

тивность холинэстеразы в сыворотке крови (по методу Шейнера) до и после лечения ганглероном.

До лечения ацетилхолин в крови был обнаружен у 9 больных, после — только у 5. Исчезновение ацетилхолина совпадало с улучшением общего состояния, исчезновением болей, но не сопровождалось понижением кислотности желудочного сока.

Активность холинэстеразы до лечения у 3 была высокой, у 6 — нормальной, у 9 — пониженной. После лечения установлено нормальное содержание холинэстеразы у 11, пониженное осталось у 7 больных.

Из этих наблюдений выявляется некоторая тенденция к нормализующему действию ганглерона на содержание ацетилхолина и активность холинэстеразы сыворотки крови больных. Эти данные подтверждают и фармакологические свойства ганглерона как ганглиоблокирующего препарата, действующего на парасимпатическую систему.

Лечение подкожными инъекциями ганглерона следует проводить в условиях стационара, имея в виду побочные явления. Ряд больных жаловались на головокружение, шум в ушах, слабость, ввиду этого инъекции делали в лежащем положении. Эти побочные явления и заставили нас перейти на лечение электрофорезом ганглерона в сочетании с однократным введением его подкожно или внутрь.

При сравнении результатов применения ганглерона различными методами оказалось, что существенной разницы в конечном итоге не было. Если в результате лечения 40 больных трехкратными подкожными введениями ганглерона боли исчезли у 15 и симптом «ниши» не был обнаружен у 18, то при втором методе лечения боли исчезли у 7 из 20 больных и симптом «ниши» не был обнаружен у 6. Второй вид лечения переносился больными без побочных явлений.

Учитывая сказанное, а также меньшую затрату препарата, мы рекомендуем лечение больных язвенной болезнью электрофорезом ганглерона в сочетании с однократным подкожным введением или применением его внутрь (чайная ложка 1,5% раствора).

Резюмируя свои наблюдения, мы можем сделать вывод, что ганглерон как ганглиоблокирующее средство может быть рекомендован при лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Применение его показано лицам с пониженной кислотностью желудочного содержимого. Лечение больных язвенной болезнью ганглероном путем электрофореза возможно в условиях поликлиники.

Поступила 11 июня 1962 г.

ГАНГЛЕРОН В ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Канд. мед. наук К. В. Марков

Терапевтическое отделение (зав.— канд. мед. наук К. В. Марков) Чебоксарской первой городской больницы (главврач — С. Н. Самостюк)

В настоящее время приводятся данные о клинической эффективности ганглерона в лечении страдающих язвенной болезнью.

Ганглерон применялся в виде инъекций 1,5% водного раствора по 2 мл три раза в день. После двух недель парентерального введения препарат применялся перорально в этой же концентрации в течение 7—10 дней. Таким образом, курс лечения в условиях стационара — 20—25 дней. У 3 больных продолжительность лечения доводилась до 28—30 дней. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре — 30 дней.

Лечению ганглероном подвергнуто 43 страдающих язвенной болезнью в периоде обострения (язва желудка была у 10 и двенадцатиперстной кишки — у 33).

Страдали язвенной болезнью от 1 года до 5 лет 23 человека. Большинство (34) были в возрасте от 20 до 40 лет.

У подавляющего большинства (26) больных болеутоляющий эффект наступил в течение первых 4 дней лечения ганглероном. Ни при каком другом методе лечения боли не исчезают так быстро. Одновременно с прекращением боли уменьшается напряжение в эпигастральной области.

У 7 больных кислотность до лечения была в пределах нормы, после она не изменилась. Повышенная кислотность была у 32 больных, после лечения снизилась у 30, у 2 не изменилась. У 4 до лечения кислотность была понижена, после лечения у 3 повысилась. Таким образом, отмечается тенденция к нормализации кислотности желудочного сока.

Рентгенологически ниша в желудке обнаружена у 10, в двенадцатиперстной кишке — у 25 и рубцовые изменения луковицы — у 8 больных. После лечения ниша определялась только у 3 больных, у них результат лечения был менее значительным.

