

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

все клинические данные для обоснования своих действий. Успех хирургического лечения больных с язвенными кровотечениями в пожилом и старческом возрасте во многом зависит от улучшения организации помощи на догоспитальном этапе с целью ранней госпитализации в хирургические стационары, от усовершенствования методов ранней диагностики источника кровотечения. Большая роль в этом принадлежит методам экстренной рентгенодиагностики и гастродуоденоскопии, высокая эффективность и безопасность которых доказана опытом нашего института.

Наиболее важным и эффективным мероприятием при гастродуоденальных кровотечениях, позволяющим компенсировать кровопотерю, является переливание крови. В настоящее время для переливания используется консервированная донорская или кадаверная кровь. Однако наибольшего эффекта следует ожидать от прямых переливаний крови.

Для правильной оценки изменений в организме, вызываемых кровопотерей, необходимо изучение объемов циркулирующей крови (ОЦК), циркулирующего гемоглобина (ОЦГ), белка (ОЦБ), плазмы (ПО), эритроцитов, так как показатели количества эритроцитов, гемоглобина, гематокрита не отражают истинных волевических нарушений и дают представление лишь о пропорциональных соотношениях их. Мы используем классификацию волевических нарушений, предложенную Г. И. Лукомским и разработанную Е. М. Дедковой.

К настоящему времени в институте изучены волевические нарушения у 25 больных пожилого и старческого возраста с язвенными желудочными кровотечениями. У пожилых больных с интенсивным кровотечением при обследовании в ранние сроки после его начала (в первые 2 суток) выявлено падение ОЦК на 30—35%, уменьшение ГО и ПО (плазменный объем уменьшался в большей степени), снижение ОЦГ и ОЦБ (хотя в этот момент гемоглобин и гематокрит оставались на вполне допустимых значениях). При кровотечении свыше 4 суток отмечалось снижение ОЦК, резкое уменьшение ГО, относительное увеличение ПО, снижение ОЦБ, особенно за счет альбуминов. Обнаруживались значительные сдвиги в кислотно-щелочном состоянии крови, а также перераспределение ионов натрия и калия между эритроцитами и плазмой и изменение их циркулирующих объемов. Учет полученных данных позволяет решать вопрос об оперативном вмешательстве, оценить истинную кровопотерю, целенаправленно подготовить больного и уменьшить операционный риск. Жизнью доказано, что лучшие результаты наблюдаются, когда экстренная операция при язвенном кровотечении производится не позже 3 суток с момента его возникновения. Не меньшее значение имеют и внешние условия — квалификация хирурга и анестезиолога. Техника выполнения оперативных вмешательств у пожилых больных с язвенным кровотечением практически та же, что и у лиц молодого и среднего возраста. Существенным в исходе операции является профилактика осложнений, к наиболее частым из которых у этой категории больных относится несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки. На основании многолетнего опыта мы убедились, что наилучшим методом профилактики этого тяжелого осложнения является внутреннее дренирование культи двенадцатиперстной кишки с помощью тонкого зонда, вводимого во время операции через анастомоз в приводящую петлю тощей кишки. Применение нами этого метода на протяжении последних лет способствовало уменьшению частоты расхождения швов культи в 2 раза.

К сожалению, не так редко хирургу приходится иметь дело с пожилым больным, сроки кровотечения у которого и тяжесть состояния не позволяют прибегнуть к срочной операции, и лишь энергичные консервативные мероприятия могут спасти жизнь больного. Хорошие

результаты у больных с язвенным кровотечением дает локальная гипотермия желудка. Особенно этот метод эффективен при дуоденальных кровотечениях. По нашему мнению, неправильно противопоставлять консервативное лечение оперативному; они должны дополнять друг друга в общем комплексном лечении этой тяжелой категории больных.

Другим грозным осложнением язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста является перфорация язвы.

С 1960 г. по настоящее время в институт было доставлено 102 больных (75 мужчин и 27 женщин) с этой патологией. Заболевание возникло до 60 лет у 27 больных, после 60 лет — у 71. Единственный путь к спасению больных — экстренное оперативное вмешательство. Тяжелые и множественные сопутствующие заболевания нередко затрудняют диагностику на всех этапах оказания медицинской помощи. Врачи часто упускают из виду возможность осложненных форм язвенной болезни у лиц старше 60 лет; иногда, к сожалению, встречается гипердиагностика рака, существенно влияющая на дальнейшую тактику врачей. Так, с диагнозом «прободная язва» было доставлено лишь 30 больных из 102, 10 госпитализированы с диагнозом рака, а у 10 истинный диагноз был установлен лишь патологоанатомом.

