

отдела желудка под рентгеновским контролем), при этом мы изучали кислотность—щелочность желудочного «выброса». У 25 больных из 32 в двенадцатиперстной кишке регистрировался перепад рН от 6,0—7,0 до 1,5—1,0 (что соответствовало забросу кислого содержимого до 100 титр. ед.). Забросы кислого желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку имеют, видимо, определенное значение в механизме развития и поддержания процесса ульцерогенеза.

Повторное радиотелеметрическое исследование кислотообразующей функции желудка позволило судить, насколько эффективным в отношении снижения кислотности оказалось оперативное вмешательство. Из 31 больного, обследованного после операции, нормо- и гипохлоргидрия констатирована у 23, у остальных, как и до операции, кислотность желудочного содержимого в обе фазы желудочной секреции была высокой (90 титр. ед.), что можно связать с отсутствием должного эффекта от проведенной операции. Интересно отметить, что при наступавшей после операции нормо- и гипохлоргидрии желудочного содержимого не наблюдалось забросов кислого желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку, где рН был постоянно в пределах 6,0—7,5. У этих же больных значительно увеличилось время секреции соляной кислоты по щелочному тесту — в среднем до $36,4 \pm 7,3$ мин. против $13,4 \pm 1,8$ до операции.

Показатели кислотообразования, полученные с помощью зондового и радиотелеметрического исследований, свидетельствуют, что у абсолютного большинства больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки как в межпищеварительный период, так и во вторую нейро-гуморальную фазу секреции кислотообразовательная функция желудка усилена. Подобное состояние желудочной секреции у 57 больных было обусловлено гипертонусом блуждающих нервов и у 48 — гиперплазией обкладочных клеток желудка. О природе желудочной гиперсекреции у оперированных больных мы судили по результатам расчета числа обкладочных клеток (методика А. Ж. Сох в модификации В. М. Успенского).

Исследование желудочного кислотовыделения важно и с точки зрения оценки послеоперационных результатов, так как при отсутствии должного снижения кислотовыделения у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки нередко наступают рецидивы болезни.

Как показали наши исследования, после ваготомии с пилоропластикой желудочное кислотовыделение уменьшается при полной ваготомии в среднем на 30—70% в обе фазы секреции. Полноту ваготомии в настоящее время большинство исследователей изучает с помощью пробы Холландера. Мы выполнили эту пробу у 67 оперированных, причем у 18 она оказалась положительной. Прямого параллелизма в оценке результатов оперативного лечения (ваготомии) с этой пробой не отмечено, так как мы наблюдали хорошие клинические результаты как при положительном, так и при отрицательном тесте. В то же время у части больных с плохими результатами ваготомии по данным пробы была полная.

В группу с плохими результатами отнесены больные, у которых через некоторое время после операции возобновились боли, характерные для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Рентгенологически у части из них выявлен симптом «ниши» или контрастного пятна.

Максимальный гистаминовый тест КАУ после операции был выполнен у 11 из 13 больных с плохими клиническими результатами. Постгистаминовая секреция оказалась выше 20 мгэкв/час. При этом у 4 больных столь высокие показатели остались вследствие неполной ваготомии, так как у них кислотообразование снизилось после операции меньше чем на 30%. У остальных больных до операции постгистаминовая секреция была резко повышенной (50 и более мгэкв/час) и из-за недостаточного кислотоснижающего эффекта селективной ваготомии с пилоропластикой сохранилась после операции на уровне более 20 мгэкв/час.

Изучение желудочного кислотовыделения у оперированных больных методом радиотелеметрии показало, что при хороших результатах отмечается повышение внутрижелудочного рН в обе фазы желудочной секреции, отсутствуют забросы кислого желудочного содержимого из желудка в двенадцатиперстную кишку, а также значительно удлиняется время секреции соляной кислоты по щелочному тесту. У больных с плохими клиническими результатами после операции графики записи рН-граммы существенно не отличаются от дооперационных.

Поступила 29 сентября 1972 г.

