

математического метода прижизненной оценки массы некроза в реальном масштабе времени, то есть на любой час от начала развития инфаркта миокарда.

Таким образом, масса некроза может быть представлена в виде функции от электрофизиологического эквивалента некроза. Наличие математической модели прижизненной оценки массы некроза в динамике позволит рассчитать величину скорости некротизации.

В таблице приведены данные сопоставления электрофизиологического эквивалента некроза конечного состояния (то есть определенного перед смертью больных в случаях летального исхода или в момент прекращения динамики показателя при благоприятном исходе) у выживших и умерших больных, а также показаны максимальные скорости изменения эквивалента в этих же группах. Анализ полученных результатов свидетельствовал, что величины конечного эквивалента у больных этих групп статистически достоверно не различались, в то время как среди величин максимальной скорости изменения эквивалента выявлялась обратная закономерность, причем более высокие скорости некротизации наблюдались у умерших больных. У больных острым инфарктом миокарда, осложнившимся развитием кардиогенного шока или отека легких, максимальная скорость некротизации (изменения электрофизиологического эквивалента некроза) в 1,3—1,6 раза превышала соответствующий показатель в группах контроля.

Сопоставление групп по показателям и скорости изменения электрофизиологического эквивалента некроза показало, что скорость некротизации является важным фактором прогноза, так как ее можно вычислить значительно раньше, до развития осложнений.

УДК 616.33—002.44—085.849.19

**М. М. Мурзанов, В. Г. Сахаутдинов, А. Г. Хасанов, И. М. Уразбахтин (Уфа).** Лечение гелий-неоновым лазером язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Проведено лечение 160 (мужчин — 141, женщин — 19, возраст больных от 18 до 67 лет) больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки гелий-неоновым лазером ЛГ-75 с диапазоном мощности на выходе от 15 до 35 мВт. Лазерное излучение с помощью переходного фокусирующего устройства вводили в кварцевое моноволокно диаметром 4 мм и длиной 3 м. Мощность излучения на выходе из волокна составляла 85% от исходной. У 127 больных язва (размеры —  $0,8 \pm 0,2$  см) локализовалась в луковице двенадцатиперстной кишки, у 33 — в желудке ( $0,7 \pm 0,1$  см). Об эффективности лечения судили по динамике клинических, гистологических, эндоскопических и морфологических показателей. Кислотопродуцирующую функцию желудка исследовали методом интрагастральной pH-метрии, моторную функцию — путем электрогастрографии. Лечебные манипуляции проводили ежедневно или через день по 5 мин при плотности мощности на конце световолокна  $1,5-2 \times 10^3$  Вт·м<sup>-2</sup>. Во всех случаях лазерную терапию начинали после гистологического и цитологического исследования биопсийного материала.

При лазерном облучении у больных основной группы, не получавших до этого лечения, в пер-

вые же дни установлены уменьшение интенсивности болей, улучшение общего самочувствия, уменьшение диспептических явлений. Эндоскопически после 1—2 сеансов облучения гиперемия и отек слизистой оболочки вокруг язвы усиливались, однако на 3—4-е сутки уменьшались; кроме того, очищалось дно язвы, она становилась более плоской, наблюдалась эпителизация с краев язвенного процесса. Для полного заживления язв желудка требовалось в среднем 15 дней, для язв двенадцатиперстной кишки — 20. Линейные язвы заживали лучше, чем круглые. На более трудно лазерному лечению поддавались низкосидящие, внедуоденальные язвы на фоне рубцовых деформаций. Полная эпителизация язвы была получена у 143 (89,4%) больных, неполное заживление — у 17 (10,6%). Незаживление язв было связано с наличием резко выраженного гиперацидного состояния в желудке и трудностью в техническом отношении облучения при внедуоденальных язвах.

Наши наблюдения показали, что для эпителизации язв желудка требуется меньшее количество сеансов, чем при дуоденальных язвах. Заживление язвы, очевидно, зависит еще от местных гормональных механизмов антрального отдела. Так, морфологическое изучение биоптата у больных с незажившими язвами выявило гиперплазию обкладочных клеток и гастринпродуцирующих клеток; у части больных отмечена «фундализация» антрального отдела. У 17 больных при наличии выраженного дуодено-гастрального рефлюкса язва заживала медленнее, что, вероятно, было связано с превалированием детергентного действия желчи на регенераторные возможности слизистой оболочки желудка.

Изучение кислотообразующей функции желудка до и после лазерной терапии показало статистически недостоверное снижение исходных показателей. Поэтому мы считаем, что лазерное облучение следует сочетать с приемом антацидов. После проведения эндоскопической лазеротерапии длительность стационарного лечения сократилась на 7—10 дней, причем среднее число дней от начала облучения до выписки при полном заживлении язвы составило 18,9 дней. При обычном методе лечения больных нередко выписывают из стационара в стадии ремиссии болезни, то есть без эпителизации язвы. Если нет эндоскопического контроля, то уменьшение отека, боли и уплощение язвы принимается за выздоровление.

Результаты лечения в отдаленном периоде изучены у 95 больных: у 14 из них через 6—9 мес отмечен рецидив язвы, а у остальных пациентов наступило стойкое заживление язвы.

УДК 617.55—089.48

**В. Н. Войцехович, В. Г. Чуприн, С. В. Добровашин (Казань).** Опыт применения полимерной пленки для дренирования брюшной полости

В клинике неотложной хирургии больницы скорой медицинской помощи г. Казани с июля 1986 г. для дренирования брюшной полости после операций по поводу различных гнойных процессов используются дренажи, приготовленные из эластичной гидратцеллюлозной пленки толщиной 10—50 мкм. Лист пленки складывается в виде гармошки в пакет с шириной ребра 0,5—1 см и длиной 10—30 см; такой пакет обычно имеет 10—15 плоскостей. Дренирующий