

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ

Доц. Н. А. Бирг

Терапевтическое отделение (зав.— Н. А. Бирг) медсанчасти заводов электротехнической промышленности г. Чебоксар (главрач— Н. А. Вологин) и Чувашский университет им. И. Н. Ульянова

Желудочно-кишечный тракт, наряду с мозговой тканью, относится к числу органов и систем, наиболее интенсивно потребляющих кислород и весьма чувствительных к гипоксии. Следует считать установленным значение кислородной недостаточности в патологии органов пищеварения и целесообразность оксигенотерапии при ряде заболеваний этой системы. В 1964 г. Н. Н. Сиротининым был предложен метод введения в желудочно-кишечный тракт кислородной пены. Простота и доступность процедуры позволяют широко пользоваться желудочной оксигенотерапией [1, 2 и др.].

Под нашим наблюдением находилось 310 больных язвенной болезнью (240 мужчин и 70 женщин). У 263 из них язва локализовалась в желудке, у 47 — в двенадцатиперстной кишке. 267 больных были в возрасте от 21 до 50 лет, 15 — в возрасте 20 лет и моложе, 28 — старше 50 лет. Давность заболевания была от 1 года до 37 лет. Наличие характерного болевого синдрома, диспепсических расстройств, данные рентгенологического и электрогастрографического (ЭГГ) исследования (высоковольтный тип зубцов с увеличением частоты и аритмией потенциалов) и результаты лабораторного исследования указывали на обострения язвенной болезни. Лечебный комплекс включал диету- и витаминотерапию, прием холинолитиков, антацидов, физиотерапевтические процедуры и др. Кроме того, 220 больным вводили внутрижелудочно кислородную пену. 90 чел. оксигенотерапию не получали.

Пена образовывалась при пропускании кислорода через смесь, состоящую из одного яичного белка и 30 г сиропа шиповника на 300 мл воды, и поступала к больному через резиновую трубку со стеклянным наконечником. В течение одной процедуры продолжительностью 4—5 мин. больной принимал 0,8—0,9 л пены. Введение кислорода производилось 2 раза в день. Курс продолжался 10—14 дней и состоял из 20—28 процедур. Лечение кислородным коктейлем больные переносили обычно вполне удовлетворительно. Побочные явления наблюдались только у 21 больного (у 16 — тошнота, у 2 — изжога, у 3 — вздутие живота, сопровождавшееся болевыми ощущениями). Снижение количества вводимого кислорода позволило устранить побочные явления у 5 больных, у 16 оксигенотерапию пришлось отменить.

Эффективность метода внутрижелудочного введения кислорода при язвенной болезни подтверждают клинические данные, а также лабораторные и функциональные исследования. Под влиянием коктейля в более ранние сроки происходит уменьшение и исчезновение болевого синдрома и диспепсических явлений. Внутрижелудочное введение кислорода способствует нормализации белкового спектра крови, снижению гиперхромии. Наблюдается нормализующее влияние на функциональную деятельность желудочных желез, печени, поджелудочной железы и кишечника.

Следует отметить, что введенный в желудок кислород, помимо рефлекторного влияния, имеет значение и в общем кислородном балансе организма. Расчет показывает, что желудочная оксигенотерапия может быть достаточна для некоторого повышения насыщения кисло-

родом артериальной крови в течение довольно продолжительного времени.

При оксигеметрическом исследовании 216 язвенных больных до и после лечения, в том числе 161 с применением кислородного коктейля, установлено положительное влияние оксигенотерапии на содержание кислорода в артериальной крови (статистически достоверное увеличение концентрации O_2 , $P < 0,001$). Некоторый рост кислородного насыщения артериальной крови наблюдался и у больных, не получавших кислородной пены, но закономерности различия в колебании показателей до и после лечения статистически не подтверждаются ($P > 0,2$).

У 127 больных (в том числе у 87 получавших кислородный коктейль и у 40 не получавших его) изучены ЭГГ до и после лечения (см. табл.).

Некоторые показатели двигательной деятельности желудка по данным ЭГГ у язвенных больных до и после лечения

Период исследования	Всего больных	Число потенциалов			Величина потенциалов, мВ		
		М	$\pm m$	P	М	$\pm m$	P
До лечения	127	3,82	0,02		0,45	0,02	
После лечения	127	3,54	0,02	$< 0,001$	0,33	0,03	$< 0,001$
В том числе:							
без O_2 -терапии	40	3,79	0,08	$> 0,05$	0,36	0,03	$< 0,02$
с O_2 -терапией	87	3,43	0,04	$< 0,001$	0,30	0,06	$< 0,01$

Таким образом, уменьшение числа электрических потенциалов ЭГГ статистически достоверно у больных, получавших оксигенотерапию ($P < 0,001$), и не существенно — у больных, не получавших ее ($P > 0,05$). Величина биоэлектрических потенциалов после лечения также достоверно снижается ($P < 0,001$), причем более выражено при применении O_2 -терапии ($P < 0,01$), хотя и без нее уменьшение также существенно ($P < 0,02$).

Приведенные выше данные подтверждают целесообразность внутривенной оксигенотерапии при язвенной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заноздра Н. С., Нужный Д. А., Крищук А. А., Иванова И. Ю. Врач. дело, 1965, 8.—2. Толмачева Е. А. Вopr. пит., 1968, 2.

УДК 616. 33—002. 44—616—001. 5—089

ОПЕРАТИВНОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

В. М. Поляков

Медико-санитарная часть НГДУ «Алметьевнефть» (главрач — М. В. Турханова, зав. хирургическим отделением — В. М. Поляков)

Самым опасным острым осложнением язвенной болезни, требующим неотложной помощи, является перфорация язвы. В нашей практике перфоративные язвы встретились у 1,5% оперированных экстренных больных. У 5% больных (преимущественно людей молодого возраста) до перфорации отсутствовал язвенный анамнез. У мужчин перфорация язвы наблюдалась в 20 раз чаще, чем у женщин.