

SOCIAL-HYGIENIC ASPECTS OF THE REPRODUCTIVE FUNCTION DISTURBANCES OF WOMEN, LIVING IN VILLAGES

The correlation between the disturbances of reproductive function in women, living in villages, and the pollution of the surrounding air by pesticides is discussed. The dependence of the pathologic outcomes of the pregnancies on their ordinal number has been revealed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Айриян А. П. Социологическое исследование семьи. Ереван, 1974.
2. Бочков Н. П. В сб.: Перспективы медицинской генетики. М., 1984.
3. Константинова Т. К.; Антоненко Т. А. и др. В кн.: Материалы Всесоюзной научн. конференции по проблеме: «Научные основы гигиены села», т. 1. Баку, 1979, с. 156.
4. Кулешов И. П., Бочков Н. П., Алексин В. И. и др. Генетика, 1979, т. 14, 2, с. 340.
5. Куриный А. И., Пидинская М. А. Исследование пестицидов как мутагенов окружающей среды. Киев, 1976.
6. Куриный А. И. Цитология и генетика, 1978, т. 12, 4, с. 353.
7. Bouc J., Bouc A., Lazas P. In: Biol. Pathol. aging gametes, ed. Blandau, Ka rges-Basd, 1974, 330.
8. Saxena M. D., Siddiqui M. K., Bhargava A. K. et al. Toxicology, 1980, 17, 3; 323.

УДК 616.342—073.97+616.83—002.44—073.97

С. Е. ВОСКАНЯН, В. Г. ОГАНЕСЯН, В. С. ВОСКАНЯН

К ВОПРОСУ ЭГГ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Изучалась моторика желудка по данным ЭГГ до операции и после различных органосохраняющих вмешательств с ваготомией на желудке и 12-перстной кишке по поводу язвенной болезни. Выяснено, что возникающие после операции нарушения моторики имеют тенденцию к восстановлению в течение года.

В последние годы большое внимание уделяется различным способам хирургического лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, причем предпочтение отдается органосохраняющим и органосберегающим операциям, а также ваготомии в сочетании с дренирующими операциями желудка. Однако процент нарушений эвакуаторно-моторной функции желудка после указанных операций остается пока высоким—3—6,5 [1, 4, 5].

В целях изучения моторно-эвакуаторной функции желудка после вышеперечисленных операций нами обследовано 150 больных. Все больные до операции прошли рентгенологическое и ЭГГ обследования.

У 50 больных (8 женщин, 42 мужчины в возрасте 21—60 лет с продолжительностью болезни от 3 до 15 лет) произведены органосохраняющие и органосберегающие операции или различные виды ваготомии в сочетании с дренирующими операциями желудка: селективно-проксимальная ваготомия (СПВ)—у 11, СПВ с дренирующей операцией по-

Жабулею—9, Гейнике-Микуличу—5, по Финнею—10, ваготомия с антрумэктомией и анастомозом по Бильрот-1—у 15 больных.

В контрольную группу (15 человек) с нормальной ЭГГ желудка были включены практически здоровые лица в возрасте 18—25 лет.

Для оценки эвакуаторной функции желудка до операции, кроме рентгеноскопии, проводили также рентгенографию в разные сроки (30 мин., 1 час, 2 часа), причем особое внимание обращалось на темп опорожнения желудка и характер эвакуации. Эвакуация считалась ускоренной при полном опорожнении желудка в течение 1 часа, нормальной—1—3 часов и замедленной—более 3 часов.

Биоэлектрическая активность желудка определялась с помощью аппарата ЭГС-4М. ЭГГ обследование больных проводили натощак и через 15—20 мин. после принятого пробного завтрака (150 г белого хлеба и стакан сладкого чая). Активный электрод аппарата закреплялся в антральной области желудка, а индифферентный—фиксирувался на правой голени.

ЭГГ исследование позволяет определить моторную функцию желудка, учитывая соответствие между ритмическими изменениями биопотенциалов и сокращением мышц.

В контрольной группе ЭГГ имеет нормокинетический тип, средний биопотенциал 0,18—0,26 мВ, максимальный 0,39—0,49 мВ, минимальный 0,11—0,15 мВ и разница биопотенциалов 0,18—0,34 мВ.

При оценке типа ЭГГ мы пользовались классификацией, предложенной В. Х. Василенко [2], включающей 3 основных типа:

1. Нормокинетический (средние биопотенциалы 0,2—0,3 мВ, разница биопотенциалов 0,3—0,4 мВ, ритм колебаний—3 волны в минуту).

2. Гиперкинетический (средние биопотенциалы выше 0,44 мВ, разница биопотенциалов 0,5 мВ, ритм колебаний 3,1—3,2 волны в минуту).

3. Гипокинетический (средние биопотенциалы 0,2 мВ, разница биопотенциалов 0,2—0,5 мВ, ритм колебаний—3 волны в минуту).

Из общего числа больных 40 человек страдали органическим стенозом привратника, развившимся в результате язвенной болезни 12-перстной кишки, что явилось причиной нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка. Нами выявлено, что наиболее часто такие нарушения наблюдаются у больных с пилоростенозом. В компенсированной фазе пилоростеноза при рентгенологическом обследовании было выявлено увеличение желудка и легкое нарушение эвакуации контрастного вещества. При ЭГГ обследовании наблюдался высокий вольтаж ритмических колебаний амплитуды, обусловленный усилением перистальтики желудка.

