

УДК 616.33—089—06:615.838

Н. Х. ГЕВОРКЯН, Н. Н. БАБАЛЯН, Р. А. БАЛАЯН

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НА КУРОРТЕ ДЖЕРМУК НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА И ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА\*

В статье обобщен пятилетний опыт лечения на курорте Джермук больных, страдающих болезнями оперированного по поводу язвенной болезни желудка и постхолецистэктомическим синдромом. Приведены результаты клинических, рентгенологических, биохимических и других исследований, а также непосредственных и отдаленных исходов лечения, дающие основание рекомендовать Джермук как высокоэффективный курорт для комплексного лечения больных с указанными патологиями.

Многочисленные клинические наблюдения как отечественных, так и зарубежных авторов показывают, что после резекции желудка, выполненной по поводу язвенной болезни, и холецистэктомии, выполненной по различным показаниям, в отдаленном послеоперационном периоде возникает множество функциональных расстройств, получивших в литературе наименование постгастрорезекционного и постхолецистэктомического синдромов. Процент этих расстройств колеблется в очень широких пределах: после резекции желудка от 10—15 до 80 [7—9, 14, 17, 19, 21, 22 и др.], а после холецистэктомии от 17 до 40 [16 и др.]. Число лиц, страдающих этими синдромами, достигает нескольких десятков тысяч, а их лечение продолжает оставаться весьма сложной и пока не окончательно решенной проблемой. Если в основе постгастрорезекционного и постхолецистэктомического синдромов лежат механические факторы (пептическая язва анастомоза, рецидив язвы культи желудка, спаечный процесс, камни гепатохоледоха, стеноз фатерова соска, рубцовые стриктуры внепеченочных желчных протоков и др.), единственным методом их лечения являются повторные оперативные вмешательства. При различных функциональных расстройствах и остаточных хронических воспалительных процессах, в частности, гепатобилиарной системы, большинство авторов предпочтение отдает консервативному лечению. Причем у этой группы больных различные реконструктивные оперативные вмешательства, в частности для восстановления пассажа пищи через 12-перстную кишку, себя не оправдали. Что касается консервативных методов лечения, то наилучшим среди них признано санаторно-курортное лечение, которое дает возможность сочетать многие факторы

\* Доложена на научной сессии Ереван. мед. ин-та 3/1 1975 г.

консервативной терапии. К сожалению, в нашей стране курортные ресурсы для лечения больных с постгастрорезекционным и постхолцистэктомическим синдромами мало изучены, и в основном только на некоторых курортах минеральных вод, в частности в Ессентуках и Железноводске, проводится частичная работа в этом направлении. Отсюда возникает весьма актуальная задача, имеющая, по нашему мнению, важное государственное значение—изучение местных курортных ресурсов с целью создания как республиканских, так и всесоюзных здравниц для лечения больных с этой патологией. С другой стороны, нам кажется, настало время ставить вопрос об организации в нашей стране специализированных санаториев для больных с постгастрорезекционным и постхолцистэктомическим синдромами, в лечении которых должны участвовать врачи различных специальностей (курортологи, хирурги, терапевты, невропатологи и др.).

Все сказанное явилось основанием заняться изучением курорта Джермук с целью использования его как здравницы для лечения больных, страдающих постгастрорезекционным и постхолцистэктомическим синдромами.

Джермук является высокогорным бальнео-питьевым и климатическим курортом, расположенным на высоте 2000 м над уровнем моря, с замечательным ландшафтом и большими перспективами. Как пишет проф. Н. Н. Славянов, «...из всех источников земного шара, источник «Джермук» ближе всего подходит к Карлсбадскому Шпруделю по своему физико-химическому составу и по температуре... Источник обладает громадным дебитом, этот источник должен иметь не только всесоюзное значение, но и мировое, какое имеет Карлсбадский Шпрудель». Теоретическим основанием для выбора Джермука, кроме указанных его качеств, явились для нас многочисленные экспериментальные исследования и клинические наблюдения ряда авторов, пролившие свет на действие минеральной воды «Джермук» при заболеваниях органов пищеварительного тракта и открывшие ей широкую дорогу в практическую медицину [1—5, 10—13 и др.].