Существенно влияет на исход заболевания не так уж редкое сочетание двух грозных осложнений язвенной болезни — кровотечения и перфорации, что имело место у 17 наших больных. В этих случаях диагностика осложняется, симптоматика нередко бывает скудной, а общее состояние столь стремительно ухудшается, что установление диагноза и целенаправленное лечение задерживаются (не были оперированы 3 из 17 больных!). Нередки случаи наступления перфорации язвы в стационаре (10 больных из 102). Больные были госпитализированы по поводу желудочного кровотечения и других заболеваний. Не диагностирована перфорация у 2 больных, не оперированы 3.

Наряду с правильной оценкой клинических данных, результаты рентгенологического обследования этих больных подчас оказывают большую помощь в правильном и своевременном установлении диагноза. В институте рентгенологически было обследовано 89 больных. Свободный газ в брюшной полости был выявлен у 50 из них и еще у 2 — при пневмогастрографии. Следует подчеркнуть, что язвенный процесс у лиц пожилого и старческого возраста имеет тенденцию к большей инфильтрации тканей, к частой пенетрации, соответственно чаще встречаются прикрытые перфорации, что существенно сказывается на данных рентгенологического обследования. По-видимому, этих больных необходимо обследовать более детально с применением пневмогастрографии и двойного контрастирования.

Среди прочих факторов, определяющих исход заболевания, немаловажное значение имеет давность перфорации.

Если у пациентов молодого и среднего возраста при прободных язвах преимущество отдается радикальным операциям, то у пожилых и старых больных методом выбора является ушивание прободного отверстия — операция менее травматичная и минимальная по продолжительности. И лишь при полном стенозе вынужденно накладывается гастро-энтероанастомоз. В исключительных случаях, если позволяют состояние больного, сроки перфорации, квалификация хирурга, производится резекция желудка.

Как правило, больные пожилого и старческого возраста с прободной язвой нуждаются в кратковременной и интенсивной предоперационной подготовке. Выбор метода обезболивания, особенности послеоперационного ведения составляют одну из важнейших задач герниатрической хирургии, ибо это существенно влияет на исход заболевания. Подавляющее большинство больных оперировано под интубационным наркозом.

Летальность у лиц пожилого и старческого возраста продолжает оставаться очень высокой. В институте из 102 больных с прободной язвой умерло 44. Причинами летальных исходов были перитонит, его сочетание с анемией, пневмонией, парезом, острой почечной недостаточностью, острой печеночно-почечной недостаточностью, анемия, пневмония, острая сердечно-сосудистая недостаточность и др.

Одной из форм осложнений язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста являются также стенозы. Больные с этим осложнением независимо от возраста в большинстве своем нуждаются в оперативном лечении. Удельный вес таких больных старше 60 лет составил в нашем институте 15% (всего 256 больных, из них 40 старше 60 лет). Большинство из них имело длительный (в среднем 12,5 лет) язвенный анамнез. Согласно принятой большинством авторов классификации стенозов, наши больные с этой патологией были разделены на 3 группы: 8 больных с компенсированной формой, 13 с субкомпенсированной и 19 с декомпенсированной. Заключение о стадии стеноза основывалось на клинико-рентгенологических и операционных данных. Первые признаки стенозирования у большинства больных (78%) возникли незадолго до поступления (до 6 месяцев). Рвота — основной симптом нарушения эвакуации из желудка — была у 26 больных, значительная потеря в весе — у 32. Сочетание стеноза с другими осложнениями наблюдалось у 13 больных (пенетрация язвы в соседние органы и ткани — у 4, перфорация язвы — у 7, желудочное кровотечение — у 2). У 5 больных вследствие стеноза возникло острое расширение желудка, у 2 — гастрогенная тетания, у 1 наступил разрыв кардиального отдела желудка. Таким образом, 16 из 40 больных нуждались при поступлении в экстренных реанимационных мероприятиях и оперативном вмешательстве. Значительные нарушения гомеостаза у пожилых больных с язвенными пилоростенозами определяют необходимость проведения тщательной предоперационной подготовки, заключающейся в компенсации электролитного баланса и устранении анемии, протеинемии, нормализации диуреза, устранении гнилостных и бродильных процессов в эктазированной желудке. Из 40 больных были оперированы 38, методом выбора явилась при плановых операциях резекция желудка (23), при экстренных вмешательствах — ушивание язвы или разрыва с наложением гастроэнтероанастомоза (11), и лишь в редких случаях, когда позволяли общее состояние больного, сроки перфорации и квалификация хирурга, производилась резекция желудка (у 4 больных). Не оперировано 2 больных, умерших сразу после поступления от шока, развившегося на почве острого расширения желудка при язвенном стенозе привратника.

