

после химического ожога пищевода в определенной степени препятствует распространению инфекции, поэтому перфорации пищевода у таких больных протекают несколько легче. Так, из 21 больного с неизменным до перфорации пищеводом умерло 9, а из 24 больных с рубцово-измененным пищеводом умерли 7. Наиболее тяжелое течение наблюдается при внутригрудных перфорациях.

Эмпиема плевры была у 14 больных из 45, пищеводно-трахеальные свищи развились у 5, в том числе у 2 — на фоне сочетанного повреждения пищевода и трахеи при ранении и у 3 — вследствие прорыва гнойников средостения. У 2 больных имел место гнойный перикардит. Перитонит возник у 3 больных с повреждениями абдоминального отдела пищевода.

У 16 больных возник сепсис. У 4 пациентов он протекал бурно по типу септического шока, все четверо погибли в течение 5—7 дней. Остальные длительное время находились на лечении в стационаре. У 10 больных развились тяжелые пневмонии с абсцедированием. У 5 человек имелись осложнения в органах брюшной полости, связанные с гастростомией. У 1 больного образовался гнойный затек из средостения в забрюшинное пространство с образованием тяжелой флегмоны.

Таким образом, только у 5 пациентов перфорация пищевода излечена без последствий; у остальных 40 было в общей сложности 93 тяжелых осложнения.

При перфорациях в нижнегрудном и брюшном отделах возникает дополнительное осложнение, связанное с рефлюксом желудочного содержимого. Кормление через назогастральный зонд не предотвращает рефлюкса. Наложение гастростомы отягощает состояние и также не устраняет забрасывания содержимого желудка через рану пищевода в средостение.

Обнадеживающие перспективы открываются в связи с возможностью длительного полного парентерального питания.

Итак, результаты лечения непроникающих ранений пищевода вполне удовлетворительны. Рациональным лечением удается снизить летальность и при перфорациях. Однако при поздно выявленных перфорациях летальность остается высокой даже при самом интенсивном лечении.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кузьмичев А. П., Каншин Н. Н., Абакумов М. М. Хирургия, 1977, 7.— 2. Курилин И. А., Юрьев Л. П. Инородные тела пищевода. Киев, «Здоров'я», 1977.— 3. Погодина А. Н. Хирургия, 1975, 11.— 4. Розанов Б. С. Инородные тела и травмы пищевода и связанные с ними осложнения. М., Медгиз, 1961.

Поступила 18 сентября 1979 г.

УДК 616.33—008.821.1—07

## НОВЫЙ ТЕСТ С ТИДАЗИНОМ В ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА

М. А. Филимонов

*Кафедра госпитальной терапии № 2 (зав. — проф. В. В. Трусов) Ижевского  
медицинского института*

**Реферат.** Применение тидазина в качестве стимулятора секреции при исследовании секреторной функции желудка позволяет получить информацию о функциональном состоянии как париетальных, так и главных клеток желудочных желез. Тидазин значительно легче, чем гистамин, переносится пациентами и не требует предварительной антигистаминовой подготовки. Тестирование секреторных ответов на стимуляцию тидозином является ценным методом изучения функционального состояния слизистой оболочки желудка.

Ключевые слова: тидазин, гистамин, желудочная секреция, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

1 таблица, 1 иллюстрация. Библиография: 2 названия.

О функциональном состоянии слизистой оболочки желудка судят главным образом по результатам исследования секреторной активности. Наиболее распространенными и эффективными методами изучения желудочной секреции являются извлечение зондом желудочного сока, выделившегося в ответ на различные стимуляторы, и внутрижелудочное определение рН. Поэтому поиск новых стимуляторов секреции, обладающих

сильным сокогонным эффектом и лишенных побочных реакций, является актуальной задачей.

В настоящей работе была предпринята попытка в условиях клиники изучить новый отечественный стимулятор секреции — тидазин, который избирательно стимулирует  $H_2$ -рецепторы, сосредоточенные в основном в слизистой желудка, и почти не оказывает воздействия на  $H_1$ -рецепторы.