УДК 616.33—089.86

К ГАСТРОСТОМИИ ПО СПОСОБУ К. П. САПОЖКОВА

Р. А. Айдаров

*Кафедра хирургии № 1 (зав. — доц. Р. К. Харитонов) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина на базе 5-й горбольницы г. Казани (главврач — В. М. Айзенман)*

С 1956 г. в нашей клинике применяется гастростомия по способу К. П. Сапожкова (1945). Всего оперировано 70 больных, из них по поводу рака грудного отдела пищевода — 45, рака кардиального отдела желудка с переходом на пищевод — 22,

рубцовой стриктуры пищевода на почве химического ожога — 3. Мужчин было 44 и женщин — 26.

В клинике были внесены следующие изменения (Р. К. Харитонов) в технику гастростомии по К. П. Сапожкову: 1) вместо 4 инвагинирующих швов, накладываемых для погружения части стенки желудка между двумя кистами, делали 8 таких швов, используя их для подшивания желудка к брюшной стенке; 2) в большинстве вмешательств (в 54 из 70) желудок не вшивали в срединную рану, а выводили образованный желудочный конус в отдельный небольшой разрез слева от срединной линии. В 12 случаях желудочный конус вшивали в верхний угол трансректальной раны и в 4 — в верхний угол срединной раны.

Для оценки результатов этой операции важно изучить возможные осложнения послеоперационного периода, смертность и степень герметичности свища.

Из 70 больных в клинике в послеоперационном периоде умерло 8. Следовательно, смертность при гастростомии по Сапожкову была значительно ниже, чем при способе Топровера (11,43% против 32,9%).

Большим были произведены следующие оперативные вмешательства.

Операция Торекя — Добромислова — 4 больным. Из них умерли 3. Во всех 3 случаях причиной смерти послужила тяжесть оперативного вмешательства и связанные с ней осложнения (у 1 больного — тромбоз легочной артерии и у 2 — гнойно-фиброзный правосторонний плеврит, пневмония и легочно-сердечная недостаточность). У выздоровевшего больного через 9,5 мес. после операции Торекя произведена предгрудинная пластика пищевода толстой кишкой (кишечный трансплантат омертвел). При последующем поступлении через 1 год 4 месяца после удаления пищевода были выявлены метастазы в средостение, и больной выписан домой для симптоматического лечения. Осложнений со стороны гастростомы у этой группы больных не было.

Пробная торакотомия с гастростомией по Сапожкову — 5 больным: 3 — одномоментно, 1 — пробная торакотомия с последующей гастростомией и 1 больному — гастростомия по Сапожкову с последующей торакотомией через 78 дней (этот больной умер через 4 дня после торакотомии от легочно-сердечной недостаточности. У него отмечалось нарушение герметизма стомы, в связи с чем он держал трубку постоянно в свище).

Только гастростомия по Сапожкову — 36 больным раком грудного отдела пищевода (у 2 из них имелся пищеводно-бронхиальный свищ). Из этой группы больных умерли в послеоперационном периоде 2 (на 1 и 11-е сутки после операции, от основного заболевания). В этой группе больных наблюдались следующие осложнения: у 5 — некроз желудочного конуса с частичным нарушением герметизма стомы, у 3 — нагноение в области стомы, а 2 были выписаны с плохим герметизмом свища. 24 больных были выписаны с хорошо функционирующим свищем, но у 3 из них, осмотренных в сроки от 2 до 4 месяцев, имелся уже нарушенный герметизм стомы с пролабированием слизистой желудка в гастростомическое отверстие (2 больных) и у 1 больного при осмотре были удалены из свища провалившиеся кисетные швы.

По поводу рака кардиального отдела желудка с переходом на пищевод IV ст. оперированы 22 чел. Умерло в послеоперационном периоде 3 больных (на 1, 11 и 46-е сутки после вмешательства). Все больные погибли от прогрессирования основного заболевания, причем у первых 2 больных гастростома не была вскрыта, а у третьего имелся некроз верхушки конуса и окружающих тканей. Герметизм свища отсутствовал, и содержимое желудка вытекало наружу.

Из 19 выписавшихся больных у 3 гастростома в клинике не была вскрыта в связи с их отказом. У них проходила жидкая и полужидкая пища. Из выписавшихся больных у 1 имелся частичный некроз верхушки конуса, но герметизм свища оставался удовлетворительным. Больной постоянно держал трубку в стоме. 1 больной выписан с несостоятельным свищом.

