

При язве желудка в области дна язвы обнаруживается соединительная ткань, инфильтрированная гистологическими элементами, и разная интенсивность реакции на нейтральные и кислые мукополисахариды. Около язвы отдельные железы выстланы бокаловидными и добавочными клетками, обильно секретирующими мукоидные вещества. При раке желудка на значительном протяжении от макроскопического края опухоли определялась дедифференцировка железистого эпителия с замещением его бокаловидными клетками и индифферентным эпителием, исчезновение кислых мукополисахаридов с поверхности слизистой оболочки и интенсивная мукоидизация сохранившихся желудочных желез. Это является ценным дополнением для диагностики. Когда по тем или иным техническим причинам не удастся подвести биопсионное устройство прямо к видимому участку поражения, тогда приходится брать соскоб вблизи подозрительной области. С помощью гистохимических реакций в этом материале можно определить степень распространения патологического процесса, что косвенно дает возможность судить о характере очага поражения.

Исследование с биопсионным гастроскопом позволяет во многих случаях дифференцировать доброкачественные поражения желудка от злокачественных.

К сожалению, этот инструмент имеет определенные технические недостатки, которые значительно снижают его эффективность. Несколько больший диаметр дистального конца гастроскопа по сравнению с обычным смотровым аппаратом, увеличение металлических конструкций дистального конца, наличие дополнительного пластмассового капота для биопсионного устройства предопределяют более сложное управление этим гастроскопом. В аппарате нет скрытой системы для инсuffляции воздуха. В первый период работы мы вводили для этой цели тонкий желудочный зонд. Однако при значительных размерах самого гастроскопа эта дополнительная трубка затрудняет исследование (Л. К. Соколов, 1966). В последующем мы отказались от зонда и использовали для инсuffляции воздуха полное биопсионное устройство гастроскопа. Но это ограничивает возможности гастробиопсии. После отсечения одного кусочка слизистой надо прекратить исследование, чтобы при дальнейшей инсuffляции не потерять биопсионный материал.

Как и все гнущиеся гастроскопы, биопсионный гастроскоп фирмы Levallois имеет «слепые зоны» для осмотра и для биопсии. Причем ввиду того, что сочленение биопсионного зонда с гастроскопом в дистальной части плотное, подвижность головки зонда ограничена длиной этого сочленения. Для направленной биопсии недоступны субкардиальная область, свод, привратник, труднодоступны верхняя треть тела, задняя стенка антрального отдела. При выраженной деформации желудка направленная биопсия становится невозможной даже в теле желудка. Наличие «слепых зон» снижает диагностические возможности описанного биопсионного гастроскопа, так как часто возникает необходимость именно в этих участках провести направленную биопсию для уточнения диагноза. Безусловно, дальнейшее усовершенствование этого аппарата, уменьшение его технических недостатков позволят увеличить эффективность его применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виллако К. П. Клин. мед., 1959, 4. — 2. Канищев П. А. Новости мед. тех., 1961, 5. — 3. Сагателян Г. М. Сравнительные рентгенологические и гистологические исследования при заблелениях желудка. Ереван, 1960. — 4. Сивков И. И. Значение гастробиопсии в диагностике рака желудка. Медгиз, М., 1959. — 5. Силаев Ю. С. Вестн. хир. им. Грекова. 1963, 5. — 6. Смирнов Н. С. Тер. арх., 1951, 6. — 7. Соколов Л. К., Цодиков Г. В., Козлов В. И. В кн.: Вопросы кардиологии и гастроэнтерологии. Медицина, М., 1966. — 8. Цодиков Г. В. Арх. патол., 1966, 12. — 9. Benedict E. V. Gastroenterology, 1948, 11, 3, 281—283. — 10. Debray Ch., Housset P. Arch. Mal. Appar. dig., 1959, 48, 10, 1111—1118. — 11. Kenamore B. Am. J. dig. Dis., 1940, 7, 12, 539. — 12. Schindler R. Gastroscopy. Chicago, 1950. — 13. Tomenius I. Gastroenterology, 1952, 21, 4, 544—546. — 14. Wood A. I., Doig R. K., Mottram R., Hughes A. Lancet, 1949, 1, 6540 18—21.