В субкомпенсированной фазе пилоростеноза рентгенологическое обследование выявило значительное количество жидкости в желудке у больных натощак и через 24 часа скопление небольшого количества контрастного вещества. При ЭГГ наблюдалась высокая амплитуда колебаний, значительных изменений ритма колебаний не отмечалось.

При рентгенологическом обследовании больных с пилоростенозом в декомпенсированной фазе наблюдалось значительное увеличение желудка, большое количество жидкости. Нередко отмечалось опущение

желудка (дно доходило до уровня малого таза). Через 24 часа в желудке оставалось более половины принятого контрастного вещества. При ЭГГ были выявлены невысокая амплитуда колебаний и нередко заметное нарушение их ритма.

Моторная и эвакуаторная функции после ваготомии с дренирующими операциями желудка исследовались у 30 больных, причем больные обследовались в разные послеоперационные сроки (через 2 недели, 6 месяцев, 1 год).

Через 2 недели после ваготомии у больных нарушение моторики желудка носило гипокинетический характер. Рентгеноскопия в те же сроки показала гипотонию или атонию культи желудка. У всех больных не было отмечено перистальтического сокращения желудка. Наши исследования показали, что гастростаз чаще всего наблюдается у лиц, подвергшихся ваготомии в сочетании с органосохраняющей операцией по Бильрот-1 (реже Бильрот-II). ЭГГ исследования выявили снижение амплитуды максимальной волны и средних биопотенциалов. В ранние послеоперационные сроки эти больные жаловались на чувство тяжести в левом подреберье и подложечной области, особенно в вечерние часы, и тупые боли в области левого подреберья. Через 6 месяцев после операции у большинства больных эти симптомы прошли, и из 30 больных только 5 человек жаловались на чувство тяжести в эпигастральной области после еды. Через год после операции больные не имели никаких жалоб, и только у одного больного отмечались чувство слабости и головокружение после принятия сладкого, что быстро проходило после непродолжительного лежания.

Резюмируя вышеизложенное, мы приходим к убеждению, что ЭГГ исследование у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки является ценным клиническим тестом, а зарегистрированные нами нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка при ваготомии с органосохраняющими и органосберегающими операциями имеют тенденцию к восстановлению через определенное время.

Кафедра хирургии № 1
Ереванского медицинского
института

Поступила 11/VII 1985 г.

Ս. Բ. ՈՍԿԱՆՅԱՆ, Վ. Հ. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ, Խ. Ա. ԱՆԱՊԻՈՍՅԱՆ, Վ. Ս. ՈՍԿԱՆՅԱՆ

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԵՎ 12-ՄԱՏՆՅԱ ԱՂՈՒ ԽՈՑԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄԲ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ԷԼԵԿՏՐԱԳԱՍՏՐՈԳՐԱՖԻԱՅԻ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐԶ

Էլեկտրագաստրոգրաֆիայի միջոցով ուսումնասիրված է ստամոքսի մոտորիկան ստամոքսի և 12 մ. աղու խոցային հիվանդությանը հիվանդների մոտ մինչև վիրահատությունը և վազոտոմիայով զուգակցված օրգանապահպանող տարբեր վիրահատություններից հետո:

Պարզված է, որ ստամոքսի մոտորիկայի խանգարումները վիրահատությունից հետո վերականգնվում են մեկ տարվա ընթացքում:

ON THE PROBLEM OF ELECTROGASTROGRAPHY IN PATIENTS WITH GASTRIC AND DUODENAL ULCERS

According to EGG data the motility of the stomach has been studied before the operation and after different surgical interventions with vagotomy on the stomach and duodenum in case of peptic ulcer.

It is revealed that the postoperative disorders of the stomach motility have a tendency to recovery during one year's period.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Берёзов Ю. Е., Варшавский Ю. В. Оперированный желудок. М., 1974.
2. Василенко В. Х. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1981.
3. Железный В. И. Автореф. канд. дисс. М., 1967.
4. Русаков А. А. Рак желудка. Л., 1979.
5. Спасокукоцкий С. И. Труды, т. II. М., 1948.

УДК 616.71—018.46—002.2

И. А. ОВСЕПЯН, В. П. АЙВАЗЯН

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Предлагаемая классификация может быть полезной в выборе оптимального метода лечения посттравматического остеомиелита.

При классификации посттравматического остеомиелита необходимо акцентировать внимание на ряде особенностей его течения и проявлений. Нами предложена (таблица) рабочая классификация посттравматического остеомиелита, в которой учтены характер течения воспалительного процесса, поражение того или иного сегмента кости (кортикальный слой, костномозговой канал), состояние области перелома кости, состояние мягких тканей, наличие или отсутствие нарушений венозного и лимфатического кровотока (при локализации процесса на голени) и др. Ниже приводится обоснование включения в предлагаемую классификацию того или иного показателя посттравматического остеомиелита с точки зрения выбора тактики и характера лечения.

По характеру течения воспалительного процесса как в мягких, так и в костной тканях мы предлагаем различать острый и хронический посттравматический остеомиелит. Острый посттравматический остеомиелит характеризуется повышением в посттравматическом и послеоперационном периоде температуры, лейкоцитозом, появлением сильных болей, то есть наличием гнойно-воспалительного процесса. Своевременным назначением адекватного противовоспалительного лечения с использованием антибиотиков (лечебных, а не профилактических доз), внутриаартериальных вливаний лекарственных веществ, вскрытием и эвакуацией нагноившейся гематомы и других мероприятий в большин-