

впервые возник приступ болей в области сердца при ходьбе. На ЭКГ — указания на инфаркт передне-боковой стенки левого желудочка. Находился на строгом постельном режиме, состояние оставалось удовлетворительным. Антикоагулянтов не получал. Внезапно ночью 31/X возникло профузное желудочное кровотечение, отмечалась неоднократная обильная рвота кофейной гущей. Кровавая рвота продолжалась около двух суток. Состояние больного было крайне тяжелым. 2/XI был госпитализирован. В больнице кровавая рвота повторилась. После проведенной терапии кровавые рвоты прекратились, состояние улучшилось. Больной поправляется.

У К., 72 лет, в 1956 г. в санатории развился инфаркт миокарда, сопровождавшийся резким вздутием живота и кровавой рвотой. После кардиальной терапии, а также откачивания введенным через нос тонким зондом кровянистой жидкости из желудка состояние улучшилось. Больной поправился и через полгода приступил к работе.

Патогенез острых язв желудка при инфаркте миокарда очень сложен и, вероятно, не может быть объяснен только одним каким-то фактором.

Следует отметить, что все наблюдавшиеся нами больные были пожилого возраста (63—78). Возрастные изменения сосудов желудочно-кишечного тракта, несомненно, явились одним из существенных факторов возникновения желудочных кровотечений при инфаркте миокарда.

Практический врач должен быть осведомлен о возможности подобных осложнений инфаркта миокарда с целью правильной диагностики их и своевременной рациональной терапии (откачивание желудочного содержимого, применение гемостатических средств и т. д.). Чрезвычайно важным является дифференцирование с кровотечением при язвенной болезни, т. к. при последней кровотечение подчас связано с эрозией крупного сосуда, что, особенно при каллезных язвах, может требовать оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астрожникова Ю. В., Никитина В. П. Тер. арх. 1964, 9. — 2. Василенко В. Х., Мелихова М. Ю. Клин. мед. 1959, 2. — 3. Данилян И. Г. Тер. арх. 1962, 5. — 4. Ласкин С. Б. Клин. мед. 1962, 6. — 5. Лукомский П. Е., Соловьев В. В., Володин Н. М. Там же, 1963, 10. — 6. Розанов Б. С. Желудочные кровотечения и их хирургическое лечение. Медгиз, М., 1960. — 7. Тетельбаум А. Г. Клинические типы и формы стенокардии и начало инфаркта миокарда. Медгиз, М., 1960. — 8. Шелагуров А. А., Соколов Е. И. Клин. мед. 1963, 10.

Поступила 31 декабря 1964 г.

УДК 616.33—002.44—615.7

ГЕКСОНИЙ В ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В. В. Талантов

Кафедры госпитальной терапии № 1 и № 2 (зав. — проф. А. Г. Тергулов и проф. К. А. Маянская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Среди методов и средств патогенетической терапии язвенной болезни видное место отводится в настоящее время ганглиоблокирующим средствам. Одним из наиболее эффективных ганглиолитиков в терапии язвенной болезни является гексоний (гексаметоний).

По экспериментальным данным и клиническим наблюдениям гексоний, воздействуя на Н-холинореактивные структуры преганглионарных синапсов симпатической и парасимпатической нервной системы, а также на некоторые структуры центральной нервной системы, оказывает нормализующее влияние на трофику, секреторную и моторную функции желудка. Единичные исследования действия гексония на тонус и двигательную функцию кишечника позволяют предполагать положительное влияние препарата на нарушенную моторику кишечника при язвенной болезни. Экспериментальные данные о влиянии гексония на центральную и периферическую регуляцию сосудистого тонуса дают основание полагать, что гексоний оказывает нормализующее влияние и на извращенную при язвенной болезни регуляцию сосудистого тонуса.

Под наблюдением находилось с язвой двенадцатиперстной кишки — 63 и с язвой желудка — 5 больных.

Секреторная, кислотообразовательная, двигательно-эвакуаторная функции желудка изучались в динамике методом К. М. Быкова и И. Т. Курцина у 37 больных, у остальных — фракционным методом с алкогольным завтраком по Эрману. Тонус и двигательно-эвакуаторная функция желудка, тонкого и толстого кишечника изучались

комплексным рентгенологическим методом в модификации К. А. Маянской. О лабильности сосудистого тонуса мы судили по данным термотопографии кожи в 16—22 точках IV—XI меамеров туловища, лица, конечностей (по величине термоасимметрии и межсегментарной разницы температуры).

Больные находились в стационарных условиях на общепринятой для язвенных больных диете.

