

возникают признаки сдавления органов шеи, боли. Часто выявляются метастазы рака в регионарные лимфатические узлы.

По вопросам лечения больных хроническим тиреоидитом Риделя нет единства мнений. Большинство авторов высказывается за хирургическое лечение, ибо консервативная терапия бесперспективна, тем более что у многих больных имеются признаки сдавления органов шеи. Ридель указывал, что достаточно иссечь небольшой участок железы, чтобы в дальнейшем наступило обратное развитие заболевания. Аналогичной тактики придерживаются и другие хирурги [5 и др.]. Многие хирурги (А. Нарычев, 1963; Н. И. Трунень) предпочитают обычную резекцию щитовидной железы с иссечением рубцовой ткани. Подобное вмешательство более оправданно, так как на фоне хронического тиреоидита Риделя может развиться злокачественная опухоль. Ривлин (1952) сообщил о больном, у которого на почве тиреоидита Риделя развился рак. Варрен (1953) и соавт. наблюдали это осложнение у 5% больных тиреоидитом Риделя, они считают его предраковым заболеванием.

Все наши больные оперированы. У 2 из них произведена гемиструмэктомия, у 2 тиреоидэктомия и у 1 — резекция щитовидной железы с оставлением 12 г менее измененной железистой ткани.

Все больные благополучно перенесли операцию. Осложнений не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов В. И. Нов. хир. арх., 1940, 1. — 2. Василенко Д. А. В кн.: Сб. научн. тр. Днепропетровского мед. ин-та. 1959, т. XVI. — 3. Драчинская Е. С. и Брейдо И. С. Хирургия щитовидной железы. Медгиз, Л., 1963. — 4. Ламперт Ф. М. и Гольберт З. В. Хирургия, 1946, 7. — 5. Лернер И. О. и Григорьева Н. П. Здравоохранение, Кишинев, 1961, 2. — 6. Николаев О. В. Хирургия эндокринной системы. Медгиз, М., 1962, 4. — 7. Черноватова Т. Н. Вестн. хир., 1956, 12. — 8. Crile G. Practical aspects of thyroid disease. Philadelphia — London, 1950. — 9. Hashimoto H. Arch. klin. Chir., 1912, 97, 219. — 10. Herink M. Chirurg., 1958, 7, 301—306. — 11. Levitt T. The thyroid. London, 1954. — 12. Marschall S., Meissner W., Smith D. Surgical practice of Lahey Clinic. Philadelphia, 1951, 55—69. — 13. Riedel B. Verh. dtsch. Ges. Chir., 1896, 25, 101. — 14. Rywlin A. Presse med., 1952, 60, 28, 593—594. — 15. Williamson G., Pearse L. Brit. med. J., 1929, 1, 4. — 16. Warren S., Meissner W. Surg. clin. N. Am., 1953, 33, 3, 739—747. — 17. Wernер. В кн.: Щитовидная железа, Медгиз, Л., 1963.

УДК 616.33—002.44—615.7

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В. А. Данилин, П. С. Григорьев, Е. П. Кочетова и Л. П. Гридчина

Госпитальная терапевтическая клиника (зав. — проф. А. И. Германов) и факультетская терапевтическая клиника (зав. — проф. А. М. Токарева) Кубышевского медицинского института

Настоящая работа основана на клиническом наблюдении за 580 больными язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

С 1956 г. мы применяем внутривенное введение атропина, брома и глюкозы. Такое лечение получили 394 больных, из них у 301 язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 91 — в желудке и у 2 — в желудке и двенадцатиперстной кишке. Продолжительность заболевания у 31 больного была до года, у 122 — от года до 6 лет, у 124 — от 6 до 11 лет и у 117 — более 11 лет. Возраст больных — от 20 до 56 лет.

Лечение проводилось по следующей схеме: в первую неделю ежедневно внутривенно вводили по 0,5 мл 0,1% раствора сернокислого атропина, 5 мл 10% NaBr и 10 мл 20—40% глюкозы. В последующие 2 недели вливания делали через день, на четвертой неделе — 3 вливания через каждые 2 дня. Указанные препараты для вливания набирали в один шприц. Вливания производили в течение 2—3 мин., в лежачем положении больного, за 15—20 мин. до обеда. Больные получали стол № 1 по Певзнеру.

В результате лечения в течение первой декады исчезли все диспепсические явления у 49,5% больных. Боли в подложечной области к концу лечения прекратились у 78,3% больных, а у остальных значительно уменьшились.

Болезненность передней брюшной стенки ослабла у 57,8% больных в течение первой недели, у 25% — в течение второй и исчезла к концу лечения у 86%. У 13% больных в конце курса лечения была незначительная болезненность в эпигастральной области, у 1% интенсивность болевых ощущений осталась прежней.

