

Гр. А. ДАНИЕЛЯН, К. С. САЯДЯН

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ЗАМЕЩЕНИЯ РЕЗЕЦИРОВАННОЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДКА ТОЛСТОКИШЕЧНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ С АНТИПЕРИСТАЛЬТИЧЕСКИМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЕГО

За последние годы пластические операции желудка после резекции и гастрэктомии находят сравнительно большое число сторонников. Эти операции, производимые по поводу опухолей в желудке и язвенной болезни, по наблюдениям некоторых авторов, являются весьма эффективными. Некоторые исследователи указывают на положительные результаты пластических операций также при лечении больных с послерезекционными синдромами после резекции желудка по Бильрот [1, 3 и др.].

Трансплантатом при этих операциях часто служит тонкая и реже толстая кишка.

Трансплантат обычно располагается изоперистальтически. Однако ряд зарубежных авторов высказывает мысль о целесообразности антиперистальтического расположения кишечной вставки. При антиперистальтическом направлении трансплантата [4 и др.] пища в полости новообразованного желудка остается более длительное время, что способствует улучшению процессов пищеварения.

Однако другие исследователи [2 и др.] считают, что при антиперистальтической трансплантации кишечной петли у больных появляются аэрофагия, неприятные ощущения во рту, обратное забрасывание желчи и кишечного сока и т. п.

Комплексное и подробное изучение состояния больных, перенесших пластические операции в изоперистальтическом варианте, различными специалистами (хирургами, рентгенологами и терапевтами) показывает, что результаты вполне обнадеживающие. При этом имеются в виду результаты непосредственно после операций и в относительно поздние сроки.

Данные наших рентгенологических наблюдений над 26 больными, у которых удаленная часть желудка или весь желудок замещался толстокишечным трансплантатом, расположенным изоперистальтически, освещены в ранее опубликованных двух наших работах.

В данном сообщении описывается рентгенологическая картина толстокишечных пластических операций при антиперистальтическом расположении кишечной вставки.

Несмотря на малочисленность наших наблюдений (4 больных), мы нашли нужным поделиться своими впечатлениями, учитывая некоторые

существенные особенности данного вида пластических операций, а также факт отсутствия в литературе рентгенологических работ по этому вопросу. Знакомство с рентгенологической картиной поможет правильно оценить операцию антиперистальтической трансплантации.

Считаем уместным оговориться, что пластические операции с антиперистальтическим направлением трансплантата в наших наблюдениях производились в начале налаживания и освоения методики толстокишечной пластики в хирургическом отделении Ереванского института рентгено-радиологии и онкологии АМН СССР.

После совместных клинических и рентгенологических исследований операция с антиперистальтической трансплантацией кишечной петли была оставлена из-за присущих ей некоторых недостатков. В последующем трансплантат располагался только изоперистальтически.

Больные, подвергшиеся операции толстокишечной пластики с антиперистальтическим расположением трансплантата, оперированы в связи с раковым поражением желудка. Они находились под клинико-рентгенологическим наблюдением сроком от 1—1,5 мес. до 4—5 лет после операции, периодически подвергаясь многократным исследованиям.

Послеоперационное течение при антиперистальтическом варианте операции протекало значительно тяжелее, чем при изоперистальтической трансплантации. Оперированные больные жаловались на тупые боли в подложечной области после еды, на чувство давления, распираания и тяжести, тошноты и отрыжки, а у трех больных была и рвота. У одного больного на 18-й день после операции образовался каловый свищ (закрылся впоследствии самопроизвольно), у другого же признаки затруднения опорожнения желудка были настолько выражены, что пришлось прибегнуть к вторичной операции с наложением гастроэнтероанастомоза.

Первыми рентгенологическими исследованиями после операции обнаружены следующие изменения.

Газовый пузырь желудка с наличием на его фоне горизонтального уровня содержимого сильно увеличен. Культи желудка оказывалась расширенной, атоничной. У двух лиц величина культи почти равнялась размерам нормального желудка. Между тем, согласно записям в протоколе операции, у этих больных производилась субтотальная резекция желудка. Следовательно, культя увеличивалась и достигала больших размеров после операции.

