

антигистаминовых средств, тогда как максимальная стимуляция гистамином требует обязательной антигистаминовой подготовки [1].

Вечером перед максимальной гистаминовой стимуляцией больной получал таблетку димедрола, утром, непосредственно перед стимуляцией, еще 1 мл 1% раствора димедрола. К сожалению, есть данные, свидетельствующие, что такая подготовка не всегда бывает эффективной. У всех перенесших максимальное гистаминовое тестирование отмечалась яркая гиперемия лица (в 70% с акроцианозом), тошнота, головокружение, головные боли. У 40% больных возникали боли в эпигастральной области, чувство онемения и тяжести в конечностях. Пульс учащался в среднем на 20—35 ударов в 1 мин, а АД снижалось на 2,7—3,4 кПа (20—25 мм рт. ст.). У трех пациентов введение гистамина в дозе 0,025 мг/кг вызвало состояние, близкое к коллаптоидному.

Введение тидазина в дозах, обеспечивающих максимальную стимуляцию желудочной секреции, не сопровождалось такого рода выраженными побочными реакциями. Пульс при введении тидазина учащается на 10—15 ударов в 1 мин, а АД снижается на 1,3—2,0 кПа (10—15 мм рт. ст.). У части больных отмечалось легкое головокружение и нерезко выраженная гиперемия лица.

Таким образом, отечественный препарат тидазин является активным стимулятором желудочной секреции. Тестирование тидaziном по силе и продолжительности секреторной реакции превосходит максимальный гистаминовый тест. Кроме того, оно предоставляет информацию о функциональном состоянии как париетальных, так и главных клеток желудочных желез. Отсутствие выраженных побочных реакций при проведении стимуляции желудочной секреции тидaziном выгодно отличает новый препарат от гистамина.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Канищев П. А., Болдырева В. Д. Лаб. дело, 1971, 7.— 2. Туголуков В. Н. Современные методы функциональной диагностики состояния слизистой оболочки желудка и их клиническое значение. Л., 1965.

Поступила 2 октября 1979 г.

УДК 616.33—002.44—08—039.71

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В САНАТОРИИ-ПРОФИЛАКТОРИИ И ЕГО ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

*Я. М. Вахрушев, Л. М. Свиридова*

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

**Реферат.** Под влиянием терапии анаболическими и спазмолитическими препаратами у больных язвенной болезнью ликвидируются или уменьшаются болевой синдром и диспепсические явления, улучшается функциональное состояние желудка. В результате лечения больных в сменном профилактории уменьшается частота обострений заболевания в отдаленном периоде.

Ключевые слова: язвенная болезнь, лечение, санаторий-профилакторий.

Библиография: 2 названия.

Вопросам вторичной профилактики и противорецидивного лечения язвенной болезни в последние годы заслуженно уделяется большое внимание. В комплексе оздоровительных мероприятий для больных язвенной болезнью действенным средством оказалось курсовое лечение в профилактории.

В течение 5 лет в сменном профилактории крупного предприятия нами проведено курсовое лечение 44 больных язвенной болезнью желудка и 246 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (мужчин — 264, женщин — 26; возраст: до 30 лет — 29 больных, от 30 до 50 лет — 199 и старше 50 лет — 62). У 27,3% больных длительность заболевания составляла от 1 до 3 лет, у 34,5% — от 4 до 10 лет, у 38,2% — более 10 лет. В процессе лечения наряду с общеклиническими сдвигами учитывалась динамика показателей функционального состояния желудка и белковообразовательной функции печени.

В профилакторий направляли больных в фазе легкого (нерезко выраженного) обострения заболевания. 61 больной поступил после стационарного лечения и 81 — после амбулаторного; 148 больных непосредственно перед поступлением лечения не

получали. При рентгенологическом обследовании у 14 больных был выявлен симптом «ниши», а у остальных — рубцовые изменения в гастродуоденальной области.