В течение 1971—1975 гг. нами динамически изучено влияние комплексного лечения на курорте Джермук у 806 больных, из которых 441 человек страдали болезнями оперированного желудка, а 365—постхолцистэктомическим синдромом. В комплексное лечение входило: прием три раза в день до еды по 250 мл минеральной воды, минеральные ванны, при необходимости тубаж минеральной водой, промывание желудка и кишечника, физиотерапевтические процедуры, диета № 5 и др. Лечение проводилось в условиях санаторного режима в филиале Армянского научно-исследовательского института курортологии и физиотерапии им. А. А. Акопяна и длилось 26 дней. Некоторые больные такое лечение приняли от 2 до 3 раз.

В результате разнообразных клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований было установлено, что из 441 только у 9 больных (2%) постгастрорезекционные синдромы были обусловлены органическими факторами, а именно: пептической язвой анастомо-

за—у 6, рецидивом язвы культи желудка—у 2 и перивисцеритом с симптомом приводящей петли—у одного больного, а у остальных 98% больных имелись функциональные расстройства.

У всех больных второй группы, направленных на лечение в Джермук, были исключены механические факторы в патогенезе постхолецистэктомического синдрома.

Среди больных с постгастрорезекционными синдромами 89% составляли мужчины, которые перенесли резекцию желудка по поводу язвенной болезни по методу Бильрот-11. Среди больных, перенесших холецистэктомию по различным показателям, женщины составляли 86,3%. Больные в обеих группах пребывали в возрасте от 18 до 70 лет. В широких пределах колебалось также время, прошедшее после перенесенной операции и возникших позже страданий—от одного месяца до 20 и более лет.

У больных первой группы наблюдались следующие синдромы (по классификации Б. В. Петровского с сотр.): дампинг-синдром—у 65,3%, гипогликемический—у 14,6%, синдром приводящей петли—у 19,9% и пострезекционная астения—у 0,2%.

У больных второй группы основными проявлениями постхолецистэктомического синдрома являлись: хронические холангиты, панкреатиты и гепатиты, а также дискинезии желчных путей и их сочетания.

У всех больных до начала лечения на курорте Джермук подробно изучались анамнестические данные, клиническая симптоматика заболевания, его тяжесть и особенности течения, учитывалось наличие сопутствующих заболеваний и др. Выяснилось, что основными жалобами больных первой группы были: дисгликемические проявления (67,9%), боли в верхней половине живота (50,3%) и различные диспептические расстройства (16,0—53,9%). У многих больных имелись сопутствующие психоневротические расстройства.

У больных второй группы основными жалобами являлись: постоянные тупые боли в правом подреберье (70,6%) и разнообразные диспептические расстройства (от 13,0 до 61,0%). Объективно имелось увеличение печени у 97 человек (26,5%), положительные симптомы Ортнаера—у 311 (85,2%) и Образцова—у 267 лиц (73,1%).

У больных, страдающих постгастрорезекционным синдромом, проводилось комплексное изучение функционального состояния культи резецированного желудка, для чего определялось: объем желудочного сока натощак и в период часового напряжения секреции, кислотообразующая, хлорвыделительная, гастромукопротеидообразующая и эвакуаторная функции, а также ферментативная активность желудочного сока (содержание пепсина и уропепсина). Кроме рентгенологического исследования эвакуаторной функции культи желудка, Р. А. Балайном с этой целью впервые был применен метод манометрии и дебитометрии начального отдела отводящей петли желудочно-кишечного соустья. Результаты этих исследований показали, что у подавляющего большинства больных имелось угнетение вышеприведенных показателей функционального состояния оперированного желудка.

У 147 больных этой группы было изучено также функциональное состояние печени и установлено, что у них имеются нарушения углеводной, белковообразовательной и некоторых других функций печени. Так, у большинства имелись выраженные сдвиги в белковом обмене: гипопротенемия, уменьшение уровня альбуминов и увеличение содержания глобулинов.

