

ՀԱՄԱՌՈՏ ԳԵՏԱԿԱՆ ՀԱՂՈՐԴՈՒՄՆԵՐ

Ս. Ս. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ

ԷԼԵԿՏՐՈԳԱՍՏՐՈԳՐԱՖԻԿ ՏՎՅԱԼՆԵՐ ՈՐՈՎԱՅՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ
ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳԵՊՔՈՒՄ (ԲԱՅԻ ՍՏԱՄՈՔՍԻՑ)

Օրգանիզմում տեղի ունեցող հոգեբանական, ալերգիկ, տրավմատիկ և բորբոքային բնույթի պաթոլոգիական ախտահարումների դեպքում ստամոքսի շարժողական ֆունկցիայի մաշկի վրայից կատարվող էլեկտրոգաստրոգրաֆիական ուսումնասիրության մասին գրականության մեջ հանդիպում են հատուկ հետազոտություններ, որոնք հիմնականում հաստատում են արտաստամոքսային ախտահարումների ժամանակ ստամոքսի շարժողական գործունեության խանգարումների փաստը: Ս. Ի. Նալբանդյանը [4] մաշկի վրայից կատարած էլեկտրոգաստրոգրաֆիայի տվյալներից ելնելով գտնում է, որ խրոնիկական ապենդիցիտի ժամանակ ստամոքսի շարժողական գործունեությունը լինում է բնկճված, էլեկտրոգաստրոգրամայի վրա արտահայտվում են փոքր ամպլիտուդաներ, որոնք վերականգնվում են վիրահատությունից 10—20 օր հետո:

Մարմնի տարբեր տեղերում շերմային ալրվածքների ժամանակ ստամոքսի մկանային ապարատի ֆունկցիոնալ խանգարումների էլեկտրոգաստրոգրաֆիական ուսումնասիրություններից հետո Ն. Ի. Պուսկովը [2] գտնում է, որ 5% ավելի ալրվածքների դեպքում ստամոքսի կծկողական ուժը թուլանում է, որը արտահայտվում է բիոպոտենցիալների ամպլիտուդայի և հաճախականության նվազումով, էլեկտրոգաստրոգրամայի վրա գրանցվում են 1 րոպեում մինչև 2 տատանում 0,1—0,2 մՎ լարվածությամբ:

Մեր դիտողությունները նվիրված են որովայնի խոռոչի օրգանների (բացի ստամոքսից) վրա կատարված վիրահատություններից հետո ստամոքսի շարժողական վիճակի խանգարումների բնույթի տեսական ուսումնասիրությանը՝ արտաօրգանային անմիջական էլեկտրոգաստրոգրաֆիական եղանակով, որի մեթոդիկան կլինիկական պայմաններում մեր կողմից մշակվել և գործնական նշանակություն է ստացել սկսած 1966 թվականից:

Որովայնի խոռոչում վիրահատությունը ավարտելուց հետո էլեկտրոդը, որը հանդիսանում է եռաէլեկտրոդային դրենաժ որովայնի խոռոչի մեջ անտրիքիտիկների լուծույթներ ներմուծելու համար, կետգուտի 1—2 հանգուցակարերով ֆիքսվում է ստամոքսի պիլորոտանտրալ հատվածի սերոզ թաղանթի անոթազուրկ մասում, մյուս ծայրը դուրս է հանվում վիրահատական վերքից, որտեղ այն դարձյալ ֆիքսվում է մաշկի հանգուցակարերից մեկի հետ:

Ցանկության դեպքում դրենաժ էլեկտրոդը միացվում է էլեկտրոգաստրոգրաֆի դիֆերենտ էլեկտրոդի շխթային և կատարվում է էլեկտրոգաստրոգրաֆիա:

Արտաօրգանային անմիջական եղանակով տեսական էլեկտրոգաստրոգրաֆիական քննության են ենթարկվել 15 հիվանդ, վիրահատությունից անմիջապես հետո առաջին շաբաթվա ընթացքում, որոնց մոտ կատարվել է խոլեցիստէկտոմիա-9, խոլեցիստոյեյունոտոմիա-2, փայծաղի էխինոկոկէկտոմիա-1, մեզոկոլոնի կաճացում ու ցեկոպեկսիա-1, որովայնի խոռոչում կպումների անջատում-1, ապենդեկտոմիա-1 դեպքերում: Բոլոր հիվանդների մոտ գրանցված է 107 էլեկտրո-

յաստրոգրամա, այդ թվում լեղուղիների վրա կատարած վիրահատություններից հետո՝ 70, որից բաղցած ժամանակ 41 և սննդային զրգոիչ ընդունելուց հետո 29 (որպես սննդային զրգոիչ արվել է բուլցոն 150,0, կամ 1 բաժակ քաղցր թել և 150,0 գ սպիտակ հաց), որովայնի խոռոչի մյուս շրջանների վիրահատություններից հետո զրանցված են 37 համապատասխանաբար՝ 19 և 18 էլեկտրոգաստրոգրամաներ:

