

3. Bellemare F., Bigland-Ritchie B. // Rev. Resp. Dis.—1984.— Vol. 129.— P. A286.

4. Bergsmann O., Eder M. // Man. Med.—1984.— Vol. 22.— P. 96—99.

5. Gilbert R., Peppi D. et al. // I. Appl. Physiol.—1979.— Vol. 47.— P. 628—630.

6. Grassino A. et al. // Chest.—1984.— Vol. 85.— P. 515—545.

7. Grieb C. P. et al. // Clinical. respiratory physiology.— Bratislava, 1983.

8. Lewit K. // Cas. Lek. ces.—1980.— Vol. 119.— P. 450—455.

9. Lewit K. Manuell Medizin.— Leipzig, 1987.

Поступила 13.04.91.

EFFICACY OF MANUAL AND ACUPUNCTURAL THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE BRONCHITIS

G. A. Ivanichev, V. F. Bogoyavlensky,
A. R. Gainutdinov

Summary

Some data of clinicofunctional investigations of 87 patients with chronic obstructive bronchitis after manual and acupunctural therapy are presented. It is found that manual therapy of musculo-articular structures of ventilation apparatus provokes the reliable increase of contractile capacity of the respiratory muscles and decrease of sensory equivalents of the respiratory deficiency. Acupunctural therapy moderately affects the neuromotor system in patients with chronic obstructive bronchitis in the positive dynamics of the curve indices of flow-volume of forced expiration and bronchial resistance.

УДК 616.33 + 616.34]—002.44—089.8—032:611.831.91—036.65:616.342—008.17—032:611.33

ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС ПРИ РЕЦИДИВЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ВАГОТОМИИ

А. С. Ермолов, К. А. Абикулов, А. В. Упырев, А. Г. Альмамбетов, В. М. Васильева

Кафедра хирургии № 2 (зав.—проф. А. С. Ермолов)
Центрального института усовершенствования врачей, Москва

В связи с распространением органических операций с ваготомией все большую актуальность приобретает проблема послеоперационного рецидива язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [7]. По данным различных авторов [12, 15], частота рецидивов язвы после ваготомии колеблется от 0,7 до 30,4%, причем количество их возрастает в более отдаленные сроки после операций [11]. Подавляющее число рецидивов заболевания, по мнению многих исследователей, связано с неадекватной ваготомией [6, 13], следовательно, с сохранением высокой кислотности желудочного сока, нарушением моторно-эвакуаторной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта [10], гипергастринемией [2, 14]. Все чаще обсуждается в литературе вопрос и о роли дуоденогастрального рефлюкса [8]. Предполагается, что желчь обладает цитолитическим действием, повышает секрецию соляной кислоты и гастрина [3, 5].

Целью нашего исследования являлось изучение влияния дуоденогастрального рефлюкса при рецидиве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки после ваготомии.

Нами обследовано 53 человека с рецидивом язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в клинике в 1980—1990 гг.

Всем больным проводили комплексное обследование, которое включало эзофагогастродуоденоскопию, динамическую рентгеноскопию желудка с прицельной рентгенографией и полипозиционным исследованием пищевода, кардии и функции привратника. Секреторную функцию желудка изучали с помощью рН-метра с самопишущим прибором Н3020 и двухэлектродным рН-зондом. Концентрацию гастрина определяли в сыворотке крови радиоиммунным методом с использованием стандартных наборов реактивов фирмы «Sorin» (Франция). В качестве пищевой нагрузки применяли 200 г отварного мяса. Эвакуаторную функцию желудка исследовали методом радиоизотопной гастросцинтиграфии [9], на пробный завтрак давали манную кашу, меченную ^{99m}Tc . Основным критерием эвакуаторной функции желудка являлось время, за которое объем принятой пищи уменьшался на 50% (в норме $T/2$ — 37 мин).

Для определения качественной и количественной характеристик дуоденогастрального рефлюкса используют метод динамической гепатобилисцинтиграфии с непрерывной записью активности радиофармпрепарата из зон проекции желудка и кишечника [4]. Нами применена собственная разработка этого метода (рац. предложение

№ 93/90; принято 01.09.1990 г., ЦОЛИУВ) — запись активности радиофармпрепарата из зон интереса мы производили с интервалом в 20 мин. Считаем, что активное вертикальное положение больного во время исследования является более физиологичным и позволяет избежать гипердиагностики дуоденогастрального рефлюкса. Применяли радиофармпрепарат мезиду или NIDA (Франция), меченные ^{99m}Tc, активностью 74 МБК. Осуществляли запись и компьютерную обработку данных, интенсивность дуоденогастрального рефлюкса выражали в процентах.

