

616-3 (061)

ISSN 0367-5203

Г 22

# ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

*Республиканский  
межведомственный сборник*

Издается с 1969 года

Выпуск 18

304425<

ОБРАТНЫЙ  
304425<



2

Киев «Здоров'я» 1986

Киевский  
Медицинский  
Университет  
513

В сборнике научных трудов рассмотрены вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишки. Особое внимание уделено передовому опыту лечебно-профилактического обслуживания больных, их диспансеризации и реабилитации.

Для научных работников, организаторов здравоохранения, врачей-гастроэнтерологов.

Редакционная коллегия при Днепропетровском научно-исследовательском институте гастроэнтерологии:

*В. И. Архипенко, И. С. Белый, Г. И. Бурчинский (зам. отв. редактора), Э. Н. Галенко (отв. секретарь), А. Я. Губергриц, Н. Ф. Дейнеко, П. А. Канищев, А. О. Косенко, П. Ф. Крышень (отв. редактор), Н. В. Лукаш, Е. Н. Панасюк, И. С. Петрова, Ю. И. Рафес, В. П. Спивак, П. С. Фецишин.*

Адрес редколлегии: 320037, г. Днепропетровск, проспект Правды, 96, Днепропетровский НИИ гастроэнтерологии, тел.: 27-59-16.

Рецензенты проф. А. П. ПЕЛЕСЦУК, канд. мед. наук  
А. И. СМІКОДУБ

тивно оценить эффективность произведенного оперативного вмешательства и состояние трудовой реабилитации.

1. Кузин М. И., Постолов П. М. Выбор метода хирургического лечения язвенной болезни. — В кн.: Тр. XXIX Всесоюз. съезда хирургов. Тез. докл. К.: Здоров'я, 1975, с. 132—136.

2. Панцырев Ю. М., Гринберг А. А. Выбор метода операции при язвенном пилородуоденальном стенозе. — Хирургия, 1979, № 2, с. 19—25.

3. Сливак В. П. Пути сохранения естественного пассажа пищи при хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — Клин. хирургия, 1980, № 8, с. 44—46.

4. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. — К.: Здоров'я, 1972. — 356 с.

Поступила в редколлегию 11.06.84.

УДК 616.34—007.272—089.8—084

## Основные принципы реабилитации больных, оперированных по поводу острой спаечной непроходимости тонкой кишки

Ю. Д. Горюнов. Запорожский институт усовершенствования врачей

Послеоперационные внутрибрюшные сращения являются главной причиной развития спаечной непроходимости тонкой кишки [1, 3]. Многих больных приходится оперировать повторно из-за рецидивов заболевания. Поэтому задача хирурга — использовать все имеющиеся методы реабилитации для предупреждения рецидивов заболевания как во время, так и после операции [2, 4].

Мы изучили в сравнительном аспекте отдаленные результаты лечения 209 больных, оперированных по поводу острой спаечной непроходимости тонкой кишки. Первую группу составили 107 больных, оперированных по поводу острой спаечной непроходимости тонкой кишки, которым был проведен комплекс реабилитационных мероприятий. Важным фактором реабилитации у этих больных мы считаем раннюю диагностику заболевания и своевременное рациональное, по возможности, атравматичное оперативное вмешательство, так как развитие перитонита и грубые травматические повреждения брюшины приводят к формированию обширных внутрибрюшных сращений. При этом мы стремились к следующему: не допускать длительного охлаждения брюшины и воздействия на нее химических веществ (йода, этилового спирта, талька); тщательно удалять из брюшной полости экссудат и сгустки крови; перитонизировать тонкими шелковыми и капроновыми швами десерозированные участки брюшины, не вводить тампонов в брюшную полость.

Для предупреждения рецидивов заболевания после операции в течение 5 сут в брюшную полость вводили смесь фибринолизина, гидрокортизона, канамицина и новокаина, эффективность ко-

торых в профилактике развития внутрибрюшных сращений ранее была доказана нами в эксперименте [5].