Курс лечения гексонием состоял в зависимости от индивидуальной реакции и лечебного эффекта из подкожных инъекций 1—2 мл 2% раствора 2 раза в день в течение 20—25 дней.

Мы не применяли гексоний тем больным, которые в ответ на пробное введение 0,75 мл 2% раствора его реагировали снижением АД на 15—20 мм в течение 30—90 мин. Таких больных было немного. Других медикаментов, помимо гексония, больные, как правило, не получали.

Полное купирование болевого синдрома и дискинетических расстройств мы получили у 58 больных, причем у 40 — в первую, у 15 — во вторую и у 3 — в третью декаду лечения. Большинство больных с относительным эффектом лечения были в пожилом возрасте. Меньший эффект получен при осложнении язвенного процесса местным перивисцеритом (перидуоденит, перигастрит), наблюдавшимся преимущественно при большой длительности заболевания.

Установлен благоприятный эффект терапии гексонием на трофику желудка, что подтверждалось закономерным сглаживанием гастритических изменений рельефа слизистой желудка, исчезновением симптома «ниши» у 42 и уменьшением ее размера у 17 больных на сроках 3—4 недели от начала лечения. У 2 больных «ниша» сохранилась без изменений; у 7 больных до и после лечения рентгенологически обнаружена только рубцовая деформация луковицы.

У большинства больных на фоне лечения гексонием констатирована нормализация секреции и кислотности желудочного сока, причем секреторная функция более подвержена нормализации и снижению, чем кислотообразовательная.

Мы наблюдали в сложнорефлекторную фазу понижение секреции желудочного сока у 28 больных, она осталась без изменения — у 4 и повысилась — у 5, между тем как кислотность снизилась только у 20, осталась без изменений — у 10 и повысилась — у 7.

Сопоставление воздействия гексония на секреторную, кислотообразовательную функции в сложнорефлекторную и нейро-химическую фазы желудочной секреции позволяет высказаться в пользу преимущественного влияния препарата на первую фазу, в которой секреция желудочного сока понизилась у 28, тогда как в нейро-химическую фазу — только у 16. Этот факт находит объяснение в свете экспериментальных данных о преимущественном влиянии ганглиоблокирующих средств на сложнорефлекторную регуляцию желудочной секреции (эксперименты П. П. Денисенко с минимым кормлением) и др.

Отмечены определенные закономерности в динамике типов желудочной секреции. До лечения нормальный тип желудочной секреции был у 7, возбудимый — у 23, тормозной — у 2, астенический — у 3, инертный — у 2 больных, после лечения нормальный — у 17, возбудимый — у 8, астенический — у 1, инертный — у 11 больных. Факт перехода возбудимого типа секреции в инертный (9 больных), астенического — в нормальный (3) вытекает из преимущественного угнетения у больных под влиянием гексония сложнорефлекторной — первой фазы желудочной секреции.

Контрольные исследования методом Быкова — Курцина у 37 больных позволили установить улучшение показателей тонуса желудка у подавляющего числа больных. До лечения тонус был повышен у 17 и в норме — у 20, после лечения соответственно — у 5 и у 32. Рентгенологически до лечения тонус был повышен у 38, в норме — у 29 и понижен — у одного, после лечения соответственно — у 4, у 62 и у двух больных.

Ритм, темп, сила и характер перистальтической деятельности желудка также претерпевали благоприятные изменения. До лечения при гастрографии гиперкинезии констатированы у 23, а после лечения — только у 6; нормальный тип гастрограмм до лечения получен у двух, а после — у 21 больного. Эти данные согласуются с результатами рентгенологического исследования.

Нормализация тонуса и моторики желудка у ряда больных сопровождалась восстановлением эвакуаторной функции. Из 32 больных с нарушенной по остатку пробного завтрака эвакуаторной функцией желудка последняя изменилась в положительную сторону у 17.

По рентгенологическим данным, до лечения эвакуация контраста из желудка была ускорена — у 25, астенического типа — у 24, замедленная — у 8, нормальная — у 11 больных. После лечения ускоренная эвакуация наблюдалась у 11, астенического типа — у 7, замедленная — у 12 и нормальная — у 38 больных.

Результаты исследования тонуса, моторики и эвакуации из желудка, полученные рентгенологически и тонометрически у одних и тех же больных, были однотипны.

Положение об однотипности результатов исследования двигательной-эвакуаторной функции желудка рентгенологическим и гастротометрическим методом с определенным эвакуацией остатка завтрака совпадает с данными Н. У. Шнигер, П. И. Шилова и Ю. И. Фишон-Рыс.