Тестирование желудочной секреции тидaziном проводили у 30 здоровых лиц (20 мужчин и 10 женщин в возрасте от 23 до 52 лет) и у 92 больных (57 мужчин и 35 женщин в возрасте от 20 до 58 лет), из которых 46 страдали язвенной болезнью, 38 — хроническим гастритом с недостаточной секреторной функцией и 8 — раком желудка.

Желудочный сок получали через тонкий зонд посредством непрерывной вакуум-аспирации с отрицательным давлением 5,3—8,0 кПа (40—60 мм рт. ст.). После извлечения фракции натошак собирали четыре пятнадцатиминутные порции базального секрета. Суммируя показатели кислотности, определяли часовую выработку  $HCl$  в базальной секреции. Затем подкожно вводили тидазин и в течение 2, а у части больных — 3 ч собирали желудочный сок. Такое длительное исследование было необходимо для изучения продолжительности секреторного ответа желудочных желез на тидазин. Для подавления секреции после исследования больным давали алмагель.

Стимулированную секрецию оценивали по часовой выработке  $HCl$  после максимальной и субмаксимальной стимуляции желудочной секреции. Эти показатели определяли на высоте секреторного ответа, там, где кривая стимулированной секреции образует плато. Кислотность желудочного сока исследовали по методу Михаэлиса с последующим расчетом часового дебита соляной кислоты. Концентрацию пепсина в желудочном соке и содержание уропепсина в моче изучали по В. Н. Туголукову (1965).

Для установления дозы тидазина, обеспечивающей максимальную секрецию, нами были сформированы 4 группы по 5—6 человек, у которых исследование желудочного сока проводили 2—3 раза с интервалом в 3—5 дней. Количество вводимого в организм тидазина при каждом повторном исследовании увеличивали.

Переносимость тидазина пациентами мы оценивали по пятибалльной шкале, составленной на основании субъективных ощущений и ряда объективных данных (частота пульса, АД, частота дыхательных движений, гиперемия кожных покровов). Чем хуже больной переносил препарат, тем больше баллов при оценке.

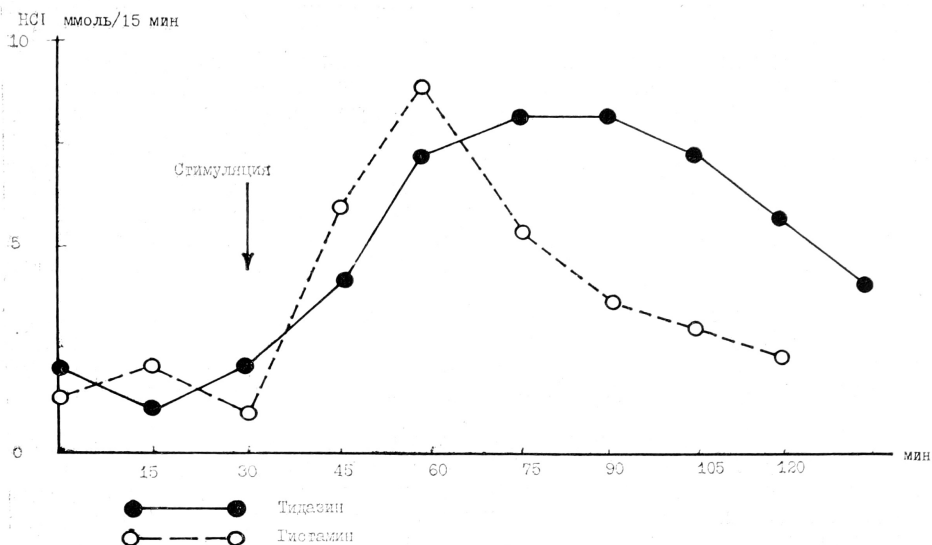
У 17 здоровых лиц и у 69 больных проведено сравнение секреторных ответов на тидазин (максимальное и субмаксимальное тестирование) и на гистамин. Гистамин вводили подкожно в дозах 0,025 мг/кг массы тела (максимальная стимуляция) и 0,008 мг/кг (субмаксимальная стимуляция) после часового исследования базальной секреции. Переносимость гистамина также оценивали по разработанной нами шкале.