Осложнения послеоперационного периода можно разделить на 3 группы: развившиеся до операции (перитонит, подпеченочный абсцесс, обусловленный перфорацией язвы, — у 3 больных); связанные с особенностями оперативного вмешательства и техникой операции (анастомозит, послеоперационный панкреатит, атония культи желудка — у 8); свойственные и другим видам операций (острая сердечно-сосудистая недостаточность, пневмония — у 6 больных).

ВЫВОДЫ

1. Летальность у лиц пожилого и старческого возраста продолжает оставаться очень высокой, что объясняется особенностями стареющего организма, поздней обращаемостью, трудностями диагностики на всех этапах оказания медицинской помощи, тяжелыми сопутствующими заболеваниями и частыми послеоперационными осложнениями.

2. Необходима тщательная разработка этой проблемы, которая может быть решена лишь при комплексном изучении ее хирургами, анестезиологами, терапевтами, патоморфологами.

Поступила 24 сентября 1973 г.

УДК 616.441—006.5:612.67

ИНТЕНСИФИКАЦИЯ РЯДА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭНДЕМИЧЕСКИМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ

А. С. Гандз, проф. В. М. Дильман

Новозыбковская больница (главврач — Б. К. Желтышев) и лаборатория эндокринологии (зав. — проф. В. М. Дильман) института онкологии им. Н. Н. Петрова

Несмотря на огромные успехи в профилактике и лечении эндемического зоба, его распространенность остается все еще высокой, а практическое искоренение больших, уродующих зобов и явлений зобной дегенерации (кретинизма и глухонемоты) не решило проблемы других осложнений этого заболевания. К группе таких осложнений необходимо отнести часто наблюдаемое сочетание эндемического зоба с гиперхолестеринемией, атеросклерозом и другими патологическими процессами, характеризующими старение. Указанные наблюдения послужили предпосылкой для проведения данного исследования, целью которого было изучение динамики ряда показателей старения у больных эндемическим эутиреоидным зобом.

Обследовано 104 больных эутиреоидной формой зоба и 65 здоровых лиц в возрасте от 18 до 72 лет, у которых изучена возрастная динамика следующих показателей: 1) холестерина крови (по методу Энгельгардта — Смирновой); 2) толерантности к углеводам по преднизолон-глюкозному тесту. Сахар крови определяли по методике Хагедорна — Йенсена натошак, через 1 и 2 часа после приема глюкозы. Глюкозу назначали из расчета 1,0 г на 1 кг веса тела, преднизолон — по 12,5 мг за 8,5 и за 2 часа до приема глюкозы; 3) аутоантител к тиреоглобулину (методом пассивной гемагглютинации по Бойдену в модификации Ройта (1958); 4) АД; 5) отклонения веса тела от идеального; 6) насыщения сыворотки крови больных зобом тиреоидными гормонами (по индексу свободного тироксина).

При оценке результатов обследованные лица были подразделены на две возрастные группы: до 40 и старше 40 лет.

Определение индекса свободного тироксина показало, что у больных зобом, который клинически протекает с явлениями эутиреоза, все же имеет место невыраженный дефицит тиреоидных гормонов (рис. 1). У обследованных больных величина индекса свободного тироксина была $6,9 \pm 0,56$ отн. ед., а у

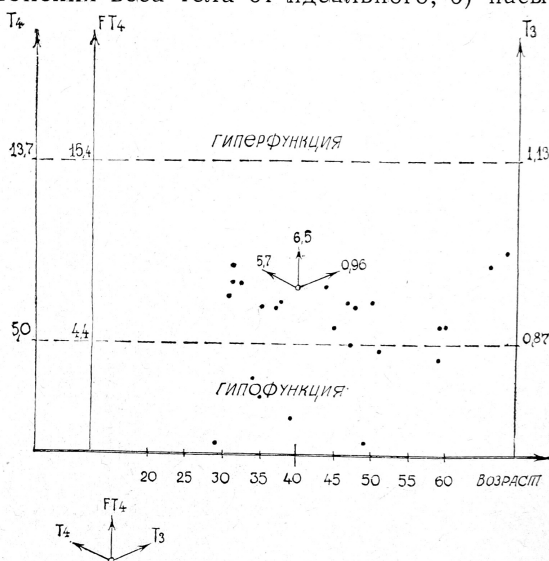


Рис. 1. Индекс свободного и связанного тироксина и трийодтиронина в крови больных эутиреоидным зобом.