При комплексном рентгенологическом исследовании пищеварительного тракта на высоте обострения язвенной болезни у всех больных закономерно обнаруживались сопряженные расстройства двигательной функции тонкого и толстого кишечника. Нарушение двигательной функции тонкого кишечника выражалось в различной степени гипертонии и гиперкинезии, нередко — с выраженными спастическими реакциями. Пользуясь классификацией, разработанной в клинике К. А. Маянской, мы различали гиперкинетические дискинезии тонкого кишечника I и II ст. и спастическую аритмическую дискинезию. Из 66 больных с сопряженными функциональными расстройствами тонкого кишечника в фазе обострения язвенной болезни нормализация тонуса и двигательной функции под влиянием проведенного лечения получена у 63 больных. У 37 больных эта нормализация оказалась полной, у остальных — относительной.

Нарушения двигательной функции толстого кишечника в фазе обострения язвенной болезни наблюдались у 65 из 68 больных и выражались в гипертонии с замедлением продвижения содержимого кишечника и нарушением координации движений смежных сегментов, спастическими реакциями, изолированными стазами по ходу толстого кишечника и общим замедлением продвижения содержимого кишечника.

Из 65 больных, у которых до лечения обнаружены нарушения тонуса и двигательной функции кишечника, после лечения гексонием у 51 больного наблюдалось восстановление этих функций, из них у 27 — до полной нормализации.

Данные рентгенологических исследований соответствуют данным клиники: из 47 больных со спастическими запорами у 27 после лечения стул стал нормальным.

Согласно нашим наблюдениям, нормализация функциональных двигательных расстройств тонкого и толстого кишечника более закономерна при неосложненной язвенной болезни, где рентгенологически регистрируется исчезновение «ниши» и параллельно улучшается тонус и двигательная функция желудка.

Сопряженные двигательные расстройства кишечника более стойки при осложненных рубцовых процессах и местных перивисцеритах.

Благоприятное влияние гексония на сопряженные двигательные расстройства тонкого и толстого кишечника обеспечивается несколькими моментами.

Известно, что патологические интероцептивные влияния с пилородуоденальной зоны у больных язвенной болезнью поддерживают течение самого язвенного процесса и являются источником сопряженных двигательных расстройств кишечника. Благоприятное действие препарата на патоморфологический субстрат болезни как источник патологической интероцепции сказывается положительно и на сопряженных реакциях. Кроме того, гексоний угнетает висцеро-висцеральные рефлексы кишечника, тормозит тонус и моторику кишечника, воздействуя на Н-холинореактивные структуры эфферентных путей.

Повторные исследования термотопографии кожи как у здоровых, так и у больных язвенной болезнью показали подвижность термотопографических данных, характеризующихся сменой абсолютной величины, правого или левого преобладания температуры, а также перемещением зоны максимальной термоасимметрии. Это позволяет считать патологическую лабильность сосудистого тонуса проявлением нарушения высшей нервно-вегетативной сосудистой регуляции. Это положение подтверждается и тем фактом, что у больных молодого возраста, у которых обычно более выражены нервно-вегетативные нарушения, сосудистый тонус более лабилен, чем у лиц пожилого возраста, где на первое место в генезе заболевания выступает трофический компонент.

У больных язвенной болезнью в стадии обострения по сравнению с контрольной группой закономерно отмечалась повышенная лабильность сосудистого тонуса по показателям термотопографии кожи.

Максимальная термоасимметрия превышала физиологические нормы у всех 68 больных: у 25 она находилась в пределах 0,4—0,6°, у 28 — 0,7—0,9°, у 9 — 1,0—1,2° и у 6 — более 1,2°.

Максимальная межсегментарная разница превышала физиологические нормы у 63 лиц. Наши данные о повышении лабильности сосудистого тонуса у язвенных больных по термотопографическим показателям совпадают с литературными материалами.

Повторными исследованиями термотопографии кожи в процессе лечения установлено значительное улучшение показателей лабильности сосудистого тонуса. После лечения термотопографические показатели превышали известные физиологические нормы только у 14 больных, причем отмечен определенный параллелизм в быстроте купирования болевого синдрома и динамики лабильности сосудистого тонуса.

Сопоставление динамики различных изученных нами функций пищеварительного тракта и лабильности сосудистого тонуса в процессе лечения язвенной болезни гексонием позволяет высказаться о нормализации в большей степени лабильности сосудистого тонуса, затем тонуса и двигательной функции желудка и тонкого, а также толстого кишечника.

Учитывая выраженное положительное влияние гексония на функциональное состояние желудочно-кишечного тракта, а также на состояние лабильности сосудистого тонуса, нарушения которых имеют большое значение в генезе и клинических проявлениях заболевания, следует считать гексоний эффективным средством в комплексной терапии язвенной болезни.

