

Необходимо полностью исключить энтеральное питание, что ведет к остановке лимфорееи (по мнению многих авторов [1—3, 5, 8], оно увеличивает лимфообразование в 5 раз), проводить парентеральную терапию с обязательным включением в нее плазмозаменителей. Если больной прооперирован, то целесообразно дренирование брюшной полости трубчатыми дренажами для активной аспирации в послеоперационном периоде, а инфузионную терапию надо выполнять по указанному выше принципу.

Лимфопения, сгущение крови и гипопроотеинемия, выявленные при исследовании крови в динамике, дают основание диагностировать лимфоистечение. При наличии у больных картины «острого живота» и лимфоистечения [2] следует заподозрить хилезный асцит, который в клинике протекает по типу апоплексии яичника. При исследовании содержания брѳшной полости необходимо обращать внимание на цвет выпота, а при биохимическом его анализе — на наличие жира и белка.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Долецкий С. Я., Овчинников А. А., Мулина Ц. И. // Хирургия. — 1970. — № 6. — С. 88—94. — 2. Ибатулин И. А. // Там же. — 1977. — № 5. — С. 130—134. — 3. Перельман М. И., Юсупов И. А., Седова Т. Н. // Хирургия грудного протока. — М., Медицина, 1984. — 4. Сигал М. З., Кабанов К. В. // Бюлл. изобретений. — 1959. — № 23. — 5. Тагабадзе К. Г., Ибатулин И. А., Курбатов В. С. и др. // Хирургия. — 1976. — № 12. — С. 37—38. — 6. Ходиев Э. М., Хегай Е. Н., Шамсиев А. Ф. и др. // Вестн. хир. — 1984. — № 8. — С. 108—109. — 7. Шубин В. Н. // Редкие хирургические болезни. — Изд-во Казанского ун-та, 1969. — 8. Vasko I., Tapper R. // Arch. Surgery. — 1967. — Vol. 95. — P. 355.

Поступила 21.05.86.

УДК 616.33 — 002.44 — 089.856

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КИСЛОТОПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА МЕТОДОМ СЕЛЕКТИВНОЙ МУКОЗЭКТОМИИ

И. А. Салихов, А. А. Агафонов, Д. И. Гафуров

*Кафедра хирургических болезней (зав. — проф. И. А. Салихов), кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав. — проф. А. А. Агафонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, городская клиническая больница № 1 имени проф. А. Г. Тергулова (главврач — А. А. Абдулжаков) г. Казани*

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — одно из наиболее распространенных заболеваний пищеварительного тракта. Безуспешность консервативной терапии вынуждает прибегать к оперативному лечению, направленному на подавление основных факторов агрессии, ведущих к ulcerогенезу, — снижению продукции соляной кислоты, пепсина, устранению моторно-эвакуаторных расстройств.

Одним из методов подавления кислото- и пепсинообразования является резекция желудка. Однако это вмешательство нельзя считать безупречным из-за целого ряда тяжелых осложнений послеоперационного периода, связанных в основном с удалением части органа.

Селективная проксимальная ваготомия — вмешательство органосохраняющего типа. Она получила большое распространение как за рубежом, так и у нас в стране [2—6]. Эта операция позволяет значительно снизить кислотность желудка. Наиболее отчетливо ее достоинство выявляется у больных с дуоденальной локализацией язвы при возможности выполнения всех технических ее элементов (мобилизация большой кривизны, детальная препаровка нервно-сосудистых элементов желудка, сохранение ветвей Летарже). При желудочной язве преимущество ваготомии, по мнению ряда авторов [1, 7], проявляется менее отчетливо.

В последние годы появились сообщения о возможности снижения секреции методом иссечения слизистой — непосредственного реализатора желудочного сока [8, 9]. После этой операции регенерирующая на демуккозированной поверхности слизистая не будет в полной мере выполнять свою секреторную и кислотообразующую функции, что явится определяющим моментом в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и приведет к выздоровлению больного.