Վիրահատությունից հետո անմիջապես, քաղցած վիճակում զրանցված 7 էլեկտրոգաստրոգրամաներից 4 դեպքում արտահայտվել է ստամոքսի շարժողական ուժի թուլացում՝ 0,11—0,15 մվ լարվածությամբ, 1 դեպքում այն եղել է նորմոկինետիկ՝ 0,3 մվ էլեկտրոլարվածությամբ, իսկ 2 դեպքում ստամոքսի կծկման ուժն ունեցել է հիպերկինետիկ բնույթ՝ 0,44—0,6 մվ էլեկտրոլարվածությամբ: Ամպլիտուդաների տատանումների հաճախականությունը 4 դեպքում կազմել է 3—3,4, մնացած 3-ից 2-ի մոտ արտահայտվել է տատանումների նվազում՝ 1,1, իսկ մյուսի մոտ հաճախացում 1 րոպեում 6,4 տատանում:

Վիրահատությունից հետո երկրորդ օրը, դատարկ ստամոքսից զրանցված 12 էլեկտրոգաստրոգրամաներից 6-ը եղել են հիպոկինետիկ բնույթի՝ 0,08—0,18 մվ, 3-ը նորմոկինետիկ՝ 0,27—0,3 մվ և մնացած 3-ի մոտ զրանցվել է հիպերկինետիկ տիպի՝ 0,45—0,5 մվ էլեկտրոլարվածություն: Ալիքների տատանումների հաճախականությունը 7 դեպքում եղել է նորմալի սահմաններում, իսկ 5-ի մոտ զրանցվել է նվազ հաճախականություն՝ 1 րոպեում 1—2 տատանում: Հաջորդ 3-րդ, 4-րդ, 5-րդ և 6-րդ օրերի ընթացքում, քաղցած վիճակում ստացված էլեկտրոգաստրոգրամաների վրա հիմնականում նկատվում են նորմոկինետիկ տատանումներ՝ 0,2—0,6 մվ էլեկտրոլարվածությամբ և մասամբ հիպոկինետիկ տատանումներ՝ 0,1—0,18 մվ էլեկտրոլարվածությամբ:

Սննդային զրգոիչ ընդունելուց հետո զրանցված 44 էլեկտրոգաստրոգրամաներից 33 դեպքում էլեկտրոլարվածությունը բարձրացել է 0,1—0,3 մվ առանց ամպլիտուդաների հաճախականության զգալի փոփոխության:

Վերը նկարագրված տվյալներից պարզվում է, որ 1-ին և 2-րդ օրերին առանց սննդային զրգոիչի, ստամոքսի շարժողական ֆունկցիան հիպոկինետիկ բնույթ է կրել 19 դիստոլություններից միայն 10 դեպքում, որտեղ արտահայտվել են ստամոքսի կծկումների ուժի թուլացում՝ 0,08—0,18 մվ բիոպոտենցիալների լարվածություն և տատանումների հաճախականության նվազում:

Նման դեպքերում կլինիկական դիստոլությունները ցույց են տալիս, որ որոշ հիվանդների մոտ առկա են ստամոքսի շարժողական էվակուատոր գործունեության խանգարման երևույթներ՝ հիվանդներն ունենում են սրտխառնոց, փքվածություն, առանձին դեպքերում լինում են նաև փսխումներ:

Հիպոկինետիկ տիպի ամպլիտուդաներ ավելի պակաս են հանդիպում վիրահատության 3-րդ օրից հետո, հատկապես սննդային զրգոիչ ընդունելուց հետո, ստամոքսի էլեկտրոլարվածությունը հիմնականում լինում է նորմոկինետիկ տիպի (44 դիստոլություններից 33 դեպքում), իսկ երբեմն արտահայտվում են հիպերկինետիկ տիպի տատանումներ:

Ուշագրավ է նաև այն փաստը, որ համեմատաբար ավելի տրավմատիկ վիրահատություններից հետո ստամոքսի բիոէլեկտրական ակտիվության վերականգնումը մինչև նորման տեղի է ունենում ավելի դանդաղ և ձգձգված՝ խոլեցիստէկտոմիայից և փայծաղի էխինոկոկէկտոմիայից հետո մինչև 4-րդ օրը քաղցած վիճակում կատարած զրանցումների ընթացքում բիոպոտենցիալների լարվածությունը 0,08—0,2 մվ-ից չի անցել և միայն սննդային զրգոիչ առկայության հետո այն բարձրացել է 0,3—0,4 մվ-ով:

