

мических кривых улучшались — укорачивалось время, в течение которого концентрация сахара после нагрузки возвращалась к исходному уровню.

Неэффективной витаминотерапия оказалась у 7,3% больных, у которых заболевание желудка протекало с глубокими нарушениями функционального состояния печени. К этой категории относились в основном пациенты с декомпенсированными стенозами желудка, у которых нередко происходило даже ухудшение биохимических показателей в период лечения. Терапевтического эффекта не получено также у лиц с длительным течением основного заболевания (25 лет и более), с резкими нарушениями функций различных органов.

Применение липоевой кислоты в комплексной предоперационной подготовке пациентов, страдающих язвенной болезнью, позволило повысить их сопротивляемость к операционной травме и избежать ряда послеоперационных осложнений. Послеоперационный период протекал у больных этой группы более гладко, чем у лиц, не получавших липоевую кислоту. Из 119 больных, подвергшихся резекции желудка под эндотрахеальным эфирно-закисно-кислородным наркозом, только у одного наблюдалась печеночно-почечная недостаточность. Послеоперационная летальность составила 1,2%.

Отсутствие эффекта витаминотерапии у некоторых больных, а также витаминный дефицит и повышенная потребность организма в витаминах у лиц старше 50 лет навели нас на мысль назначить более высокие дозы липоевой кислоты. Данное положение мы обосновывали и тем, что сроки предоперационной подготовки ограничиваются, как правило, пределами 10 дней, поэтому для более активного насыщения организма пероральная разовая доза липоевой кислоты была увеличена до 50 мг (суточная — до 150 мг). Прием повышенных доз липоевой кислоты у 56 больных с заболеваниями органов пищеварения не сопровождался осложнениями. Лишь у 3 больных отмечен выраженный дискомфорт желудка, а у одной пациентки наблюдалась рвота на 5-й день после приема препарата. После отмены лекарства нежелательные побочные явления прекратились.

ВЫВОДЫ

1. У подавляющего большинства больных старше 50 лет с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки имеются клинические признаки поражения печени, особенно демонстративные при локализации патологии в двенадцатиперстной кишке.

2. Липоевая кислота оказывает положительное влияние на функциональное состояние печени. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности включения ее в комплекс предоперационной подготовки страдающих язвенной болезнью желудка пациентов старше 50 лет.

ЛИТЕРАТУРА

Анисимов В. Е. Биохимия и клиническое применение липоевой кислоты. Казань, 1969.

Поступила 29 марта 1977 г.

УДК 616—009.12+616—009.16]:616.136.43:616.12—008.331/351

КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ В ИНТРАМУРАЛЬНЫХ СОСУДАХ КИШЕЧНИКА И ЖЕЛУДКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕР- И ГИПОТЕНЗИИ

З. М. Сигал

Кафедра хирургии и онкологии (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. М. З. Сигал) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав.—проф. А. А. Агафонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Исследовано кровяное давление в интрамуральных сосудах подслизистого слоя кишечника и желудка во время операции у больных с помощью оригинальной безыглексионной методики. При гипер- и гипотонии выявлены как равно-, так и разнонаправленные сдвиги регионарного и системного артериального давления. Степень сдвига была неодинаковой в разных кишках и при различной выраженности гипер- и гипотонии. Эти состояния могут сопровождаться сглаживанием или исчезновением пульсового давления в интрамуральных артериях. При резкой общей гипотонии в интрамуральных артериях установлен новый показатель гемодинамики: определялась пульсирующая, но не отрывающаяся в систоле от непрерывного потока струя крови. Во всех наблюдениях, кроме одного, зафиксированы колебания кровяного давления, которые оказались обратимыми и не вызвали тяжелых, выраженных нарушений в послеоперационном периоде.

Нами было изучено кровяное давление в сосудах подслизистого слоя кишечника во время операции в период подъема и спада давления независимо от вызвавших их причин, а также в случаях, когда оперированные больные страдали гипертонической болезнью. Мы полагали, что уровень давления во внутрисстеночных сосудах может служить решающим критерием для оценки интрамурального кровообращения и жизнеспособности кишки и желудка при гипер- и гипотониях. Оригинальная бескровная методика определения максимального, минимального артериального и венозного давления в интрамуральных сосудах полых органов и экстраорганных сосудах во время операции описана нами ранее (З. М. Сигал, 1974, 1977). Наиболее существенными являлись показатели давления в сосудах подслизистого слоя, составляющих главный коллектор внутрисстеночного кровотока. Одновременно с измерением давления в интрамуральных сосудах определяли артериальное давление по Короткову на верхней конечности и центральное венозное давление.