УДК 616.33—002—616.33—072.1—616—076

О ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ГАСТРОБИОПСИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА

*П. И. Соболев, И. К. Ищенко, Л. С. Онуфриев, В. И. Усков
и Ф. Н. Шамсутдинова*

(Куйбышев-обл.)

В последние годы исследования функционального состояния желудка при хронических заболеваниях, основанные на физиологических принципах, ввиду недостаточной эффективности, особенно для нозологической диагностики, дополняются изучением морфологических структур слизистой желудка.

Для прижизненного исследования слизистой и железистого аппарата желудка предложен метод аспирационной биопсии [6], получивший широкое применение [1, 2, 3, 4, 5].

Значительная вариабильность строения слизистой оболочки желудка у здоровых явилась причиной того, что до настоящего времени нет единого мнения о классификации изменений, устанавливаемых при гастробиопсии. Ц. Г. Масевич (1963) различает 3 варианта структуры слизистой оболочки желудка: без изменений, поверхностный гастрит и атрофический гастрит. Для поверхностного гастрита характерны изменения слизистой желудка, для атрофического — более выраженные изменения слизистой и железистого аппарата. Гастробиопсия оказалась наиболее перспективной для диагностики хронических гастритов и функциональных расстройств желудка. Со стороны слизистой оболочки железистого аппарата выявляются дистрофически-некробиотические, воспалительно-инfiltrативные и пролиферативные изменения.

Мы обследовали 90 больных, преимущественно лиц молодого возраста, у которых клинико-рентгенологически диагностированы: язвенная болезнь (у 5), хронический диффузный гастрит (у 51), очаговый гастрит — гастродуоденит (у 8) и функциональное расстройство желудка (у 26). У всех больных с помощью гастробиопсионного зонда системы П. А. Қанищева брали кусочки слизистой желудка для гистологического исследования. У 1 из 5 больных язвенной болезнью обнаружен атрофический гастрит, у 2 — поверхностный и у 2 слизистая желудка оказалась нормальной. Из числа больных хроническим диффузным гастритом у 12 выявлен атрофический гастрит (у 3 из них резко выраженный, с метаплазией эпителия в эпителий типа кишечного), у 14 — поверхностный и у 25 строение слизистой оболочки желудка оказалось нормальным. У 5 из 8 больных с очаговым гастритом констатирован поверхностный гастрит и у 3 слизистая желудка была нормальной. В группе больных функциональным расстройством желудка у 1 установлен атрофический гастрит, у 10 — поверхностный и у 15 слизистая желудка была нормальной.

Среди больных с функциональными расстройствами могут, конечно, быть и большие гастритом.

По данным гастробиопсии, хронический гастрит был у 42, а функциональные расстройства — у 43 из 85 больных; по клиническим же данным гастрит был у 59, функциональные расстройства — у 26.

В табл. 1 сопоставлена морфологическая картина слизистой оболочки желудка с состоянием секреторной и кислотообразующей функции желудка.

Т а б л и ц а 1

Морфологическая картина	Число больных	Кислотность желудочного сока			Секретия желудочного сока		
		нормальная	повышенная	пониженная	нормальная	повышенная	пониженная
Нормальная слизистая оболочка (функциональное расстройство)	45	21	15	9	26	10	9
Поверхностный гастрит	31	10	8	13	16	6	9
Атрофический гастрит	14	2	3	9	4	3	7

Мы можем убедиться, что данные гастробиопсии в диагностике больных хроническими заболеваниями желудка в большей степени совпадают с результатами исследований желудочной секреции.

При сопоставлении данных рентгеновского и морфологического исследования совпадение их в группе больных с нормальным рельефом слизистой отмечено только у 39 из 70, у остальных 31 при гистологическом исследовании обнаружена патология (у 21 — поверхностный и у 10 — атрофический гастрит).

В группе больных с утолщенными складками совпадение рентгеновских и морфологических данных отмечено у 11 из 20, у 6 была нормальная слизистая желудка и у 3 — атрофический гастрит.

