

4. Надпривратниковая резекция по Маки—Шалимову, наоборот, повышает тонус привратникового сфинктера и характеризуется длительной (более 3,5 ч) задержкой бария в желудочной культе.

5. Наименьшие изменения моторно-эвакуаторной функции происходят при пилоросохраняющей операции по В. Ф. Наумову.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрович Г. Л. Резекция желудка с сохранением привратника при язвенной болезни. Хабаровск, 1978.—2. Александрович Г. Л., Моисеевко Т. М. и др. Вестн. рентгенол., 1979, 5.—3. Бенешюнас А. Сравнительная оценка отдаленных результатов гемигастроэктомии и резекции $\frac{2}{3}$ желудка при язвенной болезни. Автореф. канд. дисс., Вильнюс, 1972.—4. Горбашко А. И., Батчаев О. Х. Вестн. хир., 1979, 6, 135.—5. Грико С. И. Отдаленные результаты резекции желудка при язвенной болезни с использованием механического танталового шва. Автореф. канд. дисс., Омск, 1974.—6. Захаров А. Е. В кн.: Труды Крымского мед. института. Симферополь, 1959, т. 24.—7. Климов П. К. Функциональные взаимосвязи в пищеварительной системе. Л., 1976.—8. Наумов В. Ф. Клин. хир., 1983, 7, 73.—9. Саенко В. Ф., Пустовит А. А. Там же, 1981, 4, 34.—10. Шалимов А. А., Далавурак В. П., Саенко В. Ф. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. Курск, 1971.—11. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. и др. Клин. хир., 1983, 8, 1.—12. Maki T., Shiratori T., Hatafusu T., Sagawaga K. Surgery, 1967, 61, 838.

Поступила 14.12.84.

УДК 616.34.—002.44—085.814.1—036.8

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА АКУПУНКТУРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Я. С. Циммерман, Л. И. Ероцкая

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

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки относится к числу заболеваний, в лечении которых успешно используется иглорефлексотерапия. Под ее влиянием наблюдаются быстрая ликвидация болевого синдрома и сокращение сроков лечения [2, 3, 5—8, 10]. Несмотря на клинически доказанную эффективность иглорефлексотерапии при лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, практические рекомендации по проведению акупунктурной терапии значительно отличаются друг от друга подбором и количеством точек воздействия, а также способами их сочетания. Более того, многие авторы не дифференцируют методы лечения язвенной болезни с локализацией язвы в желудке и в двенадцатиперстной кишке, не учитывая функциональные и клиничко-патогенетические различия этих двух форм заболевания [1, 9, 11, 14].

Нами были проведены исследования по определению влияния однократного воздействия иглорефлексотерапии на основные функции желудка — моторную и секреторную — в острой фазе рецидива язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, обоснованию выбора точек, обладающих однонаправленным действием на нарушенные функции желудка, с целью использования их для курсового лечения.

Первоначально были отобраны точки, наиболее часто используемые при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: MC 6; PR4; IM 12; IM 13; GI 11; IM 15. Исследования выполняли у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в острой фазе рецидива в течение первых дней госпитализации и до начала традиционной медикаментозной терапии (периферические М-холинолитики, ганглиоблокаторы, антациды, стимуляторы регенерации). У всех пациентов был выраженный болевой синдром с четким суточным ритмом, различной выраженности диспептические явления. рентгенологически и гастродуоденоскопически доказанное наличие язвенного дефекта в двенадцатиперстной кишке. При объективном обследовании у всех больных выявлен симптом Менделя, а также симптом локальной пальпаторной болезненности.

