

КРАТКИЕ НАУЧНЫЕ СООБЩЕНИЯ

С. Г. МЕЛИКСЕТАН

НОВЫЙ МЕТОД ПОЛУЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА

В связи с важностью изучения секреторной функции поджелудочной железы в условиях минимального нарушения пищеварительного процесса у подопытных животных, мы поставили перед собой задачу разработать новый фистульный метод добывания панкреатического сока.

Операция наложения фистулы на двенадцатиперстную кишку нами была проведена следующим образом. Собаки после 24-часовой голодной диеты под общим наркозом в спинном положении фиксировались на операционном столе. Для обнажения двенадцатиперстной кишки в стерильных условиях производится лапаротомия параллельно реберной дуге. Длина разреза 10 см. После этого из правого подреберья извлекаются двенадцатиперстная кишка с поджелудочной железой. Последняя окутывается марлевой салфеткой и на этом отрезке, между желчным и панкреатическим протоками, на протяжении 2—3 см, кишка препаровкой отделяется от прилегающей части поджелудочной железы. На этом месте, на расстоянии 1—2 см друг от друга, на кишку накладываются два жома и между ними последняя поперечно перерезается. На края разреза отводящей части кишки накладываются кисетные швы и наглухо закрывается ее просвет. После этого удаляется соответствующий жом. Затем, на этом отрезке кишки, отступая от ее закрытого конца в заднем направлении, на протяжении не менее 80—100 см, начальный отрезок тонкой кишки подводится к оральному перерезанному концу двенадцатиперстной кишки и с ней создается энтероанастомоз методом „конец в бок“ (конец двенадцатиперстной кишки в бок петли тонкой кишки), затем удаляется второй жом.

Вслед за этим культия пришивается к брыжейке напротив соустья. Затем на оборальном отверстии кишки на расстоянии 8—10 см от ее закрытого конца (култя) в просвет кишки ставится фистульная трубка из пластмассы АКР—7 и ее укрепляют кисетным швом. Кишечное соустье тщательно окутывается кончиком сальника и вправляется в полость брюшины. Наружный венчик фистульной трубки выводится за кожным разрезом и на рану брюшной стенки накладываются три ряда швов: непрерывный на брюшину, узловатые на фасции и на кожу.

Таким образом, от закрытого конца аборальной части двенадцатиперстной кишки до энтероанастомоза длиной около 1 м превращается в „тупик“, в просвет начальной части которого открывается главный проток поджелудочной железы. При закрытом состоянии отверстия фистульной трубки сок поджелудочной железы, поступающий в просвет кишки, перистальтическим движением перебрасывается в



Рис. 1. а) желчный проток, б) проток поджелудочной железы, в) поджелудочная железа.

участок энтероанастомоза, где он смешивается с химусом двенадцатиперстной кишки. При открытии отверстия трубки сок выделяется из фистулы. Пищевая масса, заброшенная в упомянутый „тупик“, продвигается в направлении закрытого конца кишки не более 50 см. В дальнейшем указанный химус встречными волнами перистальтического движения эвакуирует в отводящую часть

тонкого отдела кишек. Исходя из этого, длину кишечного тупика необходимо иметь не менее 1 м, при этом химус не достигает начальной части „тупика“, куда впадает панкреатический проток, и тем самым обеспечивается получение сока поджелудочной железы без посторонних примесей.

После заживления операционной раны сок поджелудочной железы можно добывать во все периоды пищеварения. С этой целью подопытное животное становится на станок, затем открывается отверстие фистульной трубки и в него вставляется резиновая трубка, другой конец которой опускается в колбу, подвешенную под животом. При этом весь сок поджелудочной железы через резиновую трубку поступает в колбу; в промежутках между опытами отверстие фистульной трубки должно быть закрыто, ибо потери сока приводят к сильному истощению животного.

Предложенная нами операция, в отличие от существующих, переносится собаками легко, при обычных условиях ухода и содержания они выживают долгое время, без каких-либо заметных функциональных расстройств.

Кроме того, в этом кишечном тупике возможно изучение переваривающей силы панкреатического сока на различные виды пищи.

Кафедра общей и частной хирургии
Ереванского зооветеринарного института

Поступило 20.1 1960 г.

II. Գ. ՄԵԼԻՔՍԵՅԱՆ

ԵՆԹԱՍՏԱՄՈՒԲՈԱՅԻՆ ԳԵՂՁԻ ՀՅՈՒԹ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՆՈՐ ԵՂԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հողափածում նկարագրվում է շենքի ենթաստամոքսային զեղծի (պանկրեաս) հյուսիսն ստանալու մի նոր հղանակ, որը, մեր կարծիքով, մի շարք առավելություններ ունի զոլուսիսուն ունեցող մեթոդների համեմատությամբ:

Ենթաստամոքսային զեղծի ծորանի 12-մատնյա աղիքում բացման տեղից $1\frac{1}{2}$ —2 սմ առաջ աղիքը կտրվում է և այդ կտրվածքի հետի ծայրը կիսետային կորով փակվում է, իսկ առջևի ծայրը այդ կտրվածքից 40—50 սմ հեռավորվում է էնտերիտանաստամոք Վծայրը կողքին՝ հղանակով, որից հետո պանկրեասի ծորանի բացման տեղից 10 սմ հեռավորվում է ֆիստուլ: Այնուհետև տվյալ կենդանու մոտ կերային զանգվածները ստամոքսից էնտերիտանաստամոքսով անմիջապես անցնում են 12-մատնյա աղիքի հետի մասը, իսկ արտադրվող պանկրեասի հյուսիսը կուտակվում է 12-մատնյա աղիքի առջևի մասում ստեղծված փակուղում: Երբ ֆիստուլը գտնվում է փակ վիճակում, պանկրեասի հյուսիսը փակուղուց անցնում է էնտերիտանաստամոքսային հատվածը և խտնվում կերային զանգվածներին, իսկ երբ ֆիստուլը գտնվում է բաց վիճակում, պանկրեասի հյուսիսը անմիջապես դուրս է թափվում ֆիստուլի անցքից:

Օպերացիոն վերքերը առողջանալուց հետո կենդանու մոտ առաջանում է խրոնիկական ֆիստուլ և այդպիսի փորձնական կենդանին երկար ժամանակ պահպանում է իր նորմալ վիճակը: