

родом артериальной крови в течение довольно продолжительного времени.

При оксигемометрическом 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		
		M	$\pm m$	P	M	$\pm m$	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., Иванникова И. Ю. Врач. дело, 1965, 8.—2. Толмачева Е. А. Вопр. 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 «Альметьевнефть» (главврач — 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.

С 1960 по 1970 г. в стационаре медсанчасти лечилось 155 больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 147 (95%), женщин — 8 (5%). Самому молодому больному было 18 лет, самому пожилому — 73 года. Наибольшее число больных было в возрасте от 30 до 50 лет (120 чел., или 78%). Прободения наступили зимой у 32 больных, весной — у 35, летом — у 33, осенью — у 55. Наибольшее количество перфораций язв по месяцам падает на май — 23 (15%) и сентябрь — 20 (13%), минимальное — на апрель — 6 (4%) и август — 2 (1%). В первую половину суток (с 3 до 15 часов) произошло 69 перфораций, во вторую (с 15 до 3 часов ночи) — 86. Большинство перфораций наблюдалось через 3—4 часа после приема пищи, у 11 больных — в праздничные дни от перенаполнения желудка и злоупотребления алкоголем. 18 больных поступили в состоянии опьянения.

Прободных язв желудка было 52%, прободных язв двенадцатиперстной кишки — 48%. В пилородуоденальной области локализовалось 67% язв, из них в пилорическом отделе желудка — 39%, в теле — 10%, по малой кривизне — 5%. Все язвы, кроме одной, локализовались на передней стенке. Диаметр перфоративного отверстия у 82% больных был менее 1 см, у 18% превышал 1 см.

Сроки поступления больных с момента прободения приведены в табл. 1.

Таблица 1

Сроки с момента прободения (в часах)	Число больных	
	абс.	%
До 6	127	82
" 12	16	10
" 18	5	3,2
" 24	3	2
Более 24	4	2,8

82 больных поступили в первые 6 часов с момента перфорации.

Из 17 больных, поступивших в стационар на сроках от 6 до 12 часов, 16 были доставлены из села. Отдаленность населенных пунктов, несомненно, сказалась на времени доставки. Исходы лечения этой группы больных удовлетворительные. Все они были оперированы в первый час после поступления. У 1 больного заболевание осложнилось пневмонией, у 1 — общим перитонитом, у 2 рана зажила вторичным натяжением. 5 чел. были доставлены в промежутке от 12 до 18 часов, 3 — от 18 до 24 часов после перфорации. Более чем через сутки с момента прободения язвы поступило 4 больных. Все они были доставлены из села. 1 больной лечился сам, за помощью не обращался. 2 больных сначала поступили в участковую больницу, где диагноз сразу не был поставлен.

Распознать перфоративную язву не всегда легко. Из 155 больных с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки 38 (25%) были доставлены с ошибочными диагнозами. Сюда не входят 4 больных, которые были направлены с ошибочным диагнозом перфоративной язвы. У 18 больных в направлении был указан диагноз «острый живот», у 15 — «острый аппендицит», у 3 — «кишечная непроходимость», у 2 — «острый холецистит».

К сожалению, и в больнице были допущены диагностические ошибки. 4 больных были оперированы с диагнозом перфоративной язвы. В ходе операции у 2 больных был установлен острый перфоративный аппендицит, у 1 — острый мезаденит и у 1 — перфорация тонкой кишки.

Из числа оперированных по поводу прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки ошибочный дооперационный диагноз был поставлен у 11 чел. (7%). Все они оперированы с диагнозом «острый аппендицит». Операцию мы начинали с аппендикулярного разреза. Производили ревизию червеобразного отростка и анализ выпота. При наличии признаков перфоративной язвы (примесь пищи в выпоте) делали срединную лапаротомию. У 5 больных в анамнезе не было язвенной болезни.

Значительную помощь в постановке диагноза оказывает анамнез, однако из 146 больных, у которых нам удалось собрать анамнез, у 29 (20%) не было данных о предшествующем заболевании желудка, у 20 (14%) была язвенная болезнь, у 36 (25%) — хронический гастрит, остальные указывали на тупые боли в подложечной области.

Мы отдаем предпочтение зашиванию прободных язв. Такая операция дает меньшую летальность (средняя — 2—3%). У нас на 155 перфораций язв после операции умерло 3 больных (1,9%).

Виды произведенных операций представлены в табл. 2.

Таблица 2

Ушивание язвы				Резекция желудка	Дренирование	Всего
узловатый двухэтажный шов	кисетный шов	тампонада сальником по П. Н. Поликарпову	тампонада сальником с кисетом			
18	16	69	44	7	1	155

Применяя чаще всего тампонаду язвенного отверстия сальником, мы убедились, что данная операция не вызывает сужения привратника и технически легко выполнима. У 44 больных был использован комбинированный метод: сначала накладывали вокруг язвы кисетный шов, пока не завязывая его, затем производили тампонаду сальником по П. Н. Поликарпову, после чего затягиванием кисета до некоторого сужения просвета язвы достигали большей герметичности и лучшей фиксации сальниковой пробки в язве.