В послеоперационный период проводили активные мероприятия по борьбе с парезом кишок, что достигалось эвакуацией желудочного и кишечного содержимого и стимуляцией перистальтики кишок (с помощью диколина, димеколина, орнида, поясничных и перидуральных новокаиновых блокад). Этому же способствовали коррекция водно-солевого обмена, кислотно-щелочного равновесия, лечебная гимнастика. Кроме того, назначали электрофорез с использованием йодистого калия и ультразвук.

После выписки больных из стационара осуществляли диспансерное наблюдение и дальнейшую реабилитацию (физиотерапию и грязелечение) больных.

Ближайшие результаты лечения больных этой группы были удовлетворительными. В ранний послеоперационный период отмечался умеренно выраженный сдвиг основных показателей свертывающей системы крови в сторону гипокоагуляции, что позволило предупредить развитие тромбозомболических осложнений. Кровотечения, аллергические реакции не возникли и летальные исходы не наступили.

Вторую (контрольную) группу составили 102 больных, оперированных по поводу острой спаечной непроходимости тонкой кишки без проведения до операции реабилитационных мероприятий.

Отдаленные результаты хирургического лечения и эффективность реабилитации были изучены в сравнительном аспекте у больных обеих групп в сроки от 1 до 16 лет. Больные обеих групп были идентичны по полу, возрасту, причинам развития заболевания, видам произведенных операций, что дало возможность исключить влияние случайных факторов на отдаленные результаты лечения.

Отдаленные результаты хирургического лечения оценивались по трехбалльной системе. Оценка этих результатов убедительно свидетельствует о целесообразности проведения вышеуказанных реабилитационных мероприятий у больных с острой спаечной непроходимостью тонкой кишки. Так, хорошие отдаленные результаты получены у 57 (53,2 %) больных 1-й и только у 24 (23,5 %) больных ( $P < 0,001$ ) 2-й группы, плохие результаты — соответственно у 19 (17,8 %) и 46 (45,1 %) пациентов ( $P < 0,001$ ).

Установлено, что из общего числа больных 1-й группы вторично были госпитализированы 17 (15,7 %), вновь подвергнуты хирургическому лечению — 3 (2,8 %), из больных 2-й (контрольной) группы — соответственно 71 (69,8 %) и 19 (18,9 %).

Проведение медицинской реабилитации способствовало также повышению трудоспособности больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу острой спаечной непроходимости тонкой кишки. Из 107 пациентов 1-й группы 59 вернулись на прежнюю

работу, 32 стали выполнять более легкую работу, а у 16 трудоспособность снизилась. Из 102 пациентов контрольной группы трудоспособность полностью восстановилась у 23, переведен на работу, не связанную с физическим напряжением, 41, трудоспособность значительно снизилась у 38.

Таким образом, результаты проведенных наблюдений указывают на необходимость широкого применения медицинской реабилитации у оперированных больных острой спаечной непроходимостью тонкой кишки, что способствует значительному улучшению результатов лечения и восстановлению трудоспособности.

1. Астапенко В. Г., Космачев В. И. Хирургическое лечение больных с острой кишечной непроходимостью в Белорусской ССР. — *Здравоохранение Белоруссии*, 1981, № 3, с. 3—6.

2. Горбашко А. И., Батчаев О. Х., Ильина О. И. и др. Ошибки в диагностике и лечении острой кишечной непроходимости. — *Вестн. хирургии*, 1982, № 5, с. 115—120.

3. Ерохин Н. А., Зубарев П. Н. Пути улучшения диагностики и лечения механической кишечной непроходимости неопухоловой природы. — *Вестн. хирургии*, 1980, № 8, с. 54—59.

4. Тишинская З. В. Трудовой прогноз у оперированных по поводу острой кишечной непроходимости. — *Вестн. хирургии*, 1981, № 1, с. 51—53.

5. Торопов Ю. Д. Внутрив брюшное введение фибринолизина, гидрокортизона и новокаина для предупреждения рецидивов спаечной непроходимости кишечника. — *Клин. хирургия*, 1977, № 7, с. 63—66.

Поступила в редколлегию 05.10.84.