По поводу рубцового сужения пищевода в связи с химическим ожогом было оперировано 3 больных. У 2 чел. отмечался некроз желудочного конуса с нарушением герметизма стомы. У 1 из них было затем проведено бужирование пищевода, и он стал питаться естественным путем. Гастростомическое отверстие у него сузилось.

В результате правильной и интенсивной предоперационной подготовки и умелого послеоперационного ведения таких больных эффективность гастростомии значительно улучшилась. В послеоперационном периоде больным вводят 5% раствор глюкозы и физиологический раствор поваренной соли внутривенно или подкожно, 40% раствор глюкозы (по 20,0) внутривенно, переливают кровь и плазму, вводят белковые препараты и витамины парентерально.

После вскрытия просвета желудочного конуса, что обычно выполняется через 2—12 дней после операции, в свищ вводят тонкую резиновую трубку и оставляют в желудке. Трубку фиксируют к брюшной стенке марлевыми полосками и лейкопластырем. Частое введение резиновой трубки еще в неоформившееся свищевое отверстие неумелыми руками может принести больше вреда, чем постоянное ее пребывание в свище.

При слишком раннем введении толстых трубок можно растянуть шаружное отверстие свища и нарушить его герметизм. Опыт клиники показывает, что правильный уход за свищом до его полного формирования возможен только в стационаре, и поэтому ранняя выписка таких больных может дать неблагоприятные результаты.

Отдаленные исходы были прослежены у 25 больных. Средняя продолжительность жизни больных, подвергшихся гастростомии, составила 216 дней (наименьшая — 48 дней, максимальная — 783 дня у больного после операции Торека — Добромислова).

Поступила 25 декабря 1972 г.

УДК 616.346.2—002:616—07

О МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Проф. Т. С. Сунаргулов, С. Е. Гайсинская

*Кафедра патологической анатомии (зав.— проф. Т. С. Сунаргулов) Башкирского
медицинского института им. 15-летия ВЛКСМ*

Целью настоящей работы явилось изучение морфогистохимических изменений при простых аппендицитах у детей в сопоставлении с нормальными червеобразными отростками в тех же возрастных группах. Материалом исследования служили 180 червеобразных отростков, удаленных у детей с острым простым аппендицитом. В качестве контроля было изучено 70 червеобразных отростков детей, умерших скоропостижно или от различных соматических заболеваний без указания на патологию червеобразного отростка и заболевания желудочно-кишечного тракта. Анализ материала проводили в возрастном аспекте.

Для изучения брали кусочки из дистального, среднего и проксимального отделов отростка. Кроме общепринятых ориентировочных, были использованы некоторые гистохимические, импрегнационные методы и микроморфологические измерения.

Морфологически при остром простом аппендиците наблюдались расстройства кровообращения во всех слоях червеобразного отростка в виде гиперемии, кровоизлияний, стазов и тромбозов. Эндотелий сосудов набухший, местами пролиферирует, выступает в просвет, располагаясь неравномерно по периметру интимы. Внутренняя эластическая мембрана в таких сосудах неравномерно складчатая, а аргирофильная утолщена и проявляет большое сродство к серебру, что свидетельствует о повышении их проницаемости. Периваскулярные пространства расширены. В значительном числе случаев обнаружено фибриноидное набухание, сегментарный или тотальный фибриноидный некроз, некротические васкулиты. Лимфатические пути всех слоев отростка забиты лимфоцитами вследствие резкого нарушения лимфооттока, что можно объяснить спазмом лимфатических капилляров.

В значительном большинстве поверхностный цилиндрический эпителий, покрывающий слизистую оболочку отростка, сохранен. Иногда на слизистой оболочке обнаруживаются дефекты, имеющие ограниченный характер, неправильную или клиновидную форму и морфологически соответствующие «первичному аффекту» Ашофа; чаще имеются обширные, нечетко отграниченные язвы, дном которых может служить подслизистая оболочка. Слизистая оболочка отростка диффузно инфильтрирована лимфоцитами, ретикулярными клетками, плазмобластами. Кроме того, преимущественно на уровне основания крипт определяется то большее, то меньшее количество полинуклеарных лейкоцитов, среди которых преобладают эозинофилы. Резко увеличено количество гистиоцитов; они гипертрофированы, имеют нечеткие контуры, многие из них превратились в макрофагов.