С учетом морфологических и функциональных особенностей зоны малой кривизны желудка мы решили оказать прессорное воздействие на агрессивные факторы желудочного сока (соляную кислоту, пепсин) путем удаления слизистой оболочки в области малой кривизны с последующим ушиванием демуккозированной

поверхности. С целью изучения влияния селективной мукозэктомии на кислотообразующую функцию желудка на двух сравниваемых группах животных (по 7 собак в каждой группе) выполнены вмешательства с ушиванием и без ушивания демуккозированной поверхности. Исследования показали, что у животных, которым производилось ушивание, отмечалось стабильное и значительное снижение объема секрета и кислотности, стимулированной инсулином и гистамином, по отношению к исходным значениям ( $P < 0,05$ ). У тех же животных, которым демуккозированную поверхность не ушивали, означенные показатели приблизились к исходным данным уже к третьему месяцу наблюдения. Увеличение объема желудочного секрета начиная с третьего месяца объяснялось регенерацией слизистой в области ее удаления. Морфологически регенерат не отличался от нормальной слизистой.

Операция была осуществлена у 22 больных; срок наблюдения за больными составил свыше 9 лет. Результаты исследования кислотообразующей функции желудка у больных на сроке до 5 лет представлены в таблице.

В базальном соке больных через 5 лет после операции объем секрета составлял 37,5% от исходного, уровень свободной соляной кислоты снизился в 3,4 раза и был равен 28,8%, а дебит-час — 8,3% от исходного уровня. Снижение продукции пепсина на всех этапах наблюдения составляло 20,4% от исходного показателя в основном за счет снижения объема секрета ( $P < 0,02$ ).

В ответ на стимуляцию инсулином объем желудочного сока уменьшился в среднем в 2 раза по сравнению с дооперационным показателем, а дебит-час свободной соляной кислоты — в 8,7 раза на пятом году наблюдения и равнялся 11,4% от исходного уровня ( $P < 0,01$ ). Продукция пепсина составила 16,8% от исходного показателя ( $P < 0,02$ ). При использовании максимального гистаминного теста также было отмечено снижение секреторного потенциала (см. табл.).

Показатели кислотообразующей функции у больных язвенной болезнью желудка до селективной мукозэктомии и после нее

Показатели	Сроки наблюдения				
	до операции	после операции			
		через 6 мес	1 год	3 года	5 лет
$M \pm m$ ( $n = 22$ )	$M \pm m$ ( $n = 18$ )	$M \pm m$ ( $n = 14$ )	$M \pm m$ ( $n = 8$ )	$M \pm m$ ( $n = 8$ )	
Базальная секреция					
Дебит-час, ммоль . . . . .	$8,4 \pm 1,5$	$1,2 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,2$	$2,1 \pm 0,5$	$0,8 \pm 0,2$
<i>P</i>		$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,02$	$< 0,01$
Пепсин, мг . . . . .	$88,5 \pm 15,9$	$18,2 \pm 4,2$	$19,2 \pm 4,5$	$27,6 \pm 9,6$	$17,5 \pm 4,1$
<i>P</i>		$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,05$	$< 0,01$
Секреция, стимулированная инсулином (2-й час исследования)					
Дебит-час, ммоль . . . . .	$20,1 \pm 3,0$	$5,8 \pm 0,9$	$7,2 \pm 1,5$	$6,3 \pm 1,9$	$3,0 \pm 0,7$
<i>P</i>		$< 0,001$	$< 0,01$	$< 0,02$	$< 0,01$
Пепсин, мг . . . . .	$188,5 \pm 21,5$	$73,2 \pm 7,6$	$69,6 \pm 10,7$	$62,9 \pm 20,1$	$35,7 \pm 6,4$
<i>P</i>		$< 0,001$	$< 0,01$	$< 0,01$	$< 0,02$
Секреция, стимулированная гистамином					
Дебит-час, ммоль . . . . .	$21,0 \pm 2,0$	$6,0 \pm 1,1$	$6,8 \pm 1,1$	$5,5 \pm 0,9$	$5,7 \pm 0,9$
<i>P</i>		$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$
Пепсин, мг . . . . .	$182,9 \pm 25,5$	$62,7 \pm 9,5$	$63,7 \pm 11,1$	$72,6 \pm 18,7$	$41,7 \pm 12,8$
<i>P</i>		$< 0,001$	$< 0,02$	$< 0,02$	$< 0,02$

Примечание. *P* — достоверность; *n* — число наблюдений.

