

тью. Слизистая луковицы 12-перстной кишки не изменена. Диагноз: язва области угла желудка.

Анализ крови от 1/III: эр. 3200000, л. 10500, э. 1, п. 6, с. 70, лимф. 21, м. 2, СОЭ — 30 мм/час. ОЦК — 3354, ОЦП — 2214. Общий белок 52,4 г/л.

С диагнозом кровоточащая язва желудка, фитобезоары желудка проводилось консервативное лечение включая внутривенное капельное переливание крови суммарно 800 мл, введение белковых препаратов. Однако состояние больной ухудшалось: усилилась боль в эпигастрии, повторилась рвота "кофейной гущей", стул был черного цвета. Ввиду продолжающегося желудочного кровотечения больная была назначена на оперативное лечение.

Операция 7/III-95 г.: резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Под интубационным наркозом после обработки операционного поля йодонатом брюшная полость вскрыта послойно от мечевидного отростка и до пупка. При ревизии по малой кривизне желудка определяется плотная язва 3,5х3 см, пенетрирующая в тело поджелудочной железы. Желудок содержит фитобезоары (5 шаровидных образований диаметром около 6 см), занимающих его тело и дистальный отдел. В петлях тонкой кишки темная кровь. Решено выполнить резекцию 2/3 желудка.

Произведена мобилизация желудка, отсечена его стенка, пенетрирующая в поджелудочную железу. Фитобезоары смещены в дистальную часть желудка. Дистальные 2/3 желудка, включающие язву и фитобезоары, резецированы. Культи 12-перстной кишки ушита УКЛ-40 и перитонизирована кисетным швом. Часть культи желудка ушита УКЛ-60, другая часть анастомозирована позадиободочно конец в бок с короткой петлей тонкой кишки по Гофмейстеру-Финстереру. Анастомоз фиксирован к брыжейке поперечной ободочной кишки. Брюшная полость дренирована трубкой, выведенной через контрапертуру в правом подребе-

рье. Тело поджелудочной железы инфильтровано 250 мг 5-фторурацила, разведенного на 20 мл физиологического раствора. Послеоперационная рана ушита. Асептическая повязка.

Удаленные фитобезоары в количестве 5 штук представляют собой плотноэластические шары в диаметре 6 см, клейкие, темного цвета, состоящие из волокон хурмы.

Результат патологогистологического исследования № 6342-53: в присланном резецированном желудке имеется язва на малой кривизне 3,5х3 см неправильной формы с валикообразными краями. В области дна язвы стенка желудка резко истончена.

Микроскопически обнаружены признаки хронической язвы желудка с некротическим дефектом в области дна. В краях язвы слизистая с признаками гиперплазии, с воспалительной, периульцерозной инфильтрацией, обилием эозинофилов. Мышечный слой почти полностью замещен рубцовыми разрастаниями, распространяющимися на клетчатку.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана домой 20/III-95 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Графская Н.Д., Котовский А.Е. Безоар желудка после ваготомии /Хирургия. — 1978, № 10, — С.127-128.
2. Ottonello M., Bertirotti S., Fabiano F., Meineri P., Gialdini S., Verardo T. Occlusione meccanica dell'intestino tenue da fitobezoari /Minerva chir. — 1993, V.48, № 7, — P.341-343.

Summary

There is a case of phytobezoars in combination with bleeding ulcer in the stomach in woman of 56.

The epigastric pain occurred after having eaten of persimmon. On X-Ray and endoscopy examination the correct diagnosis was made. The resection of the stomach has been performed 2/3 of its bulk. Chronic ulcer 3,5·3 cm was revealed in the resected stomach. Five phytobezoars represented balls 6 sm in diameter and consisted of persimmon's fibres. After operation the patient recovered.

УДК 616.26-009.24-08:615.14.1

ЛЕЧЕНИЕ ИКОТЫ МЕТОДОМ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ТОЧКИ

Ван Жунбин, Ли Цинхэ

Совместное советско-китайское предприятие "Здоровье" ИТО ВСНЦ СО РАМН, генеральный директор Ю.Л.Птиченко

Резюме. Симптом икоты встречается при заболеваниях органов брюшной полости, диафрагмы и др., связанных с раздражением блуждающего нерва. Наиболее часто он сопровождается оперативными вмешательствами на органах брюшной полости. Существует много методов лечения икоты: медикаментозные блокады, иглоука-

ливание точек ушной раковины и др.

Нами использовался у 38 больных с симптомом икоты метод точечного массажа биологически активных точек: цзянь-чжу и тянь-дин с хорошими результатами. Считаю, что метод точечного массажа биологически активных точек может быть рекомендован в сочетании с другими.

Икота — симптом раздражения блуждающего нерва, в результате чего наступает автономное сокращение диафрагмы, встречается довольно часто и причиняет ряд неприятных ощущений, а иногда — страдания [2].

