатирован нормокинетический тип моторики, у остальных — гипокинетический или гиперкинетический типы. Более чем у $\frac{2}{3}$ больных язвенной болезнью желудка был гипокинетический тип моторики. Зубцы ЭГГ у больных отличались неравномерностью и деформацией.

Нами записано 69 ЭГГ у больных через 20—30 мин., через сутки, двое суток после блокады и по окончании курса комплексного лечения. У пациентов с язвенной болезнью желудка через 20—30 мин. после новокаиновой блокады средний биопотенциал увеличивается в 3 раза (с $0,09 \pm 0,01$ до $0,27 \pm 0,05$ мв, $P < 0,001$), максимальный — в 2,5 раза (с $0,20 \pm 0,02$ до $0,51 \pm 0,08$ мв, $P < 0,001$), минимальный — в 3 раза (с $0,03 \pm 0,006$ до $0,09 \pm 0,02$ мв, $P < 0,05$), разность биопотенциалов—