Таким образом, гастробиопсия является ценным дополнительным методом исследования желудка, позволяющим наиболее достоверно проводить дифференциальный диагноз между функциональными расстройствами желудка и хроническими гастритами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Қанишев П. А. Методы диагностики заболеваний желудка. Медицина, Л., 1964.
2. Масевич Ц. Г. Тер. арх., 1963, 6.
3. Рутгайзер Я. М. Клин. мед., 1967, 8.
4. Туголуков В. Н. Современные методы функциональной диагностики состояния слизистой оболочки желудка и их клиническое значение. Медицина, Л.,

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ

Г. М. Николаев, А. Б. Остроумов и А. И. Марков

Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав. — проф. Н. П. Медведев), кафедра травматологии и военно-полевой хирургии (зав. — проф. Г. М. Николаев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и 15-я гор. больница Казани (главврач — Л. А. Баранчикова)

В большинстве случаев повреждение органов грудной и брюшной полостей сочетается с повреждением костей и забрюшинных органов. При таких комбинированных травмах наблюдается высокая летальность.

С 1963 по 1967 г. в нашей клинике находилось на лечении 226 больных с открытыми и закрытыми повреждениями органов грудной и брюшной полостей, из них 68 (50 мужчин и 18 женщин) — с комбинированными травмами органов грудной и брюшной полостей, в том числе и с повреждением костной системы. Из 68 больных умерло 16 (2 от перитонита, 4 от кровопотери и 10 от шока). Производственная травма была у 5 пострадавших, сельскохозяйственная — у 3, бытовая — у 25, автотранспортная — у 21, спортивная — у 14. 30% пострадавших получили травму в состоянии алкогольного опьянения.

Подкожные разрывы полых органов у половины больных сочетались с множественными переломами ребер, костей таза и черепа. У пострадавших с множественными переломами ребер мышечная защита и болезненность верхних отделов живота трактовались хирургами как результат повреждения межреберных нервов, а не полых органов. Мы считаем целесообразной следующую группировку комбинированных травм: 1) травмы грудной клетки и ее органов, 2) травмы органов брюшной полости и забрюшинного пространства, 3) травмы органов грудной и брюшной полостей.

Открытые травмы грудной клетки, в частности ножевые ранения, не представляют значительной трудности для диагностики.

У большинства пострадавших с комбинированной травмой органов брюшной полости была закрытая травма (падение с высоты, удар в живот, сдавление). При закрытой травме живота возможно профузное кровотечение, разлитой диффузный перитонит, шок. Чем раньше поставлен правильный диагноз и чем раньше больной оперирован, тем выше процент выздоровления.

Сроки оперирования больных представлены в табл. 1.

В клинике у подавляющего большинства пострадавших диагноз устанавливали в первые 3 часа и срочно производили оперативное вмешательство. Повреждение внутренних органов не обязательно сопровождается отсутствием печеночной тупости, кроме того, небольшие скопления свободной жидкости в брюшной полости (кровь, экссудат) практически трудно определить. Все это чрезвычайно затрудняет диагностику закрытых комбинированных травм. Вздутие живота в первые часы после травмы говорит о парезе кишечника, одной из частых причин которого служит забрюшинная гематома, а также перелом позвоночника.

Единственно правильным лечением закрытых повреждений органов брюшной полости является ранняя операция. Лапаротомия с целью диагностики показана тогда, когда предшествовавшие исследования больного не исключают повреждения внутренних органов и когда у врача возникает подозрение на перитонит или внутреннее кровотечение. Следует делать широкие разрезы, позволяющие произвести полную ревизию органов брюшной полости. Заслуживает предпочтения срединный разрез с последующим расширением в стороны в зависимости от обнаруженной патологии.

Оперативное вмешательство лучше проводить под общим эндотрахеальным наркозом с применением мышечных релаксантов, что дает возможность управлять жизненно важными функциями организма, позволяет произвести тщательную ревизию и создает хорошую релаксацию поперечнополосатой мускулатуры. Операцию необходимо

Таблица 1

Сроки операций с момента травмы, час.	Число больных	Умерло
До 6	35	5
От 6 до 12	13	3
От 12 до 18	6	3
От 18 до 24	2	1
Позднее 24	2	1
Не установлены	10	3
Всего	68	16