При проведении операций по поводу перфоративной язвы в 65% была применена местная новокаиновая анестезия по А. В. Вишневному, в 17% — эфирный наркоз, в 12% операцию начинали под местным обезболиванием и завершали под наркозом, в 6% операцию выполняли под интубационным эндотрахеальным наркозом.

Послеоперационный период осложнился у 10% больных. Общий перитонит был у 4 больных, пневмония — у 5, нагноение раны — у 4, лигатурный свищ — у 1, расхождение швов язвы и кровотечение — у 1.

Во время операции мы придавали большое значение тщательному осушению брюшной полости и применению дренажей для введения антибиотиков в брюшную полость и дренирования. В качестве дренажей использовали хлорвиниловые микроирригаторы и резиновые трубки. Дренажи вставляли в разных комбинациях: один дренаж в нижний угол раны — у 59 больных (38%), в рану и в правую подвздошную область — у 34 (22%), в подвздошную область — у 26 (17%), к язве — у 16 (10%). Только у 20 чел. (13%) операция заканчивалась без вставления дренажей. Послеоперационный период у больных без дренажей протекал тяжелее.

Больным, оперированным под местным обезболиванием, внутривенно во время операции вводили противошоковую жидкость (300 мл), 0,25% раствор новокаина капельно (100—200 мл), раствор полиглюки-

на, гидролизина. В показанных случаях переливали кровь. До операции многим больным вводили литические смеси. В палате больному на функциональной кровати придавали фовлеровское положение.

В течение 2—4 дней больному вводили подкожно до 3 л физиологического раствора и 5% раствора глюкозы и внутривенно 40% раствор глюкозы, 10% раствор NaCl (50—80 мл). Для профилактики легочных осложнений назначили инъекции камфары, банки, дыхательную гимнастику.

При парезе кишечника вводили прозерин, карбохолин, нибуфин, промывали желудок, дренировали его через нос, вводили антибиотики под мечевидный отросток и по дренажам. Повторяли поясничные новокаиновые блокады. Пить разрешали со 2-х суток, кушать — с 3—4-го дня (жидкую пищу), присаживаться — с 3—4-го дня, ходить — с 5—6-го дня. Швы снимали на 8—9-й день. Выписывали больных на 10—11-й день.

Все оперированные больные находятся сейчас на диспансерном наблюдении в течение 6 месяцев и получают лечение от язвенной болезни.

УДК 614. 777

АКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ У ДЕТЕЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ РАЗЛИЧНОГО СОЛЕВОГО СОСТАВА

Р. Х. Гарифзянова

*Курс коммунальной гигиены (зав. — доц. Н. И. Петухов) Казанского ордена Трудового
Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Мы изучали влияние питьевой воды, содержащей различное количество солей, на активность некоторых пищеварительных ферментов у детей, особое внимание уделяя при этом воздействию сульфатов. Исследованы 3 группы детей в 3 населенных пунктах с различным солевым составом питьевой воды.

В первом населенном пункте (1-я гр. детей, контрольная, 37 чел.) питьевая вода имела следующий состав: общая минерализация — 264 мг/л, Са — 48,4 мг/л, Mg — 14,9 мг/л, Cl — 13,3 мг/л, SO₄ — 38,04 мг/л, HCO₃ — 137,20 мг/л, Na — 10,20 мг/л, K — 2,01 мг/л, общая жесткость — 3,56 мг/экв.; во втором (2-я гр. детей, 21 чел.) — общая минерализация — 733 мг/л, Са — 121,8 мг/л, Mg — 102,7 мг/л, Cl — 16,8 мг/л, HCO₃ — 254,20 мг/л, Na — 15,0 мг/л, K — 2,5 мг/л, общая жесткость — 10,90 мг/экв., SO₄ — 220,00 мг/л; в третьем (3-я группа детей, 49 чел.) — общая минерализация — 1233 мг/л, Са — 234,9 мг/л, Mg — 62,4 мг/л, Cl — 11,4 мг/л, HCO₃ — 457,6 мг/л, Na — 15,5 мг/л, K — 1,9 мг/л, SO₄ — 450,0 мг/л, общая жесткость — 18,0 мг/экв.

Все дети были практически здоровы, не болели в последний год никакими желудочно-кишечными заболеваниями, посещали интернатные группы детских садов и жили в том же микрорайоне, где находился детский сад. Возраст детей — от 4 до 6 лет. Питание детей всех групп не имело существенных различий. Суточные рационы питания составлялись из одних и тех же продуктов. Питьевая вода, потребляемая детьми, как видно из изложенного выше, имела различие по жесткости, общей минерализации, количеству сульфатов, Са, Mg и гидрокарбонатов. По количеству хлоридов, Na, K питьевые воды существенных различий не имели. У детей 1-й и 3-й группы определялось количество Са методом А. В. Гвоздкова (1967) и неорганических