Были выявлены нарушения со стороны углеводной функции, которые выражались снижением уровня сахара в крови натощак, искажением сахарных кривых и увеличением гипо- и гипергликемических коэффициентов. Параллельно у многих больных отмечалось нарушение внутрисекреторной функции поджелудочной железы и повышение содержания сахара в крови до 220—2282 мг%. У 114 больных изучен минеральный обмен и установлены сдвиги в содержании калия, натрия и кальция в плазме многих больных. Наконец, капрологические исследования показали, что у многих больных, страдающих болезнями оперированного желудка, имеются в различной степени выраженности нарушения в перевариваемости белков, жиров и углеводов.

Многочисленные и разнообразные исследования были выполнены у больных с постхолестэктомическим синдромом.

Обобщение результатов всех исследований показало, что у больных как с постхолестэктомическим, так и постгастрорезекционным синдромами имеется множество функциональных расстройств со стороны оперированного желудка, печени и поджелудочной железы.

Под влиянием лечения на курорте Джермук у подавляющего большинства больных констатировано значительное улучшение самочувствия, исчезновение тягостных или заметное уменьшение постгастрорезекционных синдромов, нормализация процессов переваривания пищи, что привело к увеличению веса больных от 600 г до 8,0 кг, в среднем на 2 кг 600 г.

К концу курортного лечения у подавляющего большинства больных отмечены резкие сдвиги в содержании общего белка в крови, нормализация белковых фракций за счет увеличения содержания альбуминов. Заметно улучшилась углеводная функция печени, а также секреторная функция поджелудочной железы. Улучшение наступило также со стороны всасывательной, выделительной, секреторной и эвакуаторной деятельности резецированного желудка, что сказалось в замедлении эвакуаторной функции культи последнего, увеличении объема желудочного сока, содержания хлоридов, пепсина и уропепсина, гастромукопротеидов.

Значительное улучшение самочувствия после комплексного курортного лечения наблюдалось также у больных с постхолестэктомическим синдромом. У подавляющего большинства из них прошли или заметно уменьшились болевые ощущения и диспептические расстройства. Почти у всех больных с увеличенной печенью нормализовались ее размеры, уменьшилась болезненность в правом подреберье и частота симптомов Ортнера и Образцова.

В табл. 1 и 2 приведены некоторые показатели функционального состояния печени и поджелудочной железы до и после завершения лечения на курорте Джермук у больных с постхолецистэктомическим синдромом.

Таблица 1  
Функциональное состояние печени до и после лечения

Показатели	Содержание		
	в норме	до лечения	после лечения
Фруктоза-1-фосфатальдолаза	0—1 ед.	5,6±2 ед.	2,1 ед.
Холинэстераза	3—7 мкМ	2,7±2,2	5,3±1,7
Щелочная фосфатаза в сыворотке	10—20 ед.	23,8±3,1	21,0±3,3
Щелочная фосфатаза в лейкоцитах	1,9 ед.	2,1 ед.	1,9 ед.
Урокиназа	0	3,0±2,8	1,8±0,42
Глутамико-аспарагиновая трансаминаза	19±6	22,8±2,7	17,5±1,3 ед.
Глутамико-аланиновая трансаминаза	16±5 ед.	22,0±2,5	17,5±2,1
Антиоксическая функция	65—100%	65±12,0	80±9,1
Гликоген	7—11 мг%	10,24 мг%	9,41 мг%

Таблица 2  
Функциональное состояние поджелудочной железы до и после лечения  
(по данным исследования дуоденального содержимого)

Фермент	Содержание*		
	1-я порция	2-я порция	3-я порция
Амилаза	225,8	212,0	185,0
	<u>251,8</u>	<u>203,3</u>	<u>213,4</u>
Трипсин	86,8	111,2	121,4
	<u>95,0</u>	<u>116,0</u>	<u>153,0</u>
Ингибитор трипсина	188,0	222,6	251,0
	<u>245,0</u>	<u>270,0</u>	<u>289,0</u>
Липаза	2,65	2,09	2,23
	<u>2,62</u>	<u>2,85</u>	<u>3,11</u>

\* Числитель — до лечения, знаменатель — после лечения.