Больным назначали диету № 1 по Певзнеру, анаболические препараты — неробол (по 5 мг 3 раза в день) или метилурацил (по 3 г в сутки) и обладающий спазмолитическим действием галидор (по 50 мг 3 раза в день). При гипопроteinемии, диспротеинемии и упадке питания (90 больных) дополнительно применяли переливание нативной плазмы по 4 раза за курс лечения каждому больному. Курс лечения составлял 24 дня.

Клинический эффект характеризовался в первую очередь исчезновением или уменьшением болевого синдрома. Спонтанные боли в подложечной области прекратились полностью у 233 (91%) из 256 больных, у остальных они уменьшились. После лечения рентгенологически установлено исчезновение симптома «ниши» у 12 из 14 пациентов. Улучшалось самочувствие больных, нормализовался аппетит. Метод лечения, включающий анаболический стероид неробол, оказывал выраженное влияние на массу тела: она увеличилась у 84% больных, в среднем на 2,1 кг. Изучаемые медикаментозные сочетания хорошо переносились больными. Лишь у 2 пациентов после переливания плазмы был легкий озноб.

До лечения нормальные показатели базальной секреции желудка установлены у 23% больных, часового напряжения секреции — у 27%, эвакуаторной функции — у 48%, кислотообразовательной — у 25%. Под влиянием терапии отмечены сдвиги функционального состояния желудка в сторону нормализации.

У больных, получавших неробол и галидор, общее количество белка крови увеличилось за счет равномерного повышения содержания всех фракций с  $73 \pm 1,2$  до  $78 \pm 1,4$  г/л ( $P < 0,05$ ). Значительные сдвиги в обмене белков констатированы при курсовом применении неробола, галидора и плазмы: содержание белка увеличилось с  $68 \pm 0,8$  до  $76 \pm 1$  г/л ( $P < 0,01$ ) при одновременном увеличении концентрации альбуминов ( $P < 0,01$ ) и уменьшении уровня глобулинов ( $P < 0,05$ ). Менее отчетливой была динамика содержания белка в крови при лечении больных метилурацилом и галидором ( $75 \pm 1,1$  —  $77 \pm 1,3$  г/л,  $P > 0,05$ ).

Особый интерес с клинической и социально-гигиенической точки зрения представляет изучение отдаленных результатов терапии. К сожалению, этому вопросу уделяется недостаточно внимания в клинической практике. Большинство исследователей делает заключение об успешности терапевтических воздействий на основании непосредственного эффекта, полученного в условиях стационара, без учета отдаленных исходов. Следует также подчеркнуть, что не существует четко разработанных критериев оценки отдаленных исходов лечения язвенной болезни. Между тем при использовании традиционной «противоязвенной терапии» отдаленные результаты лечебных мероприятий у больных язвенной болезнью пока малоудовлетворительны. Еще Р. А. Лурья (1941) отмечал, что «язвы излечиваются, но остается налицо самое главное — язвенная болезнь». По данным Л. Д. Дроздова (1969), в течение года после стационарного лечения обострение наступало у 82,9% больных язвенной болезнью.

В настоящей работе мы пользовались следующей методикой анализа отдаленных результатов терапии. После лечения в профилактории больных ставили на диспансерный учет и ежегодно два раза приглашали в поликлинику для осмотра. В период обострения заболевания больных обследовали в стационаре или поликлинике. Для оценки эффективности терапии учитывали обращаемость и временную утрату трудоспособности за определенный промежуток времени (12 мес до курсового лечения в профилактории и такой же срок после лечения). В расчет показателей экономической эффективности включали стоимость врачебного посещения в поликлинике (в среднем одно посещение — 59 коп.), стоимость одного койко-дня в стационаре (в среднем 4,18 руб.), размер пособий социального страхования по оплате больничных листов (в среднем 6 руб. в день) и величину полученной дополнительной продукции предприятием за счет снижения дней нетрудоспособности.