Натощак в полости желудочной культи было много жидкости и остатков пищи, съеденной накануне. На рельефе слизистой выявлено резкое утолщение складок. Контрастная масса заполняла культю желудка продолжительное время. У двух из четырех обследованных контрастное вещество из культи желудка начинало переходить в толстокишечный трансплантат через 1—2 ч. после заполнения культи. Таким образом, бариевая масса встречала сильное сопротивление у желудочно-кишечного соустья, очевидно, обусловленное в основном мощными сокращениями трансплантата в противоположном движению бария направлении.

На контурах дилатированной культи желудка периодически появля-

лись вялые перистальтические сокращения, которые только временами становились выраженными, и это не помогало эвакуации бария, он продолжал оставаться в культе желудка, совершая лишь колебательные движения. По сравнению с культей желудка размеры трансплантата рентгенологически были гораздо меньше. Анастомоз между кишечной вставкой и двенадцатиперстной кишкой, как и первое соустье, долго не пропускал бариевую взвесь. Время пребывания последней в кишечной вставке было весьма продолжительно, у двух больных—до 1 ч. и более. За этот промежуток времени бариевая взвесь не переходила в двенадцатиперстную кишку или переходила в незначительных количествах.

Продолжительное наблюдение за моторно-эвакуаторной функцией путем просвечивания и снимков через определенные периоды времени позволило установить явное нарушение моторной деятельности новообразованного желудка.

У двух больных на следующий день исследования в полости желудка имелся еще значительный остаток бария. У двух других лиц полное опорожнение искусственного желудка констатировано спустя 8—10 ч. после приема контрастного вещества. Последнее эвакуировалось в двенадцатиперстную кишку прерывисто, время от времени, без какой-либо очередности и закономерности. Поэтому говорить об определенном типе опорожнения желудка не приходится.

Рентгенологически кишечник также оказывался измененным. В тонких кишках барий распределялся неравномерно; наряду с изолированными скоплениями контрастной массы, отмечались участки спастических сокращений. Продвижение бариевой массы через тонкие кишки замедленное по причине дисфункции моторики желудка. Сказанное справедливо также в отношении толстого кишечника, где обнаруживался выраженный стаз бария, наличие множества газовых пузырей, неравномерный тип гаустральной сегментации и т. д.

Клинические явления со стороны желудочно-кишечного тракта со временем постепенно уменьшались.

При повторных рентгенологических исследованиях, по сравнению с предыдущими исследованиями, удавалось установить определенные изменения также в рентгенологической картине.

Следует подчеркнуть, что улучшение рентгенологической картины наступало позже и медленнее, чем клиническое улучшение. Поэтому, несмотря на удовлетворительное или даже практически хорошее состояние больных, рентгенологически у них по-прежнему выявлялись различные изменения, хотя и менее интенсивные, нежели в ранний период после операции.

В поздние сроки с момента оперативного вмешательства в рентгенологической картине обнаружены следующие сдвиги.

Желудочная культя у всех больных значительно уменьшилась. Уменьшились и воспалительные изменения слизистого слоя культи желудка. В полости ее натошак определялось либо небольшое количество секрета, либо секрет отсутствовал. Функция желудочно-кишечного

анастомоза заметно восстановилась. Бариевая масса из культы желудка проходила в трансплантат толчкообразно, малыми порциями. Толстокишечный трансплантат значительно увеличился, особенно в ширину. На рельефе слизистой его стала выявляться складчатость, характерная для толстого кишечника. При тугом наполнении контуры трансплантата представлены гаустрами, имеющими различную форму и величину.

Функциональное состояние соустья между трансплантатом и двенадцатиперстной кишкой тоже улучшилось. Эвакуация бария из кишечной вставки в 12-перстную кишку происходила преимущественно по порционному типу, но без определенного ритма. Полное опорожнение желудка наступало в среднем за 4 ч.

Определенным образом изменилась рентгенологическая картина тонкого и толстого кишечника в сторону восстановления и нормализации их моторной функции.

Для иллюстрации ниже приводим краткие выписки из историй болезни двух больных.

Больной Х. Г., 70 лет, поступил в клинику с жалобами на боль в подложечной области, тошноту, рвоту, плохой аппетит и похудание. При пальпации живота определяется некоторая болезненность выше пупка, опухоль не прощупывается. Кровь и моча — без изменений, желудочный сок: общ. кисл.—26, своб. сол. кисл.—0, связ. сол. кисл.—22. При рентгенологическом исследовании был поставлен диагноз рака выходной части желудка.

