

его представлению, хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП), которое реализуется через дуоденальную гипертензию, недостаточность привратника и дуодено-гастральный рефлюкс. Согласно теории язвообразования, названной автором синтетической, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, желудка и рак желудка — лишь следствие основной патологии, заключающейся в нарушении дуоденального пассажа. Однако при обсуждении доклада было высказано мнение, что невозможно все многообразие клинических проявлений язвенной болезни объяснить с точки зрения ХНДП. Это подтверждается благоприятными результатами органосберегающих операций и резекций желудка с сохранением дуоденального пассажа (К. И. Мышкин, Саратов; Ю. Б. Мартюков, Витебск; В. А. Кузнецов, Казань).

Экономная резекция желудка с наложением клапанного поперечного гастроэноаноанастомоза имеет значительные преимущества по сравнению с традиционными продольными анастомозами. При выполнении этой операции практически не встречаются синдром приводящей петли, рак культи желудка, в 2—3 раза снижается частота развития щелочного рефлюкс-гастрита, несостоятельности дуоденальной культи и демпинг-синдрома (В. Ф. Чернов, А. Ф. Власов, Курган). В ходе обсуждения подтвердилось мнение о несомненных преимуществах поперечных желудочно-кишечных анастомозов перед продольными.

Единомышленным было отрицательное отношение к резекции желудка по Гофмейстеру — Финстержеру в классическом варианте, применение которого нередко сопровождается ранними осложнениями и приводит к развитию тяжелых постгастрорезекционных синдромов (Н. А. Баулин, Пенза; Б. С. Брискин, Москва). Использование селективной проксимальной ваготомии с поперечным гастродуоденоанастомозом вместо традиционного соустья по Жабале позволило в 2 раза снизить частоту послеоперационного рефлюкс-гастрита, демпинг-синдрома и диареи (Н. М. Мещерякова, Рязань и др.).

Сообщения А. И. Нечая и соавт. (Ленинград), Н. М. Кузина и соавт. (Москва) касались эффективности лечения язвенной болезни желудка путем выполнения стволовой ваготомии

с пилоропластикой и иссечением язвы. Была подчеркнута необходимость обязательной экс-пресс-биопсии удаленной язвы, так как частота малигнизации достигает 12%.

На материале 4000 операций В. Д. Бра-тусь и соавт. (Киев) обосновали целесообразность применения органосберегающих операций при кровоточащей дуоденальной язве. Наилучшие результаты были получены при сочетании ваготомии с пилоропластикой по Финнею, которая позволяет визуализировать пилородуоденальный канал, удалить язву, а при невозможности прошивать ее с выведением за пределы двенадцатиперстной кишки. Была подчеркнута необходимость ранней операции при язвенном кровотечении, даны эндоскопические критерии надежности гемостаза при остановленном кровотечении. Группа хирургов из Кургана высказалась за выполнение резекции желудка при язвенном кровотечении независимо от локализации язвы, что противоречит решениям VI Всероссийского съезда хирургов и звучит анахронизмом.

Тезис Д. Джонсона о том, что рецидивы пептической язвы после ваготомии должны устраняться резекцией, а затем ваготомией, был подвергнут критике на основании благоприятных результатов применения наддиафрагмальной стволовой ваготомии (К. И. Мышкин, Саратов и др.).

Г. И. Колпакова (Курган) доложила о результатах 154 операций, произведенных по поводу постваготомических синдромов с единственным осложнением. Главной причиной неудач после органосберегающих операций является нераспознанная и некорригированная ХНДП. При обсуждении доклада было отмечено, что селективная проксимальная ваготомия должна выполняться только в специализированных учреждениях хирургом высокой квалификации.

В ходе дискуссии сложилось мнение о недопустимости плановых операций при язвенной болезни в условиях ЦРБ. Подчеркнута целесообразность организации областных и городских диагностических центров, диспансеризации и регулярного обследования больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Проф. В. А. Кузнецов, И. В. Федоров (Казань)

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

Глубокоуважаемый редактор!

Люди пожилого и старческого возраста составляют в г. Казани 14% населения, на их долю падает до 60% поликлинических вызовов. Однако и приведенные цифры не дают полного представления об уровне заболеваемости данного контингента, ибо некоторые из них даже в тяжелых случаях не обращаются к врачам, считая свое состояние нормальным для своего возраста или неизлечимым. Часто это подтверждают и врачи, пытаясь каким-то образом оправдать отсутствие положительного лечебного эффекта и тем самым нанося непоправимый вред больному. Если учесть, что доля старших возрастных групп населения в настоящее время растет, то можно предположить, что в скором будущем здравоохранению придется решать острые проблемы, связанные с медицинским обслуживанием

людей пожилого и старческого возраста. Многие из них назрели уже сейчас.

Лекарственная терапия заболеваний в пожилом и старческом возрасте не всегда успешна, что объясняется несколькими причинами. Для гериатрических больных характерны следующие изменения в организме: снижение абсорбции лекарств в желудочно-кишечном тракте, уменьшение скорости их метаболизма в печени, изменение чувствительности и плотности рецепторов лекарств и уменьшение содержания воды в тканях, снижение скорости выведения лекарственных метаболитов из организма. Эти изменения существенно влияют на фармакокинетику и фармакодинамику лекарств и должны учитываться лечащим врачом.