Сравнительная статистическая обработка показателей желудочной секреции у тех больных, у которых селективная мукозэктомия сопровождалась наложением гастродуоденостомы, и у тех, кто перенес селективную мукозэктомию без дренирующей операции, позволила заключить, что операция, дренирующая желудок (в нашем случае — анастомоз по Джабулею), не оказывает влияния на секреторный потенциал желудка ( $P < 0,05$ ).

Снижение секреции желудочного сока коррелировало с удовлетворительным состоянием больных в течение всего срока наблюдения после операции. Эффективность вмешательства проявилась сокращением сроков трудовой реабилитации больных до 2—3 месяцев. Через 1 год у 7 больных наблюдалось увеличение

дооперационной массы тела на 2—7 кг, у 3 — на 9—13 кг; у 4 масса тела осталась без изменений. При язвенной болезни желудка наша методика позволяет иссекать и удалять язву в пределах здоровых тканей, что совершенно не усложняет операцию.

Рентгенологические симптомы язвенной болезни исчезли у 13 больных через 2—4 нед, у 6 — через 5—12 нед и у 2 — через 6 мес после операции. Фиброгастро-скопическое исследование подтвердило отсутствие рецидива заболевания.

Разработанная нами и прошедшая клиническую апробацию селективная мукозэктомия дает возможность не только существенно снизить кислото- и пепсинообразование, но и сохранить желудок как функционирующий орган, избежать трудностей, связанных с вариабельностью блуждающих нервов при выполнении селективной проксимальной ваготомии. К уменьшению объема желудочного секрета приводит ваготомия, которая осуществляется пересечением терминалей блуждающего нерва во время демуккозаций. Удаление функционально активной зоны слизистой желудка — малой кривизны — вызывает уменьшение площади кислото-продуцирующей поверхности, исчезновение островоспалительных изменений слизистой, уменьшение абсолютного количества главных и обкладочных клеток за счет увеличения мукоцитов.

Селективная мукозэктомия на данном этапе может быть применена в специализированном отделении по строгим показаниям для снижения кислото- и пепсинообразования при язвенной болезни, например в случаях выраженной рубцово-воспалительной деформации желудка и двенадцатиперстной кишки и окружающих тканей, что затрудняет техническое выполнение полноценной ваготомии. Противопоказаниями служат хронические каллезные язвы, язвы с подозрением на малигнизацию, рак желудка.

Таким образом, селективная мукозэктомия — это новый вид хирургического пособия, показания для которого определены. Указанное оперативное вмешательство не является альтернативой, оно выступает методом, способным дополнить комплекс операций на желудке органосохраняющего типа.

#### ВЫВОДЫ

1. Селективная мукозэктомия позволяет в значительной мере сохранить анатомическую структуру желудка, вызывает устойчивое снижение его секреторного потенциала, нормализует моторно-эвакуаторную функцию органа.

2. Клиническое применение метода сокращает время трудовой реабилитации больных по сравнению с резекцией желудка.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев П. Я. // Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — М., Медицина, 1986. — С. 224. — 2. Кузин М. И., Постолов П. М., Кузин Н. М. // Хирургия. — 1982. — № 12. — С. 7—14. — 3. Кузин М. И., Помелов В. С., Алексеев А. А. и др. // Там же. — 1985. — № 2. — С. 3—10. — 4. Панцырев Ю. М., Чернякевич С. А., Никитина М. В. // Там же. — 1985. — № 2. — С. 10—14. — 5. Савельев В. С., Березов Ю. З. // Там же. — 1975. — № 7. — С. 3—7. — 6. Салихов И. А., Красильников Д. М., Федоров В. В., Сафин Т. Ф. // Там же. — 1982. — № 12. — С. 42—46. — 7. Knight C. P. // Ann. Surg. — 1983. — Vol. 197. — P. 22—26. — 8. Milton C. W. et al. // Gastroenterol. — 1969. — Vol. 39. — P. 312—318. — 9. Tinoco R. C. et al. // Ing. Surg. — 1982. — Vol. 67. — P. 37—40.

Поступила 21.05.86.

УДК 617.51 + 617.54 — 001 — 02 : 616.24 — 008.4 — 07

## ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЧЕРЕПА И ГРУДИ

В. Е. Крылов

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР, проф. У. Я. Богданович)

Мы проанализировали истории болезни и акты судебно-медицинской экспертизы 247 умерших больных с сочетанной травмой черепа и груди, что позволило выявить следующие трудности в дифференциальной диагностике нарушений дыхания.