У подавляющего большинства больных под влиянием лечения кислотность желудочного сока существенно не изменилась. Только у 22 больных с повышенной до ле-

чения кислотностью она снизилась и у 9 с гипо- и ацидным состоянием секреции отмечено повышение кислотности; у 6 больных с нормальными исходными цифрами кислотности после лечения было значительное повышение общей и свободной HCl. Под действием лечения улучшался сон и аппетит, больные прибавляли в весе.

В итоге у 40,1% больных исчезли все признаки заболевания, в том числе и «ниша», у 42% не стало субъективных признаков заболевания, но сохранилась «ниша», у 15,1% была лишь незначительная болезненность при глубокой пальпации, рентгенологические же признаки язвенной болезни остались без изменений; у 1,8% уменьшились субъективные и объективные признаки заболевания, хотя размеры «ниши» остались прежними; у 1% эффекта не получено.

При лечении смесью атропина, брома и глюкозы только у 7 больных через 2—3 мин. после вливания наблюдались побочные явления: у 2 небольшая слабость, потливость и головокружение, у 2 неприятные ощущения в области сердца и у 3 сухость во рту. Лишь у 3 больных пришлось отказаться от данного метода лечения из-за непереносимости ими атропина.

У другой группы больных язвенной болезнью мы применяли ганглиоблокирующие препараты: гексоний или бензогексоний, пирилен и кватерон. Это позволило провести сравнительную оценку эффективности лечения этими препаратами.

Лечение ганглиоблокирующими препаратами проводилось на фоне внутривенных вливаний 10% раствора NaBr (по 10 мл) и диетического питания (стол № 1 по Певзнеру).

В среднем курс противоязвенного лечения продолжался 27 дней.

У 167 больных была язва двенадцатиперстной кишки, у 19 — язва желудка и у 2 — их сочетание. Длительность заболевания у 50% больных не превышала 5 лет, у 23% была более 5 лет и у 27% превышала 10 лет. Большинство больных — мужчины в возрасте от 25 до 40 лет.

Лечение гексонием проведено у 87 больных, пириленом — у 79 и кватерном — у 20 больных.

Гексоний давали внутрь в постепенно возрастающих дозах — с 0,05 три раза в день до 0,1 3—4 раза в день. На курс лечения больные получали 6,0—7,5 препарата и 15—25 вливаний NaBr. В результате лечения гексонием боли прекратились в первые 5 дней у 37 больных, у других — в более поздние сроки. Кислотность желудочного содержимого получила тенденцию к нормализации у 37 больных из 52, имевших высокие ее цифры.

«Ниша» исчезла у 36 больных из 56, у которых она определялась до лечения. Рентгенологическое исследование желудка показало, что у 31 больного остались рубцово-язвенные изменения, у 9 «ниша» уменьшилась и у 11 осталась без изменений. К концу лечения полностью исчезали диспепсические расстройства, улучшался аппетит и сон, больные прибавляли в весе. Побочных явлений от применения гексония не отмечено.

Пирилен назначали внутрь по 0,0025 4 раза или по 0,005 два раза в сутки на фоне внутривенных вливаний NaBr. На курс лечения расходовалось 0,15—0,3 препарата. В первую неделю лечения боли исчезли у 38 больных, к концу 2-й недели — у 25, и только у 11 — к концу курса лечения. У 5 чел. болевой синдром не исчез, хотя интенсивность болей снизилась. Кислотность желудочного содержимого и рентгенологическая картина менялись так же, как и при лечении гексонием. У части больных применение пирилена вызвало побочные явления: запоры, сухость во рту, снижение зрения, которые были наиболее выражены в первые дни приема препарата и обычно исчезали на 4—6-й день от начала лечения, не требуя отмены.

Кватерон давали внутрь по 0,03—0,05 3—4 раза в день. На курс лечения трагилось 1,25—2,5 препарата. У 17 больных болевой синдром исчез полностью после проведенного курса лечения, в том числе в срок до 10 дней — у 9 больных; у 3 уменьшилась интенсивность болей. Отчетливого изменения кислотности желудочного содержимого у большинства больных не было. Исчезновение «ниши» отмечено у 7 больных из 15, имевших ее при поступлении, у 5 больных были рубцово-язвенные изменения, у 7 «ниша» уменьшилась. У одного больного повторное рентгенологическое исследование не проводилось.

Какой-либо разницы в терапевтическом действии гексония, пирилена и кватерона выявить не удалось, если не считать возможности побочного действия пирилена.

Высокая терапевтическая активность внутривенного введения атропина, брома и глюкозы и перорального приема гексония, пирилена и кватерона на фоне внутривенных вливаний NaBr позволяет рекомендовать данные методы для лечения больных язвенной болезнью.