Все больные были разделены на две группы. 1-ю группу составили 32 пациента, которым была выполнена селективная проксимальная ваготомия (СПВ), причем в 5 случаях эту операцию дополняли пилоропластикой. Рецидив заболевания в первые 5 лет после операции был выявлен у 28 (87,5%) больных, от 6 до 10 лет — у 4 (12,5%).

2-я группа объединила 21 больного, которым была выполнена двусторонняя стволовая ваготомия. Из них 13 больным в качестве дренирующей желудка операции была произведена пилоропластика, 4 — наложен задний гастроэнтероанастомоз. У 4 больных по разным причинам к дренированию желудка не прибегали. Во всех этих случаях рецидив язвы развился в первые 6 месяцев. В целом же по группе рецидив заболевания в первые 5 лет после операции возник у 20 (95,2%) больных, от 6 до 10 лет — у 1 (4,8%).

Клиническая картина рецидива язвенной болезни в обеих группах была схожей. Больных беспокоили постоянное чувство тяжести, дискомфорта, умеренная боль в эпигастральной области, усиливавшаяся через 1—2 ч после приема пищи, изжога, отрыжка, тошнота. Боль носила постоянный тупой характер. Нарушение диеты и режима труда, перенапряжение заметно отражались на состоянии пациентов и нарушали их трудоспособность. Лишь у одного больного через 5 лет после СПВ и еще у одного через 8 лет после стволовой ваготомии единственным проявлением рецидива заболевания была клиника желудочного кровотечения.

При эндоскопическом исследовании у больных после СПВ, как правило, выявлялись гастрит и пилоробульбит различной выраженности. Язва распо-

лагалась в луковице двенадцатиперстной кишки, признаки пенетрации определялись у одного больного. Размеры язвы колебались от 0,3 до 1,5 см. У 3 больных язва локализовалась в верхней и средней трети желудка, у 2 — в области привратника, у одного были 2 «целующиеся» язвы луковицы двенадцатиперстной кишки.

Во 2-й группе больных эндоскопическая картина отличалась меньшей выраженностью воспалительных явлений. У 4 больных с гастроэнтероанастомозом язва располагалась в области анастомоза, у одного язва гастроэнтероанастомоза сочеталась с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки.

У 11 (34,4%) больных 1-й группы и у 12 (57,1%) во 2-й группе отмечалось наличие желчи в желудке во время эндоскопического исследования.

Рентгенологически оценивали функциональное состояние кардии и привратника, характер перистальтики, нарушение эвакуации из желудка. У 7 больных 1-й группы выявлены недостаточность кардиального жома и наличие рефлюкс-эзофагита, у 4 — гипотония стенок желудка, у 3 — замедление эвакуации (у 2 — вследствие стеноза, у одного — из-за пилороспазма). Во 2-й группе обнаружены рефлюкс-эзофагит (у 4), гипотония желудка (у 1), пилороспазм (у 2).

Эвакуаторную функцию желудка изучали методом радиоизотопной гастрографии. Установлено характерное для обеих групп замедление эвакуации в периоде обострения заболевания. Как правило, T/2 составляло от 65 до 120 мин. У одного пациента после СПВ в течение 1 ч исследования эвакуации радиофармпрепарата из желудка не наступило (гастростаз). У 4 (12,5%) больных после СПВ и у 3 (14,3%) после стволовой ваготомии отмечалась нормальная или ускоренная эвакуация из желудка.

Методом динамической гепатобилисцинтиграфии дуоденогастральный рефлюкс после СПВ выявлен у 9 (28,1%) больных: у 2 — легкой степени, у 4 — средней, у 3 — выраженный. Во 2-й группе констатировано 13 случаев дуоденогастрального рефлюкса (61,9%): у 3 — легкий, у 4 — умеренный и у 6 — выраженный.

