

Введение 0,5 г питьевой соды (щелочной, тест) натощак или на фоне стимуляции вызывало повышение pH. Одновременно проводимая ЭГГ регистрировала увеличение амплитуды электрических колебаний независимо от исходного состояния кислотности, что указывало на активацию моторно-эвакуаторной функции желудка. Параллельно восстановлению кислотности происходило постепенное снижение амплитуды ЭГГ.

После лечения констатируется ослабление интенсивности базального и стимулированного кислотообразования, однако нормального уровня оно не достигло. Это лишь раз подтверждает необходимость продолжения профилактической терапии и пребывания больных на курорте. Повторная радиотелеметрия выявила повышение интрагастрального pH, базального и стимулированного, в среднем соответственно с 1,37 до 1,48 и с 1,0 до 1,11. На снижение интенсивности кислотообразования указывало увеличение длительности нейтрализующего эффекта 0,5 г бикарбоната натрия (натощак — на 4,5 мин. и на фоне стимуляции — на 3,2 мин.), а также замедленное восстановление pH после пробного завтрака (в среднем на 3,2 мин.).

Как правило, клиническое улучшение сопровождалось и положительной динамикой ЭГГ. Исчезали признаки «раздражения» желудка (восстанавливался ритм, снижалась амплитуда тонических сокращений, исчезала разноамплитудность и пикообразность зубцов).

Радиотелеметрия и электрогастрография, выполненные синхронно, наглядно продемонстрировали, что клиническая ремиссия у больных язвенной болезнью сопровождается снижением кислотообразования и моторики, восстановлением нормальных физиологических взаимоотношений между кислотообразовательной и моторной функцией желудка, нарушенных в стадии обострения.

ЛИТЕРАТУРА

Калиниченко В. В. Тер. арх., 1967, 8.

Поступила 8 октября 1973 г.

УДК 616.33—002.44:612.322

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ОКСИФЕРРИСКОРБОНА НАТРИЯ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Проф. В. В. Трусов, Я. М. Вахрушев

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. Л. А. Лещинский) Ижевского медицинского института

Среди большого количества средств, применяемых для лечения язвенной болезни, особое место занимают стимуляторы регенерации. К их числу относится оксиферрискорбон натрия.

В настоящем сообщении мы приводим результаты лечения этим препаратом 72 больных язвенной болезнью (65 мужчин и 7 женщин). У 61 из них язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке и у 11 — в желудке. 16 чел. были в возрасте до 30 лет, 32 — от 31 года до 40 лет, 18 — от 41 года до 50 лет и 6 — старше. У 5 больных язва выявлена впервые, у 37 длительность заболевания была от 1 до 3 лет, у 8 — от 4 до 10 лет и у 10 — свыше 10 лет. Все больные поступали в стационар в стадии обострения заболевания. У 32 чел. констатированы сопутствующие заболевания пищеварительной системы (у 20 — хронический холецистхопанкреатит, у 14 — хронический колит и у 2 — хронический панкреатит).

Оксиферрискорбон натрия назначали по 1 ампуле (0,03 г сухого вещества) в 3 мл физиологического раствора внутримышечно 1 раз в день. Курс лечения — 20 дней.

При оценке клинической эффективности изучаемого препарата мы уделяли большое внимание динамике самочувствия больных, результатам физикального исследования. О функциональном состоянии желудка судили по данным рентгеноскопии и рентгенографии. У всех больных дважды проводили гастродуоденоскопию и дуоденоскопию с помощью гастроскопа и дуоденоскопа (Л. А. Риффель). Двигательную функцию желудка оценивали электрогастрографически. Определяли также секреторную и кислотообразующую функцию (по часовому дебиту свободной HCl) желудка, пепсин желудочного сока, пепсиноген крови и уропепсин по методу В. Н. Туголукова (1962); концентрацию гастромукопротеина по Глассу и Бойду; электролиты — методом пламенной фотометрии; гекозсы, связанные с белками, в желудочном содержимом. Экскреторную функцию слизистой желудка изучали оригинальным методом по элиминации внутривенно введенного 131 . Кроме того, в процессе лечения исследовали функциональное состояние печени и всасывательную функцию тонкого кишечника.

В результате лечения у 55 чел. боли прекратились, у 13 уменьшились и у 4 остались без изменений. Защитное напряжение мышц брюшной стенки, выявленное до лечения у 26 больных, полностью исчезло у 22. Болезненность при пальпации брюшной стенки держалась несколько дольше спонтанных болей и прошла полностью к концу курса терапии у 33 больных из 42.