Больному произведена субтотальная резекция желудка. Удаленная часть желудка замещена вставкой из поперечно-ободочной кишки длиной 20 см (антиперистальтически). После операции больной жалуется на тупую боль, чувство давления и тяжести в подложечной области, тошноту и рвоту.

Рентгенологическое исследование на 16-й день после операции: пищевод свободно проходим. На фоне газового пузыря желудка горизонтальный уровень содержимого. Культи желудка огромных размеров, содержит много жидкости с остатками пищевых масс. Складки слизистой культы желудка расширены. В течение более чем 1 ч. бариевая масса заполняет культю желудка, не переходя в кишечный трансплантат. Констатирована также продолжительная задержка контрастной массы в толстокишечной вставке. По нижнему контуру трансплантата видны неправильные гаустры, верхний контур его слегка выпуклый и нечеткий. Через 2 ч. эвакуация бария из трансплантата в 12-перстную кишку по-прежнему отсутствует. По большой кривизне культы желудка видны поверхностные волны перистальтики (рис. 1). Сокращения на контурах трансплантата отсутствуют. Спустя 3 ч. от начала исследования обнаружена примерно такая же картина. На следующий день в искусственном желудке выявлен большой остаток бариевой взвеси (рис. 2). Заполнение толстой кишки неравномерное.

Рентгенологическое исследование через 2,5 года после операции: культи желудка значительно уменьшилась в своих размерах, а трансплантат, наоборот, увеличился. Проподимость анастомозов заметно улучшилась. Граница между культей и трансплантатом определяется в виде вдавления по обеим кривизнам желудка (рис. 3). Эвакуация бария из желудка в 12-перстную кишку происходит прерывисто без определенной периодичности. Полное опорожнение желудка происходит за 4 ч. Прохождение бария по тонкому кишечнику замедленное, прерывистое. Через 24 ч. обнаружены некоторые остатки бариевой массы в тонком кишечнике. Заполнение толстой кишки неравномерное. Самочувствие больного относительно хорошее.

Больной В. А., 59 лет, поступил в клинику по поводу болей в области желудка после еды, плохого аппетита, похудания и слабости. Со слов больного, боли в области желудка начались с 1953 г. До середины 1957 г. заболевание протекало волнообразно

FIG. 2.



FIG. 1.



В последние месяцы болевые ощущения стали постоянными, больной начал худеть, истощился.

Периферические лимфоузлы у исследуемого не увеличены; пальпаторно в эпигастриальной области определяется бугристая безболезненная опухоль ограниченной под-



Рис. 3.

вижности. Желудочный сок: общая кислотность—16, свободная соляная кислота—0, связанная соляная кислота—0. Рентгенологическим исследованием установлено большое раковое поражение желудка.

Больной подвергся операции с удалением $\frac{2}{3}$ желудка. Произведено замещение резецированной части желудка толстокишечным трансплантатом антиперистальтическим расположением его. В послеоперационном периоде жалобы больного на тяжесть и распирающие в подложечной области, тошноту и рвоту. На 18-й день после операции образовался каловый свищ, закрывшийся впоследствии самопроизвольно.

Рентгенологическое исследование через 1,5 мес. после операции: пищевод не изменен. Газовый пузырь желудка больших размеров, содержит горизонтальный уровень содержимого. Контрастная масса скапливается на дне культи желудка, образуя форму полулуния. Культи желудка расширена, соответственно большой кривизне ее видны еле заметные сокращения. Небольшая порция бария проходит в трансплантат, после чего переход бария отсутствует в течение продолжительного времени. Соустье между культей и трансплантатом расположено высоко у малой кривизны культи. После приема больным дополнительной порции бария снова констатировано поступление небольшого количества контрастной массы из культи в трансплантат и в 12-перстную кишку (рис. 4). Через час рентгенологическая картина без изменений. Спустя 3 ч. большая часть бария находится в культе желудка. Незначительные следы контрастного вещества в 12-перстной кишке и в верхних петлях тонких кишок. На следующий день исследования в культе желудка имеется большой остаток бариевой взвеси (рис. 5). Неравномерное контрастирование толстой кишки.

