

г) применение различных ингибиторов желудочной секреции, в том числе некоторых интестинальных гормонов, ингибирующих ее, таких, как секретин, вазоактивный кишечный полипептид, гастрон, урогастрон и некоторые другие. Следует также иметь в виду обезболивающий морфиноподобный эффект некоторых интестинальных гормонов, интенсивно изучающийся проф. Ю. И. Рафессом и др.

3. Лечебные препараты, уменьшающие ацидо-пептическое действие секретлируемого желудочного сока:

а) антациды, адсорбенты — щелочи, нейтрализаторы свободной соляной кислоты — соли алюминия, магния, висмута;

б) антипептические средства, новые ингибиторы пепсина — различные варианты сульфатированных полисахаридов (препарат амилопектинсульфат, депепсен — антипепсинное соединение, получаемое из амилопектина картофеля) и др.

4. Лечебные препараты, способствующие повышению общей сопротивляемости слизистой (улучшению ее трофики)<sup>1</sup>. Известно, что на трофику ткани желудка влияют:

а) равновесие между образованием и разрушением клеток. Слизистая желудка без конца обновляется: поверхностный эпителий — в течение 1,3—1,9 дней, секреторный эпителий — в течение 2—3 дней;

б) равновесие между агрессией желудочного сока и защитой париетальных клеток, обеспечиваемой двойным барьером, — слизью (физико-химический барьер толщиной от 1 до 1,5 мм, состоящий из кислых аминов, гликопротеидов, полисахаридов) и клеточной мембраной в слизистой (мозаика протеинов и липидов). Эта двойная система, реализующая равновесие, находится в зависимости от множественных местных систем (ферменты клеток, микроциркуляция крови, обеспечивающая поступление кислорода и т.д.) и общих систем (гормоны, задний гипоталамус).

В настоящее время известно сравнительно небольшое число медикаментов, способствующих улучшению трофики слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, улучшению жизнедеятельности клеток стенки желудка, увеличению защитных сил слизистой оболочки. К такого рода препаратам, реализующим комплексное воздействие, относится карбеноксолон натрия — тритерпеноидное соединение, синтезируемое из встречающихся в природе веществ лакричного корня. Максимальное лечебное действие его осуществляется при прохождении через слизистую оболочку желудка, где карбеноксолон соединяется с белками ее клеток. По-видимому, он обладает антипептическим действием, увеличивает число эпителиальных клеток, действует на ферментные процессы, участвующие в клеточной регенерации, улучшает секрецию слизи, тормозит обратную диффузию ионов водорода, корригирует недостаточность пилорической функции, тормозит дуоденогастральный рефлюкс; кроме того, карбеноксолон обладает минералокортикоидными свойствами.

Следует упомянуть также сульпирид, влияющий на задний гипоталамус, снижающий симпатический тонус, увеличивающий микроциркуляцию в слизистой желудка и тонизирующий психическую сферу, солкосерил — концентрированный экстракт крови телят, стимулирующий окислительное фосфорилирование и синтез АТФ, всем известный оксиферрикорбон, а также интенсивно изучающиеся за рубежом новые синтетические противоязвенные препараты (гастрозепин, пирензепин и др.).

Мы остановились на некоторых новых препаратах и методах лечения, которые еще не нашли широкого практического применения. Хотим надеяться, что это будет стимулировать отечественные исследования, для успешного проведения которых имеется достаточно сил и возможностей.

Поступила 1 апреля 1978 г.

УДК 616.33—002.44—007.251—089

## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

*К. И. Мышкин, М. А. Лагун*

*Кафедра факультетской хирургии лечебного факультета (зав.— проф. К. И. Мышкин) Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института*

**Реферат.** Предложен метод прогнозирования отдаленных исходов оперативных вмешательств при перфоративных гастродуоденальных язвах. Составлена таблица весовых значений дооперационных и интраоперационных признаков, влияющих

<sup>1</sup> Мы не рассматриваем здесь препараты, влияющие на моторно-эвакуаторную функцию желудка, такие как метоклопрамид (препарат реглан) и др.