При исследовании секреторной функции желудка методом pH-метрии также регистрировалось наличие за-

броса дуоденального содержимого в желудок по пикам ощелачивания антрального электрода. По нашим данным, у 10 (31,2%) человек в группе больных после СПВ и у 13 (61,9%) после стволовой ваготомии определялся дуоденогастральный рефлюкс. После СПВ средний уровень pH желудочного сока у больных с дуоденальным рефлюксом равнялся $1,14 \pm 0,14$ ($P > 0,01$), без рефлюкса — $1,37 \pm 0,30$, после стволовой ваготомии — соответственно $1,28 \pm 0,3$ ($P > 0,01$) и $1,5 \pm 0,6$.

Концентрацию гастрина сыворотки крови изучали как натощак, так и после стимуляции пищей. В 1-й группе содержание базального гастрина у больных без дуоденогастрального рефлюкса равнялось $59,5 \pm 18,9$ пкг/мл, стимулированного — $77,5 \pm 51,1$ пкг/мл. Для больных с зарегистрированным дуоденогастральным рефлюксом было характерно повышенное содержание как базального, так и стимулированного гастрина (соответственно $73,7 \pm 21,7$ пкг/мл; $P > 0,01$ и $116,3 \pm 14,7$ пкг/мл; $P > 0,01$).

У больных 2-й группы без дуоденогастрального рефлюкса после стволовой ваготомии колебания базального и стимулированного гастрина сыворотки крови были невыраженными ($87,7 \pm 14,4$ и $88,6 \pm 17,7$ пкг/мл), однако наличие дуоденогастрального рефлюкса заметно увеличивало уровень базального гастрина ($149,7 \pm 38,5$ пкг/мл; $P > 0,01$); содержание стимулированного гастрина было также достоверно выше ($174,7 \pm 30,5$ пкг/мл; $P < 0,01$).

Таким образом, рецидивы заболевания в сроки до 5 лет после стволовой ваготомии возникали чаще (95,2%), чем после СПВ (87,5%). По-видимому, это связано с большей физиологичностью СПВ, при которой сохраняется иннервация антрального отдела желудка. Последнее обстоятельство способствует удлинению сроков действия адаптационных механизмов, противодействующих язвообразованию.

У всех больных с рецидивом язвенной болезни после ваготомии сохранялась высокая кислотность желудочного сока, что свидетельствовало о том, что главной причиной рецидива было неадекватное подавление пептического фактора. На этом фоне в большинстве случаев отмечались нарушение функции привратника и кардии с явлениями пилоробульбита и рефлюкс-эзофагита,

снижение тонуса желудочной стенки, нарушение эвакуации из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Наиболее информативным методом определения качественной и количественной характеристики дуоденогастрального рефлюкса является метод динамической гепатобилисцинтиграфии. Разница в количестве регистрации дуоденогастрального рефлюкса при эндоскопическом и pH-метрическом исследованиях объясняется инвазивностью этих методов [4, 16].

Установлено, что рецидив язвенной болезни двенадцатиперстной кишки при наличии дуоденогастрального рефлюкса после стволовой ваготомии возникает почти в 2 раза чаще, чем после СПВ (52,4% и 28,1% соответственно). Наши данные совпадают с аналогичными результатами, полученными другими авторами [1], и связаны, видимо, с более частым применением дренирующих желудка операций при этом виде ваготомии.

У больных с рецидивом язвенной болезни были отмечены более высокие уровни базального и стимулированного пищей гастрина сыворотки крови при наличии дуоденогастрального рефлюкса, причем у больных после стволовой ваготомии уровень стимулированного гастрина оказался достоверно выше ($P < 0,01$). Подобная тенденция прослеживалась и при исследовании pH желудочного сока.

Таким образом, исследования позволяют предположить возможное стимулирующее влияние желчи на кислотообразующую и гастринпродуцирующую функции слизистой оболочки желудка, что является провоцирующим фактором в послеоперационном рецидиве заболевания.

В комплексное обследование больных должны входить мероприятия, направленные на выявление дуоденогастрального рефлюкса. Наличие последнего необходимо учитывать при выборе объема и вида оперативного лечения больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов Н. П., Орлов А. В., Персианов А. А. Редкие и труднодиагностируемые заболевания органов пищеварения: Матер. пленума Всесоюз. науч. общ-ва гастроэнтерол.— Душанбе, 1977.
2. Гринберг А. А., Даренская С. Д., Абрамович Г. В. // Хирургия.— 1980.— № 9.— С. 21—25.