Այսպիսով, մեր ուսումնասիրությունները նվիրված ստամոքսի շարժողական գործունեության խանգարումների բնույթի պարզաբանմանը, որովայնի խոռոչում կատարած ոչ ստամոքսային վիրահատությունների ժամանակ, արտաստամոքսային անմիջական տեղական էլեկտրոգաստրոգրաֆիական եղանակով, ցույց են տալիս, որ ստամոքսի բիոէլեկտրական լարվածությունը վիրահատ-

հատուկությունից հետո 1-ին 2-րդ օրերին լինում է ընկճված՝ հիպոկինետիկ տիպի (55,5%), իսկ հետագա 3—6 օրերին հիպոկինետիկ էլեկտրոլարվածությունը պակասում է հասնելով 23,7%, որը վկայում է կարճ ժամանակամիջոցում ստամոքսի աղապատացիոն կարողության փաստի մասին:

Որովայնի խոռոչի օրգանների, վիրահատությունից հետո, հատկապես առաջին օրերի ընթացքում, ստամոքսի շարժողական էվակուատոր խանգարումների հիմքում ընկած են մի շարք պատճառներ:

Խորոմսկին և Յուրչենկոն [5, 6] կլինիկական պայմաններում ուսումնասիրելով նարկոզի ազդեցությունը ստամոքսի էվակուատոր գործունեության նկատմամբ, վիսցերոգրաֆիկ եղանակով, նկատել են, որ նարկոզի 3-րդ շրջանում ստամոքսի կծկումները բոլորովին բացակայում են. նման վիճակը շարունակվել է քննության 1—2 ժամվա ընթացքում:

Ստամոքսի ֆունկցիոնալ խանգարումների հիմնական պատճառների շարքին պետք է դասել վեգետատիվ և սոմատիկ ներվային սխտեմների գործունեության անհավասարակշռված վիճակի առաջացումը, Ֆրանկ-Կամենեցկի և Խաչակ [7], Նեվերովա [1], Սոբակին և Նեվերով [3], ինչպես նաև հորմոնալ շղթայում տեղի ունեցող փոփոխությունները, որոնք զարգանում են վիրահատական տրավմայի և նրա հետևանքով առաջացող ցավերի պատճառով:

Արտաօրգանային անմիջական էլեկտրոգաստրոգրաֆիկական եղանակով կատարած տեական դիտողությունները ստամոքսի շարժողական էվակուատոր գործունեության ուսումնասիրության բնագավառում, որովայնի խոռոչում արտաստամոքսային վիրահատություններից հետո ունեն չափազանց կարևոր կլինիկական նշանակություն հիվանդների սննդային ռեժիմի ճիշտ կազմակերպման և բուժական տարբեր մեթոդների էֆեկտիվությունն ստուգելու համար: Երևանի բժշկաների վերապատրաստման

ինստիտուտ

Ստացված է 17. XII 1969 թ.

С. С. ГРИГОРЯН

ЭЛЕКТРОГАСТРОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПРИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОПЕРАЦИЯХ (КРОМЕ ЖЕЛУДКА)

С целью изучения биоэлектрической активности желудка после операций на органах брюшной полости (кроме желудка) впервые в клинических условиях мы применили внеорганную, непосредственную (прямую) электрогастрографию в течение первой недели после операции.

По указанной методике у 15 больных произведено 107 электрогастрографий, из коих 60 натошак и 47 после дачи соответствующих пищевых раздражителей. Наблюдения показали, что в первый и на второй дни после операций электрическая активность желудка подавляется в 55,5% наблюдений—биоэлектрическая активность достигает 0,0—0,18 мв. при редких колебаниях (гипокинетический тип).

В течение последующих 3—6 дней процент гипокинетических колебаний снижается до 23,7, при этом нормализуется амплитуда колебаний.

электрическая активность биопотенциалов достигает 0,2—0,4 мв при ритмичных колебаниях волн (нормокинетический тип).

Намного реже регистрируется кривая по гиперкинетическому типу.

Полученные результаты отражают динамику восстановления желудочной моторики в послеоперационный период.

Գ Ր Ա Շ Ա Ն Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն

1. Неверова Н. П. Физиология и патология пищеварения. Львов, 1965.
2. Пусков Н. И. Клиническая хирургия, 10, 1967.
3. Собакин М. А., Неверова Н. П. Экспериментальная хирургия и анестезиология, 1, 1969.
4. Хайгехт С. И. Советское здравоохранение Киргизии, 2, 1966.
5. Хоромски Л. Н., Юрченко А. П. Научные труды омского мед. института, 56, 1964.
6. Хоромски Л. Н., Юрченко А. П. Клиническая хирургия, 5, 1966.
7. Франк-Каменцкий Л. З., Ходжаев З. П. Бюлл. эксп. биол. и медиц., том XL, 7, 1955.