на исход операции. Полученная сводка позволяет выбрать рациональный вид вмешательства для каждого больного. Гистохимические исследования 64 микропрепаратов перфоративной язвы выявили косвенные признаки аутоиммунного конфликта при данной патологии.

Ключевые слова: перфоративные гастродуоденальные язвы, патогенез, хирургическое лечение.

Библиография: 5 названий.

Одной из принципиальных проблем лечения прободных язв является выработка тактических положений, отвечающих требованиям современной хирургии. Применительно к хирургии перфоративных язв они могут быть сформулированы следующим образом: 1) стремление совместить задачи спасения больного и радикального лечения болезни; 2) стремление к малой травматичности операций, применение органосохраняющих вмешательств; 3) снижение числа непосредственных и отдаленных осложнений хирургического лечения. Выполнение этих требований часто затрудняется отсутствием условий для осуществления той или иной операции. Ключом к более точному выполнению изложенных выше требований служит принцип индивидуализации показаний к определенному методу операций в свете непосредственных и отдаленных результатов. Другими словами, речь идет о научном прогнозировании результатов лечения.

Большинство современных хирургов следует тактике «ушивание и резекция». Они рекомендуют применение паллиативной либо радикальной операции в зависимости от анамнеза, интраоперационного обследования. Все же выбор метода операций (при наличии условий для выполнения всех вмешательств) зачастую зависит от опыта и квалификации оперирующего, а также от принадлежности его к той или иной школе.

Считается, что целью ушивания является спасение жизни больного. Малая травматичность и непродолжительность этого вмешательства, простота выполнения дают возможность производить его хирургам различной квалификации даже при тяжелом состоянии больных. Наши наблюдения показывают, что у 35—40% больных нет показаний к первичной резекции желудка. Ушивание язвы у них — радикальная операция.

Резекция желудка признана радикальным методом лечения и приносит выздоровление большей части больных. Но стоит ли подвергать повышенному операционному риску и возможным постгастрорезекционным осложнениям тех, кто избежит от заболевания после простейшей и наиболее щадящей операции — ушивания? В современной литературе нет четких критериев для выделения соответствующих контингентов больных. В. Н. Кац (1973) и Р. Г. Квачадзе (1976) наиболее точно сформулировали актуальную задачу: найти простые объективные признаки, которые помогали бы хирургам выбрать наиболее оптимальный характер вмешательства. Однако признаки, влияющие на исход ушивания, рассматриваются авторами не во всей совокупности. Доминирующим критерием они признали степень выраженности морфологических изменений и рекомендуют производить ушивание при так называемой «мягкой язве». Действительно, характеристика каждого из показателей по силе их влияния на прогноз затруднена, вследствие чего они не поддаются оценке в многообразии вариантов.

В нашей клинике выполнено более 460 оперативных вмешательств, из них 150 первичных резекций желудка, ваготомий с дренирующими операциями по поводу перфоративных гастродуоденальных язв. В последние годы ушивание выполняется после иссечения язвы. Принцип индивидуализации показаний (насколько это возможно) является ведущим.

Мы попытались количественно охарактеризовать степень влияния дооперационных и интраоперационных признаков на отдаленный исход ушивания и на этой основе выработать общедоступные критерии для выбора паллиативной либо радикальной операции в каждом конкретном случае. Для разработки объективной количественной оценки показателей были изучены истории болезней 300 пациентов, перенесших ушивание. Информация о 200 пациентах подвергнута математическому анализу на ЭВМ «Минск-22» [4]. С математической точки зрения задача сводилась к отнесению каждого больного к одному из классов (с будущим удовлетворительным или неудовлетворительным результатом ушивания). Вероятность принадлежности распознаваемого объекта к тому или иному классу возрастает вместе с увеличением частоты появления в этом классе каждого из рассматриваемых признаков. Признаки отбирали и кодировали в заведомо избыточном количестве с тем, чтобы представить ЭВМ выбор наиболее значимых.