В первые 10 дней терапии у всех больных исчезли рвота, тошнота и повышенная саливация. Изжога и отрыжка часто носили упорный характер. Как правило, они уменьшались на 6—10-й день терапии и прекращались у части больных лишь к концу курса терапии. Положительный лечебный эффект сопровождался исчезновением метеоризма и урчания в животе. При запорах действие препарата было менее выраженным. Улучшался аппетит и сон, повышался вес у больных с пониженной упитанностью (в среднем на 2,1 кг).

У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной профузным кровотечением, терапия наряду с улучшением самочувствия сопровождалась нарастанием гемоглобина в крови. Оксиферрискорбон натрия оказывал положительное действие и у больных язвенной болезнью с сопутствующим холестиохолангитом.

При гастро- и дуоденоскопии, рентгенографическом обследовании у 53 больных до лечения был выявлен дефект слизистой (язва), а у остальных — косвенные признаки язвенной болезни. Повторное обследование показало, что у 35 больных язва полностью зарубцевалась, у 12 уменьшились ее размеры и у 6 она осталась без изменений. В ходе наблюдений мы могли убедиться, что действие оксиферрискорбона натрия зависит от местоположения язвы. При локализации язвы в двенадцатиперстной кишке полное заживление отмечено у 40 из 42 больных, при язве желудка — лишь у 7 из 11 чел.

В процессе терапии выявлена весьма четкая положительная динамика в функциональном состоянии желудка. Двигательная функция желудка по данным ЭГГ при первичном исследовании у большинства больных оказалась нарушенной: у 47 определялся гиперкинетический тип гастротонусов, у 10 — гипокинетический и у 15 — нормальный. Повторные исследования в конце курса терапии обнаружили снижение перистальтики при исходных возбужденных типах ЭГГ и ее некоторую активизацию при гипокинетическом. К концу терапии нормальный тип ЭГГ получен уже у 39 чел., гиперкинетический — у 26 и гипокинетический — у 7. Улучшалась эвакуаторная функция желудка. Повышенные показатели секреторной функции желудка закономерно снижались в межпищеварительный период и имели лишь некоторую тенденцию к снижению после введения пробного завтрака.

Нормальные показатели желудочной секреции при лечении оксиферрискорбоном натрия существенно не менялись. Понижение часового дебита свободной HCl отмечено к концу курса терапии лишь у отдельных больных с исходными повышенными показателями. Статистически закономерной динамики здесь выявить не удалось. Лечение оксиферрискорбоном существенно не влияло на концентрацию пепсина, пепсиногена и уропепсина. Вместе с тем наблюдалась отчетливая положительная динамика в содержании ряда крупномолекулярных соединений желудочного содержимого. До лечения у большинства больных коэффициент мукопротеозы/мукопротеины был снижен ($0,79 \pm 0,01$), при повторном исследовании он уже составил $1,21 \pm 0,02$ ($P < 0,01$). Лечение оксиферрискорбоном вызывает повышение в желудочном содержимом гекокс, связанных с белками ($135 \pm 6,4 - 176 \pm 6,2$ мг%, $P < 0,01$). Этот факт вместе с улучшением концентрации мукопротеозы и мукопротеинов в желудочном содержимом свидетельствует о повышении защитных свойств слизистой желудка.

Лечение оксиферрискорбоном натрия оказывало благоприятное действие при нарушенной экскреторной функции желудка. Экскреция I^{131} , прежде повышенная у большинства обследованных и составляющая в среднем $3,4 \pm 0,12\%$ по отношению к введенной активности, к концу лечения соответствовала нормальным значениям или приближалась к ним — $2,56 \pm 0,12\%$. У здоровых лиц экскреция I^{131} за один час по отношению к введенной активности составляла $2,3 \pm 0,13\%$. Под влиянием терапии уменьшилась повышенная концентрация калия в желудочном содержимом ($36 \pm 3,1 - 26 \pm 2,7$ мг%; $P < 0,05$) при отсутствии динамики в количестве натрия. Наступающее под воздействием оксиферрискорбона улучшение метаболических процессов в слизистой повышает ее сопротивляемость к изъязвлению, а при возникновении язвы способствует ее заживлению.