Измерение давления в интрамуральных сосудах во время операции проведено у 132 больных. На основании данных измерений давления во внутрисстеночных сосудах различных отделов интактного кишечника у 61 больного при системной нормотонии подсчитаны средние арифметические, стандартные ошибки и отклонения их. Полученные при этом величины можно условно принять за нормальные, должные. В тощей кишке они составляли: максимальное давление — $102,4 \pm 2,9$, минимальное — $73,8 \pm 2,5$, венозное — $37,1 \pm 2,4$ мм рт. ст., в подвздошной — соответственно $70,1 \pm 2,1$, $52,8 \pm 1,8$, $22,3 \pm 1,4$; в слепой — $74,0 \pm 2,8$, $56,2 \pm 2,8$, $22,3 \pm 4,2$; в поперечной ободочной — $84,7 \pm 3,3$, $60,2 \pm 2,9$, $26,7 \pm 2,9$, в сигмовидной — $79,1 \pm 3,4$, $56,3 \pm 2,8$, $19,4 \pm 2,7$ мм рт. ст.

Из общего числа наблюдений мы выделили 4, в которых зафиксирован высокий уровень исходного АД на сосудах верхней конечности до операции, в период индукции в наркоз и в ходе операции.

У больных, страдающих гипертонической болезнью, во время операций отмечено повышение давления в интрамуральных артериях кишечника. Степень сдвига оказалась неодинаковой в разных кишках. При гипертонической реакции во время операции зафиксированы также разнонаправленные сдвиги кровяного давления в интрамуральных артериях, сглаживание и исчезновение пульсового давления. При умеренной гипертонической реакции существенного изменения показателей кровяного давления в интрамуральных артериях может не быть.

Следующее наблюдение иллюстрирует гипертоническую реакцию по ходу операции. У С., 43 лет, с диагнозом рака кардиального отдела желудка с переходом на пищевод, исходное АД до операции было $130/90$ мм рт. ст. В период индукции в наркоз АД на верхней конечности поднялось до $210/130$ мм рт. ст. ВД было равно 140 мм вод. ст. В течение 1 часа 40 мин. максимальное АД на конечности колебалось в пределах $180-210$ мм рт. ст., а затем снизилось до нормальных цифр. Больному вводили внутривенно кокарбоксилазу (100 мг) с витамином С (6 г), $2,4\%$ раствор эуфиллина (5 мл) с 40% раствором глюкозы (5 мл), коргликон ($0,5$ мл), 5% раствор глюкозы (100 мл).

Проведены замеры АД и ВД во внутрисстеночных сосудах тощей, подвздошной и поперечной ободочной кишок в начале операции, тотчас после удаления желудка и к началу ушивания брюшной стенки. При АД на конечности $170/100$ мм рт. ст. и повышенном давлении во внутрисстеночных сосудах тощей и поперечной ободочной кишки АД в сосудах стенки подвздошной кишки оказалось значительно ниже нормы (53 мм рт. ст.). Здесь было зафиксировано нарушение кровообращения, выразившееся в отсутствии пульсации, — непрерывный кровоток. Такие расстройства кровообращения были обнаружены на ограниченном участке подвздошной кишки; в прилежащем к нему отделе максимальное АД было равно 90 , а минимальное — 76 мм рт. ст. При повторных замерах после падения АД в сосудах верхней конечности до $150/100$ мм рт. ст. максимальное и минимальное давление в обоих участках подвздошной кишки оказалось низким ($64/62$, $54/53$ мм рт. ст.), а пульсовое давление приближалось к 0.

У 11 больных зафиксирован низкий уровень АД либо в сосудах верхних конечностей, либо во внутрисстеночных сосудах одной (или нескольких) из следующих областей: желудка, тощей, подвздошной, поперечной ободочной и сигмовидной кишок. Максимальное давление в артериях верхней конечности составляло 100 мм рт. ст. и ниже, тощей кишки — 90 мм рт. ст. и ниже, подвздошной — 50 мм рт. ст. и ниже, поперечной ободочной — 65 мм рт. ст. и ниже, сигмовидной — 45 мм рт. ст. и ниже.