Результат исследования представлен в виде сводки, в которой указаны весовые значения показателей в соответствии с влиянием каждого из них на прогноз операции (справа указан вес признака в пользу плохого исхода ушивания):

1. Возраст более 30 лет . . . . .	18
2. Наличие желудочного анамнеза . . . . .	28
3. Длительность желудочного анамнеза более года . . . . .	25
4. Локализация язвы в теле желудка . . . . .	31
5. Язвенный инфильтрат больше 1 см в диаметре . . . . .	40
6. Твердые края язвы . . . . .	48
7. Диаметр прободного отверстия более 0,5 см . . . . .	43
8. Сопутствующие хронические заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой системы . . . . .	24
Критический вес . . . . .	73

Для каждого больного можно подсчитать сумму весов имеющихся у него признаков. При сумме, равной или большей 73, прогноз для ушивания считается неблагоприятным, и больному следует производить радикальное вмешательство, если позволяют условия. Проверка действительности таблицы на других 100 пациентах дает основание получить лишь 6% плохих исходов ушивания при условии, что в 11% будут производиться «напрасные» радикальные операции.

Благодаря тому, что признаки получили количественное выражение, появилась возможность предусмотреть влияние их на прогноз во всех многочисленных сочетаниях. Такого метода прогнозирования не удалось обнаружить в доступной литературе. Подобные таблицы, являясь обобщением хирургического опыта, могут быть использованы в практике здравоохранения.

К радикальным вмешательствам мы относим и ваготомию с дренирующими желудок операциями, так как при перфоративных язвах они патогенетически обоснованы. Мы применяем стволовую и селективную ваготомию в сочетании с антрэктомией или пилоропластикой с 1969 г. Наш опыт свидетельствует о некоторых преимуществах антрэктомии перед пилоропластикой в свете отдаленных результатов. Различий отдаленных исходов в зависимости от вида ваготомии не обнаружено. Следует полагать, что ваготомия в сочетании с пилоропластикой показана тем, кому необходимо радикальное вмешательство, однако пожилой возраст больных, тяжелые сопутствующие заболевания, а иногда перитонит не позволяют произвести более обширную операцию. Эта операция способствует увеличению числа радикальных вмешательств, улучшению непосредственных и отдаленных исходов.

Вопросы патогенеза перфорации язв также требуют дальнейшего изучения. Язвенная болезнь напоминает аутоиммунные заболевания, характеризующиеся длительным течением, сменой периодов обострений и ремиссий. Исследования О. Я. Гриншпун (1965), К. И. Мышкина и Л. А. Франкфурта (1971) указывают на наличие при язвенной болезни аутоиммунных сдвигов. Перфоративная язва имеет клинические особенности, заставляющие думать о прободении как манифестации местного аутоиммунного конфликта (учитывая наличие последнего при хронической язве). Перфорация — процесс всегда внезапный, часто не совпадающий по времени с сезонными обострениями. Кроме того, могут перфорировать и бессимптомные язвы. Вероятно, прободение является каким-то особым нетипичным обострением процесса, который приводит к моментальной деструкции всех слоев стенки органа. Ведь при медленном пептическом разъедании чаще наблюдались бы прикрытые перфорации или пенетрирующие язвы. В пользу моментальной деструкции всей стенки говорит также тот факт, что отверстие чаще всего имеет форму правильного круга с ровными краями и напоминает отверстие, нанесенное пробойником.