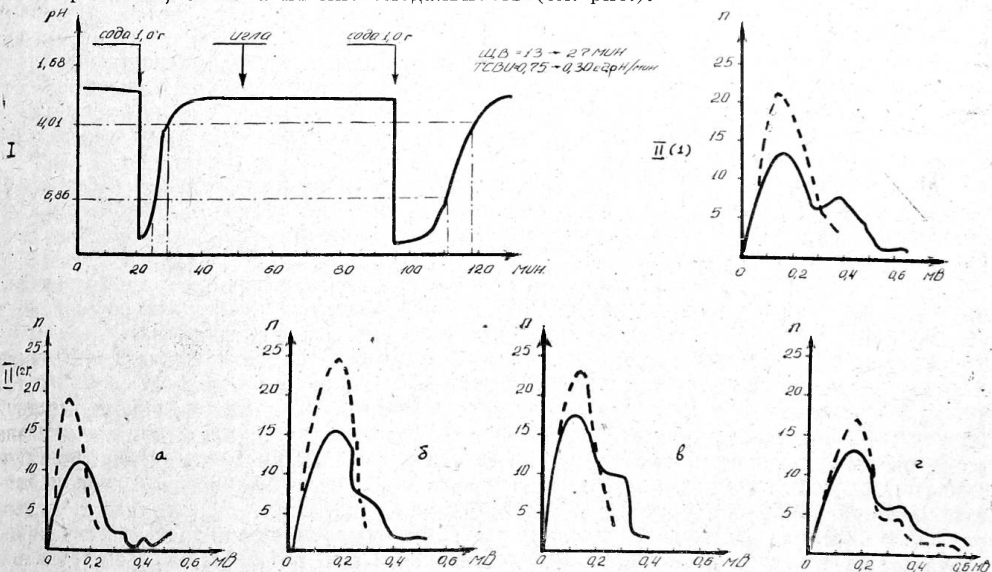
Секреторную функцию желудка изучали путем регистрации внутрижелудочной рН-граммы электрометрическим методом [4]. Оливу рН-зонда устанавливали под рентгеноскопическим контролем в средней трети тела желудка, регистрировали ис-

ходный уровень рН и определяли величину «щелочного времени». Вводили иглы в одну из выбранных точек симметрично с обеих сторон до появления предусмотренных ощущений и продолжали запись рН в желудке еще в течение 40 мин, затем вновь определяли величину «щелочного времени». Всего проведено 60 исследований, по 10 на каждую из отобранных точек акупунктуры. Все зарегистрированные рН-граммы были обработаны математически [13 а, б]. При этом учитывали динамику следующих показателей: 1) уровень рН; 2) величину «щелочного времени»; 3) кинетическую функцию кислотообразования; 4) темп секреции водородных ионов.

После однократного воздействия иглорефлексотерапии на каждую из отобранных точек было установлено, что рН в желудке и кинетическая функция кислотообразования, как правило, не изменяются. В то же время отчетливо снижается темп секреции водородных ионов, особенно при введении игл в точки IM 13 ($P < 0,01$), IM 15 ($P < 0,01$), RP 4 ($P < 0,001$). Наиболее существенное увеличение «щелочного времени» отмечается при воздействии на точки RP 4, IM 15, MC 6 и GI 11 ($P < 0,001$).

Моторную функцию желудка оценивали электрогастрографически [12]. В течение 30 мин записывали исходный фон, затем вводили иглы в одну из выбранных точек симметрично до получения предусмотренных ощущений и одновременно регистрировали моторную деятельность желудка еще в течение 40 мин. Всего было записано 60 электрогастрограмм по 10 на каждую точку воздействия. При этом оценивали следующие показатели: 1) преобладающую частоту сокращений желудка (F); 2) среднюю амплитуду осцилляций (A); 3) характер вариационных кривых амплитуд — их симметричность и модальность.

При введении игл во все отобранные точки акупунктуры достоверно угнеталась моторика желудка, особенно при исходном гипер- и дискинезе. При анализе электрогастрограмм наблюдалось закономерное исчезновение или существенное уменьшение явлений дискинеза, большая упорядоченность осцилляций, снижение их амплитуды и преобладающей частоты. При построении и анализе вариационных кривых амплитуд в значительной части случаев было отмечено исчезновение их многомодальности и асимметричности. Наиболее выраженное угнетение моторики желудка получено после однократного воздействия иглорефлексотерапии на точку RP 4. При этом средняя амплитуда осцилляций снизилась с $0,25 \pm 0,02$ мВ до $0,14 \pm 0,01$ мВ ($P < 0,001$), преобладающая частота сокращений желудка — с $3,29 \pm 0,09$ имп/мин до $3,02 \pm 0,06$ имп/мин ($P < 0,05$); 7 из 10 вариационных кривых амплитуд стали симметричными, исчезла их многомодальность (см. рис.).



Изменение секреторной и моторной функций желудка после однократного воздействия иглорефлексотерапии. I. Интрагастральная рН-метрия; II. Электрогастрограммы — вариационные кривые амплитуд после: 1) однократного введения 1,0 мл 0,1% раствора атропина сульфата; 2) воздействия на точку RP 4: а) иглотерапии; б) электроиглотерапии переменным током; в) электроиглотерапии синусоидальным модулированным током; г) электротерапии.