Для изучения функционального состояния поджелудочной железы у больных с постхолецистэктомическим синдромом было определено содержание ее ферментов до и после лечения в дуоденальном соке, моче и крови. В табл. 2 приведены результаты этих исследований в дуоденальном содержимом.

Заметные сдвиги после лечения на курорте наступили также в активации дуоденальной секреции. Так, если до лечения объем дуоденального сока в I порции составлял 47 мл, во II—62,4 и в III—80,3 мл, то после лечения эти показатели были выражены соответственно следующими цифрами—62,5, 85,5, 91,0 мл.

Активация функции поджелудочной железы в результате лечения на курорте Джермук подтверждается и результатами исследования ферментов железы в крови и моче.

Таким образом, приведенные в табл. 1 и 2 данные весьма демонстративно показывают благотворное действие комплексного лечения на курорте Джермук больных с постхолецистэктомическим синдромом, у которых нарушенная функциональная деятельность печени и поджелудочной железы в подавляющем большинстве нормализуется или заметно улучшается.

Обобщение результатов комплексного лечения больных с функциональным постгастрорезекционным синдромом показало, что значительное улучшение наступило у 24,2%, улучшение у 66,1%, незначительное улучшение у 5,1% и существенного улучшения не отмечалось у 4,6% всех больных. Таким образом, благотворное влияние лечения на курорте Джермук у этой группы больных наблюдалось в 95,4% случаев.

Среди больных с постхолецистэктомическим синдромом значительное улучшение отмечалось у 37,0%, улучшение у 50,7%, незначительное улучшение у 10,9%, и лечение не оказало эффекта у 1,4% всех больных. Таким образом, положительный эффект у этой группы больных наблюдался у 98,6% всех лечившихся.

Изучение ближайших и отдаленных исходов лечения у большой группы больных показало, что через 1—4 года благотворное влияние курортного лечения сохраняется почти у 60% лиц. Это влияние еще более закрепляется при повторном лечении на курорте Джермук.

Среди наших больных было много лиц из различных городов и районов Советского Союза, которые до приезда в Джермук лечились на других курортах страны, в частности на курортах минеральных вод. При анализе результатов всесоюзного опроса, проведенного нами с помощью анкеты, выяснилось, что подавляющее большинство больных отдало предпочтение курорту Джермук.

Таким образом, на основании пятилетнего опыта мы приходим к выводу, что комплексное лечение больных, страдающих функциональными расстройствами оперированного желудка и постхолецистэктомическим синдромом на курорте Джермук дает весьма положительные как непосредственные, так и отдаленные исходы. Это обстоятельство, с одной стороны, физико-химический состав минеральной воды и ее высокая природная температура—с другой, а также прекрасные климатические и ландшафтные факторы дают основание ставить вопрос об организации в Джермуке всесоюзного центра и специализированных санаториев для лечения больных с функциональными постгастрорезекционным и постхолецистэктомическим синдромами. Наконец, выбор этого курорта для организации всесоюзной здравницы обоснуется также огром-

ным числом больных с указанной патологией, перегруженностью курортов минеральных вод и большими перспективами курорта Джермук с неисчерпаемым запасом минеральной воды.

Кафедра госпитальной хирургии  
Ереванского медицинского института

Поступила 10/III 1975 г.

Ի. Ք. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ, Ն. Ն. ԲԱԲԱԼՅԱՆ, Ռ. Չ. ԲԱԼԱՅԱՆ

**ՎԻՐԱՀԱՏՎԱԾ ՍՏԱՄՈՔՍԻ ՄԻ ՔԱՆԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ  
ԵՎ ՀԵՏՆՈՂԵՑԻՍԵՒԿՍՈՒԿ ՍԻՆԴՐՈՄԻ ՀՆԳԱՄՅԱ ԲՈՒԺՄԱՆ  
ՓՈՐՁԸ ՁԵՐՄՈՒԿՈՒՄ**