При гипотонических реакциях в ходе операции наблюдается падение АД в интрамуральных сосудах желудка и кишечника. Наиболее низкие показатели давления были зарегистрированы в артериях терминального отдела подвздошной кишки. При гипотонии происходит сглаживание пульсового давления в интрамуральных артериях или исчезновение максимального и пульсового давления. Исчезновение пульсового давления зафиксировано как при низком, так и при достаточно высоком минимальном давлении. Отмечено, что во время системной гипотонии возможно сохранение небольшого уровня пульсового давления при низких показателях минимального давления в интрамуральных артериях. При резкой общей гипотонии в интрамуральных артериях установлен новый показатель гемодинамики: при измерении давления в интрамуральных сосудах подслизистого слоя визуально определялась пульсирующая, но не отрывающаяся в систоле от непрерывного потока струя крови. Повышение системного давления после непродолжительной гипотонии ведет к нормализации давления в интрамуральных сосудах.

Представляет интерес оценка степени нарушения перфузии, учет длительности гемодинамических расстройств. Эти два фактора определяют функциональные нарушения и сохранение или потерю жизнеспособности. В 9 из 11 наших наблюдений зафиксированы колебания, сдвиги, которые оказались обратимыми и не вызвали тяжелых, выраженных нарушений в послеоперационном периоде. Одна больная с диагнозом рака желудка IV ст. умерла через 30 минут после операции. У второй больной, оперированной по поводу правосторонней ущемленной паховой грыжи, в послеоперационном периоде неоднократно был понос. АД в сосудах тонкой кишки после наложения илеотрансверзоанастомоза было 25/18,5 мм рт. ст. при нормальных показателях АД на плече. Энтерит, развившийся в послеоперационном периоде, мы связываем с низким давлением во внутрисстеночных артериях подслизистого слоя кишечника. Пациентка выздоровела.

ВЫВОДЫ

1. При гипертонических и гипотонических реакциях у больных во время операции сдвиги кровяного давления в интрамуральных сосудах различных отделов кишечника и в сосудах верхней конечности могут быть неоднозначными и разнонаправленными (повышение давления в первых и понижение — во вторых, а также обратные отношения).
2. При системной гипертонии, регионарной и системной гипотонии зафиксировано сглаживание или исчезновение пульсового давления в интрамуральных артериях подслизистого слоя кишечника и желудка.
3. Нормализация системного артериального давления после непродолжительных гипер- и гипотонических реакций ведет к нормализации показателей кровяного давления во внутрисстеночных артериях подслизистого слоя кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

Сигал З. М. ДАН СССР, 1974, 3; Исследование кровяного давления и кровотока в интрамуральных сосудах кишечника и других полых органов во время операции (клинико-экспериментальная разработка и применение методов). Автореф. докт. дисс., Казань, 1977.

Поступила 8 февраля 1977 г.

УДК 616.37—002.1

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Проф. Е. С. Карашуров, проф. М. А. Трунин, доц. А. Г. Островский

Кафедра общей хирургии Петрозаводского университета им. О. В. Куусинена, кафедра факультетской хирургии ЛСГМИ

Реферат. Проанализированы истории болезни 326 больных острым панкреатитом. Отмечены некоторые особенности различных форм панкреатита и их частота, обобщены данные о наиболее типичных и о редко встречающихся симптомах.

Нами изучены истории болезни 326 больных острым панкреатитом. В вопросе о частоте заболевания в зависимости от пола имеются определенные разногласия. По сводным данным 75 отечественных и иностранных авторов, женщины составляют 68,9% больных острым панкреатитом [1]. По нашим данным соотношение мужчин и женщин среди больных в возрасте до 40 лет равно 1:1, в возрасте от 41 до 50 лет — 1:2, старше 50 лет — 1:4,5.

Клиника острого панкреатита зависит от функционально-морфологических изменений в поджелудочной железе, обуславливающих форму заболевания.

Чаще всего заболевание возникает внезапно и связано с алиментарным фактором — перееданием, нередко сочетающимся с приемом алкоголя. В. В. Чаплинский и А. И. Гнатышак у 78% больных наблюдали острое возникновение болезни, у остальных отмечался продром в виде умеренных болей и диспептических явлений. Характер и частота клинических симптомов представлены в табл. 1.

Наиболее часто больные жалуются на боли в животе (96%): приступообразные (45,7%), постоянные (22,7%), постепенно нарастающие (22,1%), постепенно стихающие и пр. (9,5%); локализующиеся в эпигастрии (27,6%), опоясывающие (27,6%) или распространяющиеся по всему животу (18,1%). Иногда они иррадируют в лопатку или плечо и реже в грудь. Из-за сильных болей 21,8% больных принимают вынужденное положение на спине, животе или боку. При объективном исследовании пальпация живота оказалась болезненной в 96%. Таким образом, два клинических признака — боль и