Обозначения: прямая линия — исходный «фон», прерывистая — после введения иглы п — число осцилляций.

Таким образом, из 10 точек акупунктуры, наиболее часто используемых при лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, были отобраны 6 точек, которые обладали наиболее отчетливым и однонаправленным действием на моторику желудка и нарушенное кислотообразование. Более значительным было воздействие иглорефлексотерапии на нарушенную моторику желудка и менее выраженный — на секреторную функцию, не столь лабильную, как моторная.

Помимо однонаправленного влияния иглорефлексотерапии на нарушенные функции желудка не менее важным в условиях гастроэнтерологической клиники является разграничение интенсивности воздействия. Подобно тому, как для уменьшения выработки желудочного секрета из группы периферических М-холинолитиков конкретный препарат (атропин, метацин, хлорозил или платифиллин) подбирают больному с учетом его индивидуальной восприимчивости, так и иглорефлексотерапия подразделяется на различные виды в зависимости от способов воздействия на зоны.

С целью сравнительной оценки интенсивности воздействия различных видов иглорефлексотерапии определяли динамику моторной функции желудка при однократном воздействии одной иглой, электроакупунктуры переменным электрическим и синусоидальным модулированным токами, электроакупунктуры переменным электрическим током на точку RP 4. Последняя обладает отчетливым нормализующим влиянием на секреторную и моторную функции желудка и наиболее часто используется при лечении больных язвенной болезнью [1, 3].

Методика исследований была аналогична описанной, однако вместо симметричного введения игл в точку RP 4 мы проводили: 1) электроиглотерапию переменным электрическим током с помощью аппарата «ПЭП-1»; 2) электроиглотерапию синусоидальным модулированным током аппаратом «Элита-4»; 3) электротерапию аппаратом «ПЭП-1». Для сравнения изучали моторику желудка после однократного воздействия 0,1% раствором атропина сульфата (1,0 мл).

Наибольший нормализующий эффект, не уступающий однократному действию атропина, был получен при воздействии игло- и электроиглотерапии переменным током на точку RP 4. Если в группе больных, леченных атропином, нормализация гипер- и дискинеза была достигнута у 5 из 10 человек и отмечено снижение амплитуды осцилляций и их преобладающей частоты, то в группе пациентов, получавших электроиглотерапию переменным током, — соответственно у 5 из 8 человек; средняя амплитуда осцилляций уменьшалась с $0,25 \pm 0,03$ мВ до $0,14 \pm 0,01$ мВ ($P < 0,01$), а частота сокращений желудка — с $3,20 \pm 0,11$ имп/мин до $2,85 \pm 0,10$ имп/мин ($P < 0,05$). Кроме того, у 4 из 5 больных этой группы болевой синдром был купирован непосредственно во время сеанса лечения, тогда как у лиц, получавших иглорефлексотерапию, — лишь у одного из 4; у 3 отмечено только уменьшение интенсивности болевого синдрома.

При сравнении эффективности электроиглотерапии синусоидальным модулированным током и других видов иглорефлексотерапии существенных преимуществ первой не выявлено как по частоте ликвидации гипер- и дискинеза, так и по выраженности снижения амплитуды осцилляций и преобладающей частоты сокращений желудка на электрогастрограммах.

Наименее выраженное действие на нарушенную моторику желудка наблюдалось при электротерапии: исчезновение гипер- и дискинеза отмечено у 4 из 8 больных; уменьшение амплитуды осцилляций и частоты сокращений желудка оказалось статистически недостоверным.

Таким образом, наиболее заметным положительным действием на нарушенную моторику желудка в острой фазе рецидива язвенной болезни двенадцатиперстной кишки обладает игло- и электроиглотерапия, причем эффект последней часто превосходит аналогичное действие атропина. Наименее результативной оказалась электротерапия, поэтому она может быть рекомендована лишь больным с повышенной эмоциональной лабильностью и умеренным болевым синдромом. По нашим данным, предпочтительнее пользоваться иглорефлексотерапией как наиболее простым, доступным и экономичным способом лечения по сравнению с электроиглотерапией. Последней следует пользоваться только при выраженном и упорном болевом синдроме и значительных нарушениях моторной функции желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вогралик В. Г., Вогралик М. В. Иглорефлексотерапия. Горький, 1978.
2. Гогочкина А. А. В кн.: Чжень-цзютерапия. Горький, 1959.
3. Дуринян Р. А., Логинов А. С., Осипова Н. Н., Мельникова М. Н. Тер. арх., 1982, 2, 41.
4. Линар Е. Ю. Кислотообразовательная функция желудка в норме и патологии. Рига, 1968.
5. Морозова Л. Н. В кн.: Рефлексотерапия методом чжень-цзю.