3. Ерюхин И. А., Успенский В. М., Сацукевич В. Н.//Хирургия.—1984.— № 9.— С. 50—53.
4. Кузин М. И., Гордеев В. Ф., Торончи-на И. А., Сатрапинский В. Ю.//Сов. мед.—1987.— № 3.— С. 22—29.
5. Мыш В. Г.//Врач. дело.—1989.— № 1.— С. 3—7.
6. Панцырев М. Ю. Селективная проксимальная ваготомия с сохранением привратника в хирургии осложненных пилородуоденальных язв: Автореф. дисс. канд. мед. наук.— М., 1984.
7. Панцырев Ю. М., Сидоренко В. И., Чернякевич С. А.//Хирургия.—1987.— № 11.— С. 22—29.
8. Панцырев Ю. М., Сидоренко В. И., Чернякевич С. А. и др.//Вестн. хир.—1989.— № 8.— С. 12—16.
9. Постолов П. М., Крылов Н. Н.//Хирургия.—1983.— № 2.— С. 100—104.
10. Пурмалис В. Р., Макаренко Н. И.//Клин. хир.—1989.— № 8.— С. 72—73.
11. Трофимов В. М., Нечай А. И., Ситенко В. М. и др.//Вестн. хир.—1990.— № 9.— С. 25—31.
12. Хачиев Л. Г., Хаджибаев А. М.//Вестн.

хир.—1988.— № 8.— С. 143—148.

13. Шевченко Б. Ф.//Гастроэнтерология.—1986.— Вып. 18.— С. 56—58.

14. Becher H. D.//Acta Hepatogastroenterol.—1979.— Vol. 26.— P. 516—519.

15. Johnston D., Blackett R. L.//World. J. Surg.—1987.— Vol. 11.— P. 274—282.

16. Mackie C. R., Wisbey M. L., Cuschieri A.//Brit. J. Surg.—1982.— Vol. 69.— P. 101—104.

Поступила 09.07.91.

DUODENOGASTRIC REFLUX IN RELAPSE OF PEPTIC ULCER OF DUODENUM AND STOMACH AFTER VAGOTOMIES

A. S. Ermolov, K. A. Abikulov, A. V. Upyrev, A. G. Almambetov, V. M. Vasilyeva

Summary

The presence of duodenogastric reflux is one of the factors provoking the postoperative relapse which is necessary to be taken into account in the choice of volume and type of operative treatment of peptic ulcer of duodenum.

УДК 616.346.2.005

СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Ш. Х. Ганцев, А. Н. Серяк

Кафедра онкологии (зав.—докт. мед. наук Ш. Х. Ганцев) Башкирского медицинского института

Червеобразный отросток подвержен практически всем видам патологии, встречающейся в других отделах кишечника, кроме специфических заболеваний. Болезням аппендикса посвящено большое количество опубликованных работ, однако вопрос об их классификации остается открытым. Даже в самых авторитетных руководствах и монографиях даются классификации лишь острого и хронического аппендицита. Неполной и нерациональной, на наш взгляд, является и классификация болезней червеобразного отростка, предложенная П. Ф. Калитиевским [16]. По нашему мнению, классификация должна быть основана на следующих принципах.

1. Она должна отражать современный уровень имеющихся представлений о заболеваниях червеобразного отростка.

2. Быть полной и в то же время доступной для практического применения.

3. Характеризовать в определенной мере патологоанатомические изменения в червеобразном отростке с учетом клинического проявления заболевания.

4. Указывать степень вовлечения в патологический процесс окружающих тканей и органов и обозначение развивающихся осложнений.

Исходя из этих принципов, мы предлагаем следующую классификацию заболеваний червеобразного отростка.

I. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

1. Агенезия
2. Удвоение
3. Аномальное отхождение от слепой и восходящей ободочной кишки
4. Левостороннее расположение при обратном развитии органов (sit viscerum inversus abdominalis)

II. ТРАВМА

III. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА

IV. КАМНИ (энтеролиты и копролиты)

V. ЗАВОРОТ

VI. ИНВАГИНАЦИЯ

VII. ЧЕРВЕОБРАЗНЫЙ ОТРОСТОК В ГРЫЖЕ

VIII. ТРОМБОЗ АРТЕРИИ appendicularis (первичная ишемическая гангрена червеобразного отростка)

IX. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