1. Альперович Я. А. Тер. арх. 1956, 1.—2. Белорыбкина Л. И., Булыгин И. А., Петрова Н. С. Научн. конф. «Механизмы кортико-висцеральных взаимоотношений», Баку, 1960.—3. Денисенко П. П. В кн. «Ежегодн. ин-та экспер. мед. АМН СССР». Вильнюс, 1957.—4. Закусов В. В. и Ульянова О. В. Бюлл. экспер. биол. и мед. 1960, 1.—5. Маянская К. А. Содружественные и функциональные заболевания органов пищеварения в рентгенологическом освещении. Автореф. дисс. Казань, 1949.—6. Рысс С. М. и Поваляева А. Т. Тр. I Всесоюз. съезда терапевтов. М., 1959.—7. Теппер П. А. и Каменский А. И. Тез. конф., посвящ. теорет. обснов. клинич. применения ганглиоблокир. и курареподобных средств. Л., ИЭМ, 42, 1957.

Поступила 28 ноября 1963 г.

УДК 616.33—089.87

ПЕРВИЧНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ПРОБОДНЫХ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

А. Ф. Попов, Р. А. Гарштейн

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. **Н. В. Соколов**) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе хирургического отделения 12-й городской больницы (главврач — Т. М. Барышева)

Лучшим способом лечения хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки всеми хирургами признается резекция желудка. По данным ряда авторов (Е. Л. Березов, Б. А. Петров, А. Т. Лидский, С. С. Юдин и др.), после резекции желудка в 90—95% отмечены хорошие и удовлетворительные результаты. Не менее благоприятны исходы после резекции желудка при прободных гастро-дуоденальных язвах (С. С. Юдин, Б. А. Петров, А. Т. Лидский, Н. И. Козинцев, В. П. Вознесенский и др.). По данным Л. В. Полуэктова, хорошие и удовлетворительные результаты после первичной резекции желудка отмечены у 97,1%. В 30% повторные оперативные вмешательства на желудке производятся после ушивания прободных язв с 16,6% плохих результатов и количеством послеоперационных осложнений в 2 раза больше, чем после первичных резекций. Однако первичная резекция желудка не всеми хирургами признается методом выбора. Она ограничивается рядом условий и порой разноречивых противопоказаний. Так, например, В. И. Стручков считает, что прободные гастро-дуоденальные язвы в молодом возрасте не подлежат резекции. Простое ушивание, по его данным, в 70%, а ушивание «немых» язв — в 85% приводит к выздоровлению. Той же точки зрения придерживаются А. Н. Бакулев и Б. А. Петров. С. С. Юдин на основании изучения большого числа непосредственных и отдаленных результатов пришел к выводу о целесообразности первичных резекций и в молодом возрасте, так как простое ушивание не гарантирует ни от рецидивов, ни от осложнений. По данным Д. В. Усова, на 245 ушитых перфоративных язв у лиц молодого возраста хорошие отдаленные результаты получены у 18,9%, удовлетворительные — у 34,9%, а плохие — у 46,2%.

Весьма условно установлена верхняя возрастная граница для первичной резекции. Одни допускают возможность произвести резекцию желудка при прободных язвах лишь в возрасте до 45—50 лет. Лицам более старшего возраста рекомендуют только ушивание. Другие авторы (Д. М. Далгат, Н. И. Козинцев, Ю. М. Орленко) с учетом общего состояния больного, ранних сроков с момента прободения и характера прободной язвы (стенозирование, каллезные края, перерождение) считают возможным расширить показания к резекции на более старший возраст.

Ряд хирургов учитывает время, прошедшее с момента перфорации: в первые 6 часов рекомендуют резекцию желудка, а позднее — только ушивание. Д. М. Далгат при решении вопроса о резекции считает не со временем, прошедшим после перфорации, а со степенью выраженности воспалительных изменений в брюшной полости.

Некоторые авторы возможность первичной резекции желудка связывают с условиями работы хирурга и его квалификацией.

За последние 7 лет (1956—1962) в хирургическом отделении больницы № 12 Казани экстренному оперативному вмешательству по поводу прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки подверглось 222 человека. У 4 язвы перфорировала повторно на разных сроках после ранее произведенного ушивания. Ушивание прободных язв произведено у 182 (82%), первичная резекция желудка — у 40 (18%) больных. Небольшое число первичных резекций желудка — следствие излишней осторожности, а иногда и нерешительности некоторых дежурных хирургов.