Горький, 1962.—6. Осипова Н. Н., Мельникова М. Н., Заблудовская Е. Н., Прохорова Т. Н. Сов. мед., 1982, 9, 98.—7. Петрусенко Е. И. В кн.: Рефлексотерапия методом чжень-цзю. Горький, 1961.—8. Рогова Д. А. В кн.: Иглорефлексотерапия. Горький, 1974.—9. Стояновский Д. Н. Иглорефлексотерапия. Кишинев, 1981.—10. Таиров А. И. В кн.: Иглорефлексотерапия. Горький, 1974.—11. Труфанова В. Ф., Дубенко Е. Г. Иглотерапия. Киев, 1980.—12. Циммерман Я. С., Бяков Ю. А., Черникова З. В. В кн.: Диагностика, клиника и лечение заболеваний желудка. Пермь, 1972.—13. Циммерман Я. С., Вержбицкий Ф. Р. а) В кн.: Фундаментальные проблемы гастроэнтерологии. Тез. докл. XIII Всесоюз. конф. по физиологии пищеварения и всасывания. Киев, 1981; б) Лабор. дело, 1982, 6, 45.—14. Чжу Лянью. Руководство по современной чжень-цзютерапии. М., Медгиз, 1959.

Поступила 15.05.84.

УДК 616.37—002.4—089.8

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

М. И. Маврин, В. М. Маврин

Кафедра хирургических болезней (зав.— заслуж. деят. науки ТАССР, проф. И. А. Салихов), кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.— проф. А. А. Агафонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, городская больница № 12 (главрач — М. Ф. Игнатьев) г. Казани

До настоящего времени существуют разногласия в выборе метода лечения, определении показаний, времени проведения и вида оперативного вмешательства при деструктивных формах острого панкреатита. Ряд хирургов придерживаются преимущественно консервативной тактики лечения острого панкреатита [1, 3]; другие [5] рекомендуют закрытые методы операций или удаление некротизированной части поджелудочной железы [6, 7, 8]. Однако еще недостаточно четко определены сроки, характер и объем оперативного вмешательства при панкреонекрозе.

В связи с этим нами проанализированы результаты хирургического лечения 128 больных (мужчин — 66, женщин — 62) с различными формами некротического процесса поджелудочной железы, не связанного с патологией желчных путей. В возрасте от 29 до 60 лет было 76 больных, старше 60 — 52. Из анамнеза установлено, что 27 человек страдали алкоголизмом, 15 — язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, 16 — заболеваниями сердца и сосудов; 23 больных перенесли острый или хронический панкреатит.

Диагноз деструктивного панкреатита устанавливали на основании тяжелого состояния больных, постоянных сильных болей в эпигастральной области, рвоты, подъема температуры тела выше 38°, цианоза кожных покровов, тахикардии, снижения АД, олигурии, психических расстройств, наличия симптомов перитонита, воспалительного инфильтрата в верхней половине живота, лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. У 12% обследованных активность амилазы мочи была в пределах нормы. Наиболее выраженные изменения на ЭКГ отмечались у больных, имевших в анамнезе ишемическую болезнь сердца, коронарокардиосклероз, инфаркт миокарда. Диагноз уточняли с помощью лапароскопии, во время операции и путем патоморфологических исследований.

Ошибочный диагноз до операции был выставлен 54 больным: перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки — 38, кишечная непроходимость — 9, острый аппендицит — 7. Причина ошибочной диагностики была связана в основном с полиморфизмом клинических признаков острого деструктивного панкреатита. В течение первых суток от начала заболевания поступили 79 больных, через двое суток — 36, через трое суток и более — 13.

Экспериментальные исследования проведены на 20 кошках, у которых вызывали острый панкреатит [9] и определяли сократительную функцию миокарда [2] через сутки от начала заболевания и после субтотальной резекции поджелудочной железы.

Срочная операция в течение 24—48 ч от поступления и заболевания была выполнена 114 больным, у которых консервативная терапия не давала эффекта, нарастали симптомы перитонита и нельзя было исключить острую хирургическую