До лечения в профилактории в наблюдаемой группе больных за 12 мес было 338 случаев обострения заболевания, которые дали 5736 дней нетрудоспособности. После курсового лечения число случаев в течение года составило 186; обращаемость по поликлинике снизилась на 40,9%, по стационару — на 51,1%. Количество дней нетрудоспособности уменьшилось по поликлинике с 2140 до 1407 и по стационару с 3596 до 1706. В связи с уменьшением числа больных, лечившихся в стационаре и поликлинике, экономия достигла 8899 руб. Снижение расходов на оплату больничных листов в сравнении с предыдущим годом составило 15 738 руб. Вследствие снижения заболеваемости предприятием получена дополнительная продукция на 78 690 руб.

Таким образом, общая экономическая эффективность в расчете на одного лечившегося в профилактории равна в среднем 356,6 руб. Стоимость же затрат на одну путевку в профилактории составляет 105 руб. Интересно отметить, что при применении обычных методов терапии в профилактории (диета, спазмолитики, физиотерапевтические процедуры) экономическая эффективность, рассчитанная аналогичным путем, на одного лечившегося оказалась равной в среднем 254,3 руб.

Проведенные наблюдения свидетельствуют, что курсовое применение медикаментозных сочетаний, включающих анаболические и спазмолитические препараты, в условиях сменного профилактория оказывает выраженный терапевтический эффект у больных язвенной болезнью. После такого лечения снижается частота обострений болезни, уменьшается число дней нетрудоспособности, что, помимо главного — лечебного эффекта, дает и определенный экономический результат.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дроздов А. Д. Результаты консервативного и хирургического лечения хронической часто обостряющейся язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. канд. дисс., Минск, 1969.— 2. Лурия Р. А. Болезни пищевода и желудка. М., 1941.

Поступила 31 января 1978 г.

УДК 616.33—002.44—089.87—036.865

## О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Н. А. Баулин*

*Кафедра анатомии и физиологии (зав. — доц. И. Н. Сахарова) Пензенского педагогического института им. В. Г. Белинского, Никольская районная больница (главврач — заслуж. врач РСФСР В. Г. Горбунова) и горбольница № 5 (главврач — Г. С. Большаков) г. Пензы*

**Реферат.** По данным катамнеза, стационарного обследования и материалов ВТЭК изучена временная нетрудоспособность и инвалидность у 102 больных трудоспособного возраста, перенесших резекцию желудка (сроки наблюдения — до 5 лет). Отмечены дефекты в работе ВКК и ВТЭК, следствием которых явились слишком длительное (свыше 3 мес) пребывание многих оперированных на листке нетрудоспособности, высокий процент выхода на инвалидность и необоснованное завышение групп инвалидности без учета общего состояния больных и профессиональной принадлежности. Разработаны примерные критерии временной нетрудоспособности и инвалидности оперированных больных.

Ключевые слова: язвенная болезнь, резекция желудка, временная нетрудоспособность, инвалидность.

Библиография: 2 названия.

Вопросы реабилитации, временной нетрудоспособности и инвалидности после резекций желудка по поводу язвенной болезни имеют большое значение. Мы поставили перед собой задачу изучить динамику временной нетрудоспособности и инвалидности после резекции желудка и, сопоставляя полученные данные с результатами систематического стационарного обследования больных, проводимого в порядке диспансерного наблюдения, дать оценку деятельности ВКК и ВТЭК и разработать соответствующие практические рекомендации в отношении экспертизы трудоспособности оперированных больных. С этой целью были проанализированы катамнезы, данные стационарного обследования и материалы ВТЭК, представляющие информацию о 102 больных трудоспособного возраста после резекции желудка (сроки наблюдения — до 5 лет). Мужчин было 90, женщин — 12. Обращает на себя внимание многочисленность возрастной группы от 30 до 49 лет (68 чел.). У подавляющего большинства больных (89) длительность заболевания превышала 5 лет. У 58 больных язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 40 — в желудке и у 4 была сочетанная локализация. У 90 больных поводом к операции явились осложнения язвенной болезни: стеноз — у 39, пенетрация — у 36, кровотечение — у 9, перфорация — у 4 и малигнизация язвы — у 2. 12 больных оперированы в связи с неэффективностью длительной консервативной терапии.