У здорового человека икота наблюдается при глубоком вдохе холодного воздуха или при проглатывании сухой порции пищи. В основном же этот симптом сопровождает многие терапевтические, отоларингологические и хирургические вмешательства. В ряде случаев икота сопровождается отрыжкой с запахом тухлого яйца или примесью кислоты. Этот симптом должен настораживать врачей при обследовании больных, обратившихся только с симптомом икоты, так как он может служить первым сигналом серьезного заболевания.

Наибольшие же страдания приносит икота в послеоперационном периоде, после вмешательства на органах брюшной полости и диафрагмы. Столь же часто она наблюдается при перитоните, способствуя расхождению швов лапаротомного разреза и эвентрации органов брюшной полости.

Мы неоднократно отмечали икоту после наркоза, применяемого при операциях на опорно-двигательной системе, где срок вмешательства составлял не более 5-7 минут. Нередко икота носит затяжной и изнуряющий характер, продолжаясь свыше 48 часов, как мы это наблюдали у больной после операции на печени по поводу онкологического заболевания.

За три года работы в областной клинической больнице мы наблюдали 38 больных (муж. — 12, жен. — 26) с симптомом икоты, возраст их колебался от 11 до 57 лет. Трое из больных были амбулаторными и 35 — лечились стационарно. Из 35 больных 26 (74,3%) оперированы на органах брюшной полости и 9 (25,7%) — находились в периоде обследования (7 хирургических и 2 терапевтических). Из 26 оперированных больных икота появлялась через 30 минут после операции у 6 (23%), через 2 часа — у 11 (42,3%) и через трое суток у 9 (34,6%). Среди всех 38 больных получен хороший результат.

Существует ряд методов лечения симптомов икоты (1,3): медикаментозные, новокаиновые блокады, иглоукалывание активных точек ушной раковины и другие [4].

Нами использован для лечения икоты метод восточной медицины — раздражение биологически активных точек [5] путем их массажа. Проведение сеанса терапии осуществляется в положении больного сидя, полулежа и в состоянии — лежа. Воздействие на биологически активные точки осуществлялось путем надавливания 1 пальцем обеих рук на ниже указанные точки (рис.1). Помимо надавливания подушечками пальцев проводятся вращательные движения в течение 3-5 минут.

Воздействие проводится на 2 точки поочередно, одна из которых цуань-чжу (2) расположена у начала брови. Кнутри от внутреннего угла глаза располагается точка цин-мин (1).

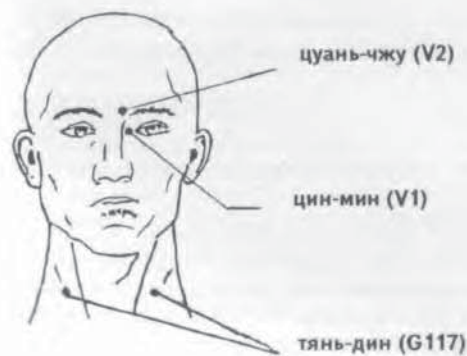


Рис.1. Расположение биологически активных точек цуань-чжу (V2), цин-мин (V1), тянь-дин (G117).

Вторая точка тянь-дин (G 117) находится у заднего края нижней части грудино-ключично-сосцевидной мышцы, выше надключичной ямки, ниже точки фу-ту (G 118) на 1 цунь. Воздействие на точку длится 3-5 минут и оказывается эффективным при одном сеансе. К использованию точки тянь-дин (G 117) мы прибегали в 4-х случаях, когда икота у этих больных повторилась. Воздействие на эту точку полностью сняло икоту.

Больной Т., 60 лет, юрист (история болезни № 1232) в октябре 1989 года оперирован по поводу повреждения внутреннего мениска правого коленного сустава и крестообразной связки. Операция проводилась под эндотрахеальным интубационным наркозом, длилась 45 минут, протекала без осложнений.

Через 20 минут после операции у больного началась непрерывная икота. Медикаментозная терапия была безуспешной. Через 6 часов после операции проведена двухсторонняя вагосимпатическая блокада по Вишневскому 0,25% раствором новокаина до 40 мл с каждой стороны. Икота прекратилась, но через час возобновилась с той же частотой.

Спустя 9 часов после операции больному проведен точечный массаж точек цуань-чжу (2) и тянь-дин (G 117). Через 15 минут после данного воздействия икота прекратилась и более не повторялась.

Таким образом, использованный нами метод точечного массажа может быть рекомендован в сочетании с другими. Он не травматичен и доступен как в стационарных, так и амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бунатян А.А., Цибуляк В.Н., Мещерякова. Иглоукалывание в хирургической клинике /Хирургия. — 1975, № 12, — С.70-74.
2. Гаваа Лувсан. Лечение иглоукалыванием послеоперационного болевого синдрома и некоторых функциональных расстройств /Авт.дисс... к.м.н. — М., 1976, — 15 с.
3. Дун Дэмао. Основные положения о точках иглоукалывания /Пекин: Женьмин вэйшэн чубаньшэ. — 1959, — 299 с.
4. Mann F. Acupuncture: The ancient chinese art of healing — J. Heinemann, 1978, — 200 p.
5. Meng A.C. Die traditionelle chinesische massage. — Hiedelberg, Hang, 1981, — P.277.