

## СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Проф. Я. С. Циммерман, А. А. Левин, Г. И. Ероцкая

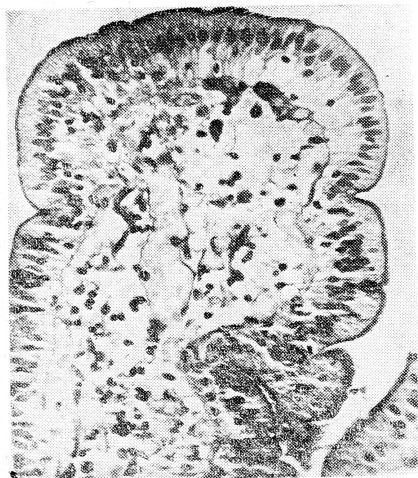
Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. Я. С. Циммерман) Пермского медицинского института

Целью настоящей работы явилось исследование структуры слизистой оболочки *duodenum*, полученной при аспирационной биопсии у больных язвенной болезнью, в сопоставлении с клиническими особенностями заболевания, показателями секреторной функции желудка, рентгенологическими данными, а также щелачивающим эффектом в двенадцатиперстной кишке.

Обследован 41 больной язвенной болезнью (преимущественно мужчины), в том числе 10 с впервые выявленным заболеванием. У 28 больных язва локализовалась в луковице двенадцатиперстной кишки, у 10 — в желудке, у 3 отмечено сочетанное изъязвление желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. 29 чел. были в возрасте от 31 года до 50 лет. У большинства заболевание характеризовалось частыми обострениями (не реже 1 раза в квартал), особенно в весенне-осеннее время. Обследования произведены в фазу обострения.

Все больные жаловались на боли различной интенсивности преимущественно в подложечной области. Характерным являлся суточный ритм болей. Иррадиация болей отсутствовала у половины больных. Обычно боли длились в течение нескольких часов и не купировались при аппликации грелки. Последнее позволяет предположить, что болевой синдром обусловлен не только моторными нарушениями, но и воздействием на слизистую оболочку кислотно-пептического фактора. Это подтверждается и тем, что у большинства боли проходили после приема пищи, антацидов, рвоты кислым желудочным содержимым. Снижение кислотообразования отмечено лишь у 8 больных, тогда как остальные имели сохраненную (чаще повышенную) секреторную функцию желудка. Рентгенологическое подтверждение язвенной болезни получено у всех больных, причем симптом «ниши» и рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки встретились одинаково часто. У 37 больных выявлена положительная реакция Грегерсена.

При морфологическом исследовании слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, включавшем изучение нативного препарата и гистологических срезов, окрашенных гематоксилин-эозином, по Шик и Хэйлу, Ван-Гизону, нормальная слизистая выявлена у 10 больных. У остальных отмечены изменения неспецифического характера, выразившиеся в инфильтрации и



Увеличение содержания мукополисахаридов в апикальной части эпителия и в зоне щеточной каймы. Шик-реакция.  $\times 550$ .

отеке стромы ворсин и основаниям слизистой, дистрофии поверхностного эпителия, полнокровии сосудов с явлениями престаза и стаза. Последнее могло свидетельствовать о нарушении микроциркуляции в слизистой оболочке, что способствует возникновению язвенного дефекта. У 15 больных наблюдались отчетливые нарушения регенерации слизистой оболочки, приведшие к ее атрофии.

Особое внимание заслуживает отмеченное у трети обследованных увеличение продукции кислых мукополисахаридов, являющихся одним из компонентов слизи. Оно выражалось в увеличении количества бокаловидных клеток, наличии Шик-позитивного вещества в цитоплазме энтероцитов, особенно в верхней части ворсин, повышении содержания мукополисахаридов в зоне щеточной каймы (см. рис.). Это явление описано в литературе как перестройка слизистой тонкой кишки — «гастрализация» поверхностного эпителия и рассматривается как морфологическое проявление компенсаторной, приспособительной реакции слизистой по отношению к кислотно-пептической фактору [1, 2].

В результате сопоставления данных морфологического исследования слизистой двенадцатиперстной кишки с клиническими осо-

бностями язвенной болезни было установлено, что у всех больных с сочетанным изъязвлением желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки развивается атрофия слизистой оболочки. При желудочной и дуоденальной локализации язвенного дефекта достоверных различий в структуре слизистой двенадцатиперстной кишки не найдено.