УДК 616.33+616-08-039.57+615.281

## Результаты применения циметидина в терапии больных хроническим эрозивным гастродуоденитом

*Н. П. Бондаренко, Е. А. Киценко.* Харьковский медицинский институт

Хронический эрозивный гастродуоденит — предъязвенное состояние — широко распространено среди населения, особенно среди мужчин молодого и среднего возраста. Несмотря на современные достижения гастроэнтерологии, вопросы лечения больных хроническим эрозивным гастродуоденитом не решены.

Развитие хронического эрозивного гастродуоденита обусловлено в определенной мере усиленным образованием соляной кислоты обкладочными клетками, быстрой и беспорядочной эвакуацией ее из желудка, нарушением ее связывания в просвете двенадцатиперстной кишки с последующим повреждением слизистой оболочки, образованием эрозий и язв [2, 3].

Применение современных антацидных, холинолитических и репаративных средств при хроническом эрозивном гастродуодените не дает стойкого и выраженного клинического эффекта. В последние годы в гастроэнтерологии, особенно при лечении язвенной болезни, стали применять новую группу препаратов — блокаторы

### Лечение и профилактика

- Гусак В. К., Турбин Б. Н., Попандопуло Г. Д., Веселый В. Я., Загоруйко Н. Н., Куницкий Ю. Л. Роль кислотообразования в выборе метода операции и прогнозировании ее результатов при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки 50
- Полоус Ю. М., Шидловский В. А. Состояние пищеварительной функции тонкой кишки у больных язвенной болезнью 52
- Буглак Н. П., Гриценко И. И., Копылов Ю. В., Батрак А. А., Бабалич А. К. Секрета гастрин и инсулина у больных язвенной болезнью, перенесших ваготомию 54
- Шевченко Б. Ф. Функциональное состояние слизистой оболочки желудка после неполной ваготомии 56
- Поляк Е. З., Гравировская Н. Г. Изменение рентгенологической анатомии верхних отделов пищеварительного канала у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после различных видов ваготомии 58
- Спивак В. П., Березницкий Я. С., Кетков Г. Ф. Опыт применения изолированной селективной проксимальной ваготомии в лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки 61
- Белый И. С., Вахтангишвили Р. Ш., Лебедь Л. Д. Последствия ваготомии при прободных язвах пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки 63
- Бенедикт В. В. Коррекция нарушенной моторной и эвакуаторной функции желудка и отводящей кишки после резекции и ваготомии 66
- Кириченко В. И., Нестерова М. Ф. Сравнительный анализ клинико-микробиологических показателей в отдаленный период после различных видов ваготомии 68
- Дорогань Д. А., Шевченко В. И., Кабак Г. Г., Перец И. В., Гапонов В. В., Ирха А. Г., Квачко П. П., Гавура А. Я. Сравнительная оценка функционального состояния желудка и характера осложнений после различных видов оперативных вмешательств у больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки 70
- Торопов Ю. Д. Основные принципы реабилитации больных, оперированных по поводу острой спаечной непроходимости тонкой кишки 73
- Бондаренко Н. П., Киценко Е. А. Результаты применения шиметидина в терапии больных хроническим эрозивным гастродуоденитом 75
- Крекнин А. Ф., Ярошевская Н. П. Новое в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (по материалам патентной информации) 78
- Бойко Е. В., Киселев А. И., Киселева Е. Н. Эффективность применения рефлексотерапии в комплексном лечении больных язвенной болезнью 80
- Толмач Д. В., Левин В. Ф., Гетманец Р. А., Александрин В. А., Смирнова В. А., Лулева Т. Е. Местное лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки оксиферрискорбоном и тримекаином 82
- Рафес Ю. И., Мельниченко Л. Я., Ягмур С. С. Зондовая терапия при пострезекционном демпинг-синдроме 84
- Дармостук В. Ю. Влияние секретина на некоторые гемодинамические показатели у больных с демпинг-синдромом 87
- Линевский Ю. В. Современные возможности воздействия на всасывательную функцию тонкой кишки при лечении больных хроническим энтеритом 89
- Селезнева С. И. Изучение всасывания белков, жиров и углеводов в процессе комплексного лечения, направленного на нормализацию моторной функции кишок у больных хроническим энтероколитом 91