Результаты клинических исследований показали, что тидазин является активным стимулятором желудочной секреции. Для секреторной реакции на стимуляцию тидaziном характерны короткий латентный период (10—15 мин), быстрое (через 30—35 мин) достижение максимального уровня секреции, наличие периода удержания секреторного ответа на максимальном уровне (секреторное плато), длящегося 50—60 мин.

Нами определены дозы тидазина для максимального и субмаксимального тестирования желудочной секреции. Для максимального теста доза тидазина, вводимого подкожно в виде 5% раствора, равна 1,5 мг/кг массы тела, так как дальнейшее увеличение количества вводимого в организм препарата не сопровождалось повышением показателей секреции и кислотообразования. Для субмаксимального теста доза тидазина составила 0,8 мг/кг, в этой дозе изучаемый препарат адекватен простому гистаминовому тесту.

Сравнение характера секреторных ответов при действии тидазина и гистамина показало некоторое преимущество тидазина. Секреторный ответ у всех обследованных при стимуляции тидaziном был более выражен. Продолжительность секреторной реакции на тидазин более длительная, чем на гистамин (см. рис.).

У здоровых лиц максимальная стимулированная секреция при тестировании тидaziном составила  $17,2 \pm 1,6$  ммоль/ч, что в два с лишним раза меньше, чем у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, и почти в три раза больше, чем у больных хроническим гастритом с недостаточной секреторной функцией. Следовательно, тидазин способен предоставлять информацию о массе функционирующих обкладочных клеток (см. табл.). Иллюстрацией тому служит и то обстоятельство, что из 22 больных хроническим гастритом с недостаточной секреторной функцией, у которых на спиртовой и хлебный пробные завтраки свободную соляную кислоту получить не удавалось, после стимуляции желудочной секреции тидaziном свободная соляная кис-



Характер секреторных ответов на стимуляцию желудочной секреции тизадином и гистамином.

дота не была обнаружена лишь у 6. Последующее морфологическое исследование слизистой желудка у этих больных выявило выраженный атрофический гастрит.

#### Показатели секреции желудочного содержимого при стимуляции тизадином и гистамином

Группы обследованных	n <sub>1</sub>	Максимальная стимуляция тизадином				n <sub>2</sub>	Максимальная стимуляция гистамином			
		базальная секреция		стимулированная секреция			базальная секреция		стимулированная секреция	
		HCl, ммоль/ч	пепсин, г/л	HCl, ммоль/ч	пепсин, г/л		HCl, ммоль/ч	пепсин, г/л	HCl, ммоль/ч	пепсин, г/л
Здоровые . . . . .	30	2,4±0,8	2,6±1,4	17,2±1,6	7,2±1,4	17	2,6±0,5	2,3±1,5	14,4±2,3	4,2±1,8
Больные язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки . . . . .	46	7,1±1,4	5,2±2,2	30,2±1,8	12,6±3,1	36	7,2±1,3	5,4±1,7	28,6±1,6	9,6±2,8
Больные хроническим гастритом с недостаточной секреторной функцией . . . . .	38	0,7±0,3	0,2±0,08	6,2±2,3	1,0±0,2	28	0,6±0,14	0,2±0,1	5,6±1,8	0,4±0,2
Больные раком желудка	8	0,3±0,1	0,2±0,07	4,4±1,0	0,4±0,06	5	0,3±0,08	0,2±0,07	2,2±0,8	0,3±0,04

Нами установлено, что тизадин способен возбуждать деятельность не только обкладочных, но и главных клеток желудочных желез. Концентрация пепсина в желудочном соке была в 3—4 раза больше, чем в базальном секрете. Кроме того, после стимуляции тизадином резко возрастает содержание уропепсина в моче.

До настоящего времени нет специального метода для оценки функции главных клеток. Тизадиновое тестирование, как видно из представленных результатов, позволяет стимулировать пепсинпродуцирующие клетки и получать информацию об их функциональном состоянии.