Людям старших возрастных групп свойственна множественность патологии, что, на первый взгляд, требует и назначения одновременно не-

скольких лекарственных средств. Однако следует помнить, что в старческом организме изменяются побочное действие препарата и его взаимодействие с другими лекарственными средствами, что может значительно усложнить патологию.

Практика отечественной и зарубежной гериатрии располагает несколькими правилами, которые можно рекомендовать врачу для прописи лекарственных средств больным пожилого и старческого возраста.

1. Прежде чем приступить к лекарственной терапии, надо подумать, есть ли в ней необходимость, использованы ли полностью в данном случае возможности лечебной физкультуры, диетотерапии, фитотерапии.

2. Не выписывайте бесполезных лекарств в «психотерапевтических» целях. Помните, что у людей старших возрастных групп повышается чувствительность к побочному действию препарата.

3. Будьте внимательны к дозировке. Она должна соответствовать физиологическому состоянию пациента, его печеночной и почечной функциям. В большинстве случаев следует начинать с доз, равных $\frac{1}{2}$ и или $\frac{1}{4}$, применяемых в среднем возрасте. Исключение составляют антибиотики.

4. Особое внимание следует обратить на форму выписываемых лекарственных средств. В данном случае надо учитывать физическое и психическое состояние пациента. Старческий тремор рук затрудняет прием капель, амнезия — учет количества принятых таблеток; при общем физическом одряхлении часто становится невоз-

можным самостоятельное введение ректальных свеч и т. д.

5. Имейте в виду, что появление новых симптомов может быть связано с побочным действием лекарств и в более редких случаях — с его отменой.

6. Внимательно изучите лекарственную «историю». Пациенты, особенно старческого возраста, принимают много лекарств по советам родственников, друзей и знакомых. Не исключено, что одно из выписанных вами средств может вызвать осложнения, взаимодействуя с принимаемыми или принятыми ранее лекарствами (например, сердечные гликозиды со снотворными средствами).

7. Следует максимально ограничивать набор используемых препаратов и упрощать схему их применения. Комбинация лекарств должна быть логичной.

8. Если в терапию добавляется новое средство, убедитесь, выведено ли полностью из организма предыдущее.

9. Постоянно контролируйте, правильно ли выполняются ваши инструкции пациентом. Иногда это можно сделать, подсчитав количество оставшихся таблеток, ампул, свеч и т. д.

10. Помните, что прекращение лекарственной терапии у пациентов старших возрастных групп — столь же ответственный момент, как и ее начало. Резкая отмена препарата в некоторых случаях может вызвать серьезные осложнения. Особенно это относится к сердечно-сосудистым средствам и гормональным препаратам.

А. М. Мустафин (Казань)

ХРОНИКА

В г. Калининграде 16—17 июня 1988 г. состоялся пленум правления Всесоюзного научного общества терапевтов, посвященный лечению, реабилитации больных с наиболее часто встречающимися заболеваниями внутренних органов (ИБС, гипертоническая болезнь, бронхолегочные и желудочно-кишечные заболевания) в амбулаторно-поликлинических условиях.

На первом пленарном заседании проф. Б. А. Сидоренко (Москва) рассмотрел вопросы тактики врача поликлиники при лечении больных стенокардией, которая должна включать следующие этапы: 1) своевременную диагностику стенокардии (ИБС); 2) своевременное распознавание нестабильной стенокардии и госпитализацию больного; 3) своевременное направление больного с хроническим течением ИБС на оперативное лечение; 4) обеспечение адекватного медикаментозного лечения. Особое внимание было уделено своевременной диагностике впервые возникшей стенокардии — клиническому началу ИБС, которое может продолжаться до 3 мес после появления первых приступов стенокардии.

Клинически впервые возникшая стенокардия в 34% случаев может исчезнуть спонтанно, а затем спустя годы проявиться в виде тяжелого поражения сердца. Причинами таких спонтанных ремиссий могут являться перемежающаяся хромота, мелкоочаговый инфаркт миокарда, развитие коллатералей, исчезновение спастических реакций (регрессия коронарного спазма). Было указано, что инструментальная диаг-

ностика впервые возникшей стенокардии трудна, и даже велоэргометрическая проба бывает положительной лишь в 40% случаев; отрицательный результат фиксируется в 37% больных; незавершенными тесты оказываются у 23% пациентов. Лечение больных с впервые возникшей стенокардией должно быть направлено на устранение симптомов этого заболевания, эпизодов ишемии и аритмии.

Вторичная профилактика впервые возникшей стенокардии предусматривает проведение мероприятий, препятствующих прогрессированию атеросклероза — это устранение склонности к спазму (ликвидация функционального компонента, эпизодов ишемии и аритмии), что является основной терапией и включает применение антагонистов кальция (например, нифедипина по 30 мг); нормализация липидного обмена путем использования гипокалорийной диеты и, главное, физических тренировок (происходит снижение уровня холестерина, липопротеидов, стимулируется фибринолиз).

Следующей формой обострения ИБС является нестабильная стенокардия, при которой происходит резкое изменение характера стенокардии в виде появления приступов в покое. Нестабильная стенокардия — понятие обобщающее, сюда входит и спонтанная стенокардия, и впервые возникшая стенокардия, и прогрессирующая стенокардия напряжения. Приступы стенокардии без изменения ЭКГ прогностически более благоприятны, чем с изменяющейся ЭКГ. Лечение комплексное: нитраты (не надо бояться