Ա մ փ ո փ ու մ

1971—1975 թթ. ընթացքում Ձերմուկում անց է կացված 806 հիվանդաների կոմպլեքսային բուժում, որոնցում 441-ը ունեին վիրահատված ստամոքսի զանազան հիվանդություններ, իսկ 365-ը տառապում էին հետխոլեցիստէկտոմիկ սինդրոմով: Բուժման տևողությունը 26 օր է:

Բացի բազմակողմանի կլինիկական հետազոտություններից հիվանդները բուժումից առաջ և հետո ենթարկվել են ռենտգենյան, լաբորատոր, բիոքիմիական և այլ հետազոտությունների, որոնց ընթացքում հատուկ ուշադրություն է դարձվել ստամոքսի, լյարդի և ենթաստամոքսային գեղձի ֆունկցիոնալ վիճակի վրա:

Բուժման արդյունքները 95,4—98,6% -ի դեպքում եղել են դրական: Բուժումը հատկապես նպաստել է ստամոքսի, լյարդի և ենթաստամոքսային գեղձի ախտահարված ֆունկցիաների զգալի նորմալացմանը:

Հեղինակները գտնում են, որ Ձերմուկը պետք է հանդիսանա մեր միութայան հիմնական կուրորտային բազան այդ պաթոլոգիայով տառապող հիվանդների բուժման համար:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Агаджанян Г. И. Лечение больных хроническими гепатитами и гепатохолецистами на курорте Джермук, в. 2. Ереван, 1957, стр. 211.
2. Агаджанян Г. И. Курорт Джермук. Ереван, 1962.
3. Варганян А. Б. Автореф. канд. дисс. Ереван, 1964.
4. Григорян Р. А. Матер. 9-й научной сессии институтов курортологии и физиотерапии Закавказских республик. Ереван, 1967, стр. 109.
5. Джанжутова Р. С. Сборник трудов Института курортологии и физиотерапии. Ереван, 1964, стр. 15.
6. Караванов Г. Г., Фильц О. В. Клини. мед., 1959, 2, стр. 32.
7. Караванов Г. Г., Фильц О. В. В кн.: Еюногастропластика при гастрэктомии и резекциях желудка. Симферополь, 1962, 2, стр. 63.
8. Комахидзе М. Э., Ахметели Т. И., Долидзе Н. Г. Клини. хир., 1971, 4, стр. 42.
9. Маят В. С., Шалимов А. А. XXIX Всесоюзный съезд хирургов (тезисы докладов), Киев, 1974, стр. 45.
10. Мелик-Адамян А. А. Сб. научн. работ. Ереван, 1948, в. I, стр. 9.
11. Мирзоян С. А. В кн.: Тезисы докл. научной сессии, посвящен. курорту Джермук. Ереван, 1952, стр. 16.

12. Мнацаканов Т. С. Джермук—питьевой и бальнеологический курорт. Ереван, 1952.
13. Мушегян Г. П. Влияние минеральной воды «Джермук» на функцию пищеварительных органов. Изд. АН Арм. ССР, 1947, 10, стр. 31.
14. Носков А. П. Автореф. канд. дисс. Березники, 1953.
15. Петровский Б. В., Ванцян Э. Н., Пономаренко В. Н. В кн.: Диагностика и лечение постгастрорезекционных синдромов у язвенных больных. Тернополь, 1968, стр. 11.
16. Сальман М. М., Гурвич Р. Н., Иоффе В. С. В кн.: Вопросы курортного и хирургического лечения заболеваний желчных путей. Ставрополь, 1973, стр. 74.
17. Самохвалов В. И. Вестн. хир., 1966, 11, стр. 83.
18. Славянов Н. Н. Сб. научн. тр. бальнео-климат. курорта Джермук, в. 1. Ереван, 1948, стр. 255.
19. Цуканов А. А. Автореф. канд. дисс. Л., 1955.
20. Fischermann K., Rasmussen F. Acta Chir. Scand., 1960, 120, 2/3, 159.
21. Gillesphil M. G., Lo Bree R. H., Mc Donald O. C. Arch. Surg., 1960, 81, 6, 909.
22. Maller J., Sturik J. Vnitřní Lek., 1960, 6, 2, 158.