Особое внимание в нашей работе уделялось переносимости тизадина пациентами. Средний балл переносимости при максимальной стимуляции тизадином равнялся  $2,8 \pm 0,6$ , а при максимальном гистаминовом тесте —  $4,2 \pm 0,4$ . Следует подчеркнуть, что тестирование тизадином проводилось без предварительного применения

антигистаминовых средств, тогда как максимальная стимуляция гистамином требует обязательной антигистаминовой подготовки [1].

Вечером перед максимальной гистаминовой стимуляцией больной получал таблетку димедрола, утром, непосредственно перед стимуляцией, еще 1 мл 1% раствора димедрола. К сожалению, есть данные, свидетельствующие, что такая подготовка не всегда бывает эффективной. У всех перенесших максимальное гистаминовое тестирование отмечалась яркая гиперемия лица (в 70% с акроцианозом), тошнота, головокружение, головные боли. У 40% больных возникали боли в эпигастральной области, чувство онемения и тяжести в конечностях. Пульс учащался в среднем на 20—35 ударов в 1 мин, а АД снижалось на 2,7—3,4 кПа (20—25 мм рт. ст.). У трех пациентов введение гистамина в дозе 0,025 мг/кг вызвало состояние, близкое к коллаптоидному.

Введение тидазина в дозах, обеспечивающих максимальную стимуляцию желудочной секреции, не сопровождалось такого рода выраженными побочными реакциями. Пульс при введении тидазина учащается на 10—15 ударов в 1 мин, а АД снижается на 1,3—2,0 кПа (10—15 мм рт. ст.). У части больных отмечалось легкое головокружение и нерезко выраженная гиперемия лица.

Таким образом, отечественный препарат тидазин является активным стимулятором желудочной секреции. Тестирование тидaziном по силе и продолжительности секреторной реакции превосходит максимальный гистаминовый тест. Кроме того, оно предоставляет информацию о функциональном состоянии как париетальных, так и главных клеток желудочных желез. Отсутствие выраженных побочных реакций при проведении стимуляции желудочной секреции тидaziном выгодно отличает новый препарат от гистамина.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Канищев П. А., Болдырева В. Д. Лаб. дело, 1971, 7.— 2. Туголуков В. Н. Современные методы функциональной диагностики состояния слизистой оболочки желудка и их клиническое значение. Л., 1965.

Поступила 2 октября 1979 г.

УДК 616.33—002.44—08—039.71

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В САНАТОРИИ-ПРОФИЛАКТОРИИ И ЕГО ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

*Я. М. Вахрушев, Л. М. Свиридова*

*Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. Л. А. Лещинский) Ижевского  
медицинского института*

**Реферат.** Под влиянием терапии анаболическими и спазмолитическими препаратами у больных язвенной болезнью ликвидируются или уменьшаются болевой синдром и диспепсические явления, улучшается функциональное состояние желудка. В результате лечения больных в сменном профилактории уменьшается частота обострений заболевания в отдаленном периоде.

Ключевые слова: язвенная болезнь, лечение, санаторий-профилакторий.

Библиография: 2 названия.

Вопросам вторичной профилактики и противорецидивного лечения язвенной болезни в последние годы заслуженно уделяется большое внимание. В комплексе оздоровительных мероприятий для больных язвенной болезнью действенным средством оказалось курсовое лечение в профилактории.

В течение 5 лет в сменном профилактории крупного предприятия нами проведено курсовое лечение 44 больных язвенной болезнью желудка и 246 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (мужчин — 264, женщин — 26; возраст: до 30 лет — 29 больных, от 30 до 50 лет — 199 и старше 50 лет — 62). У 27,3% больных длительность заболевания составляла от 1 до 3 лет, у 34,5% — от 4 до 10 лет, у 38,2% — более 10 лет. В процессе лечения наряду с общеклиническими сдвигами учитывалась динамика показателей функционального состояния желудка и белковообразовательной функции печени.

В профилакторий направляли больных в фазе легкого (нерезко выраженного) обострения заболевания. 61 больной поступил после стационарного лечения и 81 — после амбулаторного; 148 больных непосредственно перед поступлением лечения не