У 65 больных язвенной болезнью мы исследовали в процессе лечения поглоительно-экскреторную функцию печени с помощью индикатора бенгал-роз- I^{131} . До лечения патологическое выпадение пробы отмечалось у 38 больных (умеренные изменения у 30, выраженные — у 8). Наиболее часто отклонения регистрировались в показателях, характеризующих экскреторную фазу. Повторные исследования, проведенные после терапии оксиферрискорбоном, выявили положительную динамику в функциональном состоянии печени. Патологическое выпадение пробы наблюдалось у 22 обследованных (умеренные изменения у 15 и выраженные у 7). Улучшение констатируется в характере поглощения: период максимального накопления изотопа — $32,5 \pm 1,2$ мин. — $26,5 \pm 0,93$ мин. ($P < 0,05$), максимальное поглощение клетками печени — $11,5 \pm 0,35 - 12,8 \pm 0,31\%$ ($P < 0,01$), период полувыведения — $110 \pm 3,7 - 86,8 \pm 2,5$ мин. ($P < 0,01$).

Общее содержание белка в сыворотке крови увеличилось с $7,23 \pm 0,14$ до $8,11 \pm 0,16$ г% ($P < 0,05$).

Оценивая лечебный эффект оксиферрискорбона натрия, мы обратили внимание на изменения всасывательной функции тонкого кишечника. Резорбционную функцию определяли с помощью пробы с йодидом калия, этанолом, триолеат-глицерином- I^{131} , олеиновой кислотой- I^{131} . В период обострения язвенной болезни, при поступлении больных в клинику, обнаруживались различные нарушения всасывательной функции тонкого кишечника. Среднее время пробы с йодидом калия до лечения составило $5,42 \pm 0,23$ мин. (у здоровых — $2,4 \pm 0,11$), с этанолом — 361 ± 16 сек. (у здоровых — 171 ± 11). При повторном исследовании отмечено значительное улучшение показателей проб с йодидом калия и этанолом: $4,3 \pm 0,17$ мин. ($P < 0,01$), 268 ± 12 сек. ($P < 0,01$). Лечение оксиферрискорбоном сопровождалось улучшением всасывания липидов в тонком кишечнике.

Результаты наших клинико-физиологических наблюдений свидетельствуют, что оксиферрискорбон натрия оказывает отчетливое терапевтическое действие при язвенной болезни. Под влиянием лечения у больных ликвидируются или уменьшаются болевой синдром, диспепсические явления, заживает язва. Одновременно наступает ряд благоприятных изменений в функциональном состоянии аппарата пищеварения.

Поступила 15 января 1974 г.

УДК 616.33—002.44:616—053.9

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Проф. Н. С. Утешев, канд. мед. наук Г. В. Пахомова,
В. М. Субботин, Е. А. Кочнева*

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, Москва

В последние годы в стационары все чаще поступают больные пожилого и старческого возраста, нуждающиеся в экстренной хирургической помощи. Для старого организма характерна склонность к медленно нарастающим патологическим процессам. В этом причина скрытого течения болезней, их нередкая бессимптомность, свидетельствующая об общем снижении уровней реактивных процессов. Большинство больных этой категории страдает тяжелыми сопутствующими заболеваниями: общим атеро- и кардиосклерозом, гипертонической болезнью, заболеваниями сосудов и хронической патологией органов дыхания, что подчас существенно влияет на исход острого хирургического заболевания.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц старше 60 лет встречается довольно часто и достигает 20% всех хирургических заболеваний. Первое место среди ее осложнений у лиц указанной возрастной группы занимает кровотечение: за 10 лет в наш институт поступило с язвенным желудочным кровотечением 304 пациента старше 60 лет, что составило треть больных с такой патологией. Как правило, эти больные долгое время находятся дома, в стационар поступают поздно, в тяжелом, иногда необратимом состоянии, и переливание даже больших дробных доз крови не приводит к успеху.

Из 304 пациентов срочному оперативному лечению подверглись лишь 6; 35 больных были доставлены в институт с диагнозом «кровооточающая опухоль желудка». Из 298 больных, леченных консервативно, умерло 77. Эти обстоятельства наводят на мысль о необходимости пересмотра тактики хирурга при язвенных кровотечениях у пожилых и старых людей в сторону ее большей активности.

Опыт показывает, что у лиц пожилого возраста язвенные желудочные кровотечения наиболее опасны, а повторный коллапс нередко бывает непереносим. Консервативная же тактика в этих случаях часто оказывается несостоятельной. Конечно, не всех без исключения больных пожилого возраста следует подвергать резекции желудка. Как и при каждом угрожающем жизни заболевании, хирург обязан учесть