Рвота, наблюдавшаяся у 12 больных, исчезла на 4—5 дни лечения и больше не повторялась. Одновременно с этим прекращались и другие диспепсические расстройства (тошнота, отрыжка, изжога).

Для проверки отдаленных результатов лечения явились 34 больных, выписанных по выздоровлении. Рецидив наступил до одного года у 2, до 2 лет — у 3, до 3 лет — у 2 больных.

Поступила 17 июня 1962 г.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ КАРДИИ

Ю. В. Лёвин

Клиника общей хирургии (зав.— проф. А. А. Полянцев) Волгоградского медицинского института на базе областной клинической больницы (главврач — А. И. Гусев)

Длительное время язвы кардиального отдела желудка относились к неудалимым и лечились консервативно.

В нашей клинике за 10 лет среди 894 больных язвой желудка кардиальная локализация была у 11 (все мужчины). Все были в возрасте от 35 до 60 лет.

Страдали один год 2 больных, до 5 лет — 2, до 10 — 4, 18 лет — 1, 25 лет — 1, 31 год — 1.

По литературным данным, язвы кардиального отдела желудка трудно поддаются консервативному лечению, часто осложняются желудочным кровотечением, пенетрируют в печень и поджелудочную железу. Известен случай пенетрации кардиальной язвы в левый желудочек сердца с последующим кровотечением и роковым исходом (Н. И. Тимофеева). Описаны случаи прободения язв и развития стеноза кардии. И, наконец, весьма часто наблюдается злокачественное перерождение язвы кардии.

Из 11 оперированных в нашей клинике по поводу язвы кардии у одного наблюдалась перфорация язвы с развитием перитонита; у 2 при гистологическом исследовании обнаружены явления малигнизации язвы; у 4 была пенетрация язвы в поджелудочную железу и малый сальник.

Распознавание язв кардиального отдела нередко представляет известные трудности.

Основным симптомом заболевания является постоянная, значительной интенсивности боль в подложечной области, усиливающаяся после приема пищи. Подобные боли наблюдались у 8 больных. У 3 больных боли носили схваткообразный, режущий характер и появлялись тотчас же после еды. У половины больных отмечалась сезонность обострения болей. У большинства наших пациентов боли иррадиировали в спину. Тошноты и рвоты наблюдались у 4 больных. Изжоги и отрыжки беспокоили лишь 2 больных. В связи с сильными болями нередко больные старались ограничивать себя в еде, в результате чего у большинства упитанность была понижена. У 2 больных была выраженная анемия (у одного Гем.— 30, а у другого — 42%).

У половины больных кислотность оставалась нормальной, повышенная была у одного, и у 5 — пониженная. Большинство больных отмечали прогрессивное ухудшение общего состояния и усиление болей, несмотря на консервативное лечение.

Рентгенологически у 8 больных до операции диагностирована язва кардиального отдела и выявлен симптом ниши.

Большинством авторов оперативное лечение больных с кардиальными язвами признается наиболее эффективным. Операцией выбора является резекция кардиального отдела желудка при одиночных язвах и гастрэктомия — при множественных. В отношении оперативного доступа единства взглядов нет. Рядом авторов применяется преимущественно абдоминальный подход, другими — трансторакальный или комбинированный. В нашей клинике 2 больным произведены гастрэктомии с абдоминальным доступом.

Абдоминальный доступ для резекции кардии весьма неудобен из-за узости операционного поля и нередко требует специального инструментария, предложенного А. Г. Савиных, поэтому мы предпочитаем трансторакальный доступ, с помощью которого и оперировали наших больных. Этот метод открывает свободный доступ к кардиальному отделу пищевода, дает возможность успешно наложить соустье пищевода с желудком или тощей кишкой без какого-либо натяжения тканей и нарушения кровоснабжения дистального отдела пищевода.

Нами произведены резекции кардии и верхней половины или двух третей желудка с последующим наложением пищеводно-желудочного соустья 7 больным; одному — тотальная гастрэктомия с наложением пищеводно-кишечного соустья и одному — тотально-субтотальная резекция желудка.