При гистохимическом исследовании стенки желудка и двенадцатиперстной кишки в области перфоративной язвы (64 наблюдения) нами обнаружена выраженная лимфоидно-плазмодитарная инфильтрация. Коэффициент плазматизации (по М. Г. Кишеву) слизистой оболочки в этих случаях равен  $1377,4 \pm 170,8$  при  $101,1 \pm 18$  в контрольных исследованиях ( $P < 0,05$ ). В лимфатических фолликулах в большинстве наблюдений выявляются реактивные центры, богатые плазмобластами. По периферии язвы наблюдаются фибриноидные изменения стенок сосудов с накоплением вокруг них кислых мукополисахаридов. Неравномерное полнокровие сосудов, очаговые кровоизлияния локализуются во всех слоях стенки органа вблизи язвенного дефекта и сочетаются с высоким коэффициентом плазматизации слизистой оболочки. С большим постоянством обнаруживаются множественные тучные клетки в состоянии дегрануляции. Подобные иммуноморфологические изменения являются косвенным свидетельством аутоиммунного конфликта.

Этот факт необходимо учитывать в хирургическом лечении. Производя простейшую операцию (ушивание), желательнее иссекать язву, ликвидируя тем самым источник антигенного раздражения. Эта манипуляция показана также при выполнении пилоропластики.

## ВЫВОДЫ

1. Количественная характеристика прогностически значимых признаков, а также вычисленная критическая сумма позволяют выбрать паллиативную либо радикальную операцию в каждом конкретном случае в свете ожидаемых отдаленных исходов.

2. Расширение показаний к радикальным методам за счет применения ваготомии с дополняющими ее дренирующими операциями улучшает результаты хирургического лечения прободных гастродуоденальных язв.

3. Признаки аутоиммунного конфликта, обнаруженные при перфоративных язвах, свидетельствуют о важном положительном значении устранения источника антигенного раздражения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гриншпун О. Я. Иммуные факторы в патогенезе и клинике язвенной болезни. Автореф. докт. дисс., Л., 1965. — 2. Кац В. Н. Выбор метода операции при перфоративной язве. Автореф. канд. дисс., Саратов, 1973. — 3. Квачадзе Р. Г. Сравнительные результаты хирургического лечения прободных гастродуоденальных язв. Автореф. канд. дисс., М., 1976. — 4. Математическое моделирование в клинической хирургии. Под ред. К. И. Мышкина. Саратов, 1969. — 5. Мышкин К. И., Франкфурт Л. А. Клин. мед., 1971, 11.

Поступила 23 ноября 1978 г.

## В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 617.55—001—089

### ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖИВОТА

Г. М. Николаев, Л. М. Нечунаев, В. Г. Чуприн

*Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии с курсом нейрохирургии (зав. — проф. Г. М. Николаев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и 15-я городская клиническая больница (главврач — Л. А. Баранчикова)*

**Реферат.** Обобщены результаты клинических наблюдений за 206 больными с закрытыми травмами живота. Летальность составила 21,4%. Тяжесть состояния пострадавших с закрытой травмой живота и исходы определяются характером повреждений, наличием или отсутствием шока и кровопотери, временем, прошедшим с момента травмы, объемом и эффективностью предоперационной подготовки и протившоковой терапии, возрастом пострадавших.

**Ключевые слова:** живот, закрытые травмы, диагностика.

**Библиография:** 2 названия.

С 1967 по 1976 г. в нашей клинике находилось на лечении 206 больных с закрытыми повреждениями живота: 66 (32%) с закрытыми ушибами и повреждениями брюшной стенки и 140 (68%) с закрытыми повреждениями внутренних органов.

Закрытые повреждения брюшной стенки, сопровождающиеся разрывами и кровоизлияниями в ее толщу и забрюшинную клетчатку, трудно отличить от повреждения органов живота. Гематома в толще брюшной стенки может быть принята за внутрибрюшное образование. Однако при активном напряжении брюшной стенки в момент самостоятельного приподнимания больного с постели внутрибрюшное образование перестает определяться, внутристеночное же не исчезает, а, напротив, более четко контурируется. При повреждении брюшной стенки местное напряжение ее, как правило, не сопровождается развитием симптома Щеткина—Блумберга, шок у пострадавших наблюдается в редких случаях.

В сомнительных случаях мы производили лапароцентез с введением в брюшную полость «шарящего» катетера либо делали лапароскопию.