У больных с коротким (до года) язвенным анамнезом слизистая оболочка чаще была нормальной, а отмеченные изменения, как правило, укладывались в картину поверхностного дуоденита. В то же время при давности заболевания от 5 лет и более чаще встречалась атрофия слизистой двенадцатиперстной кишки. Это позволяет предположить вторичный характер изменений структуры слизистой оболочки, возникающих или усугубляющихся на фоне язвенной болезни.

Изменения слизистой двенадцатиперстной кишки, особенно атрофические, чаще наблюдались при наличии сопутствующего поражения желчевыводящих путей (30 больных). По-видимому, билиарная патология предрасполагает к снижению резистентности слизистой оболочки.

При сопоставлении морфологической структуры слизистой с показателями желудочной секреции не было установлено каких-либо закономерностей. В то же время удалось проследить взаимосвязь между временем ощелачивания кислого желудочного содержимого («нейтрализующий эффект» после приема антацидов) по данным интрадуоденальной рН-метрии и состоянием слизистой оболочки. У больных с неизменной слизистой двенадцатиперстной кишки, как правило, отмечался выраженный и продолжительный (от 40 мин. и более) «нейтрализующий эффект» от приема таких антацидов, как сода, смесь Бурже, альмагель. Можно полагать, что повреждение слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки обусловлено прежде всего воздействием на нее агрессивного кислотно-пептического фактора, который не нейтрализуется в достаточной мере в двенадцатиперстной кишке. Поскольку двенадцатиперстная кишка осуществляет первичную регуляцию всей гастро-панкреато-билиарной системы, в частности посредством продукции гормонов — «дуоденинов», указанные выше изменения могут способствовать развитию патологии со стороны соседних отделов пищеварительной системы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л. И. Арх. пат., 1968, 10. — 2. Зуфаров К. А. Мед ж. Узбекистана, 1972, 9.

Поступила 15 октября 1973 г.

УДК 616.33—089.87

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИХ ГАСТРЭКТОМИЙ

*С. И. Кадырова*

*Кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. Г. И. Володина), кафедра хирургии и онкологии № 2 (зав. — проф. М. З. Сигала) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

Нами проведены рентгенологические исследования в динамике у 200 больных (96 мужчин и 104 женщин), перенесших электрохирургические гастрэктомии (способ М. З. Сигала, 1958) по поводу рака (196), полипоза (1) и язвы желудка (3). Кроме обычного соединения пищевода с отводящей петлей тощей кишки (1-й вариант) по методике М. З. Сигала создавался анастомоз с приводящей петлей (2-й вариант) или одновременно с приводящей и отводящей петлей (3-й вариант). Пассаж при этом осуществляется либо изоперистальтически (1-й вариант), либо антиперистальтически (2-й вариант), или происходит как по ходу перистальтики (с отводящей петлей), так и антиперистальтически. Можно было ожидать, что конструктивные особенности пищевода-сунального комплекса должны существенно сказаться на его функции. По 1-му варианту оперировано 66 больных, по 2-му — 31, по 3-му — 103. В ближайшем послеоперационном периоде обследовано 46 больных, в течение года после операции — 43, на сроках от 1 до 3 лет — 44, от 3 до 5 лет — 22, от 5 до 10 лет — 28 и свыше 10 лет — 17.

Рентгенологические исследования сопровождалась серийными снимками, выполнялись полипозиционно в вертикальном и горизонтальном положении больного. С первыми глотками контрастной бариевой взвеси, приготовленной с помощью аппарата «Воронеж», мы определяли рельеф слизистой оболочки пищевода над анастомозом, эластичность анастомоза (степень растяжения и спадания), рельеф слизистой оболочки анатомозированной тонкой кишки, всего тонкого кишечника. Пассаж по кишечнику прослеживали до тех пор, пока головной конец изображения принятого контрастного вещества не достигал слепой кишки. Динамические картины фиксировали каждые 15 мин. в течение первого часа, а затем через каждый час. Рентгеноскопией толстой кишки проводили через 24 часа от начала исследования. Изучали время прохождения