Рентгенологическое исследование через 2 года 8 мес. после операции: пищевод нормальный. Культи желудка уменьшилась в своих размерах. Трансплантат заметно расширился, хорошо контрастируется барием, по обоим контурам отчетливо определя-

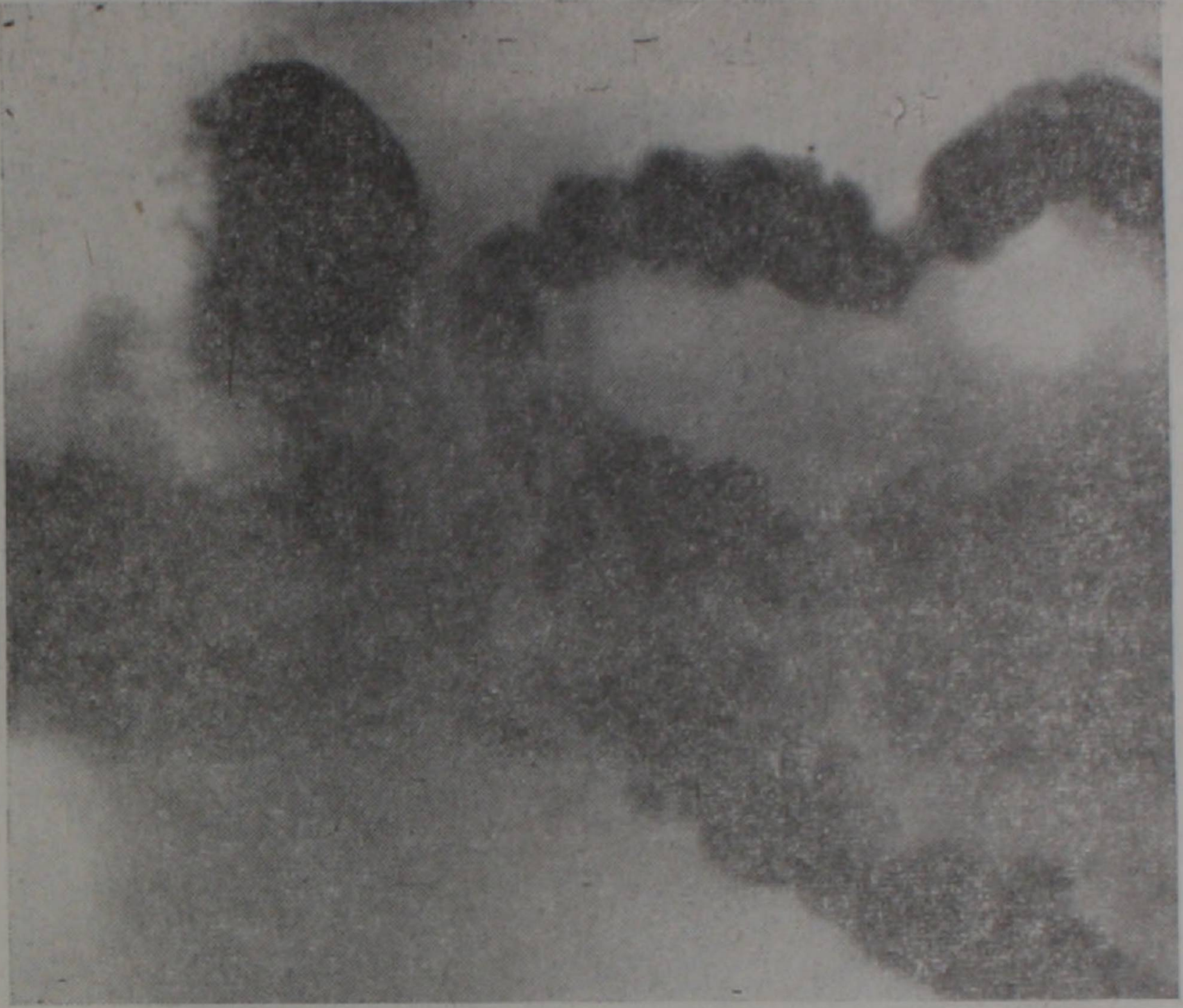


Рис. 5.

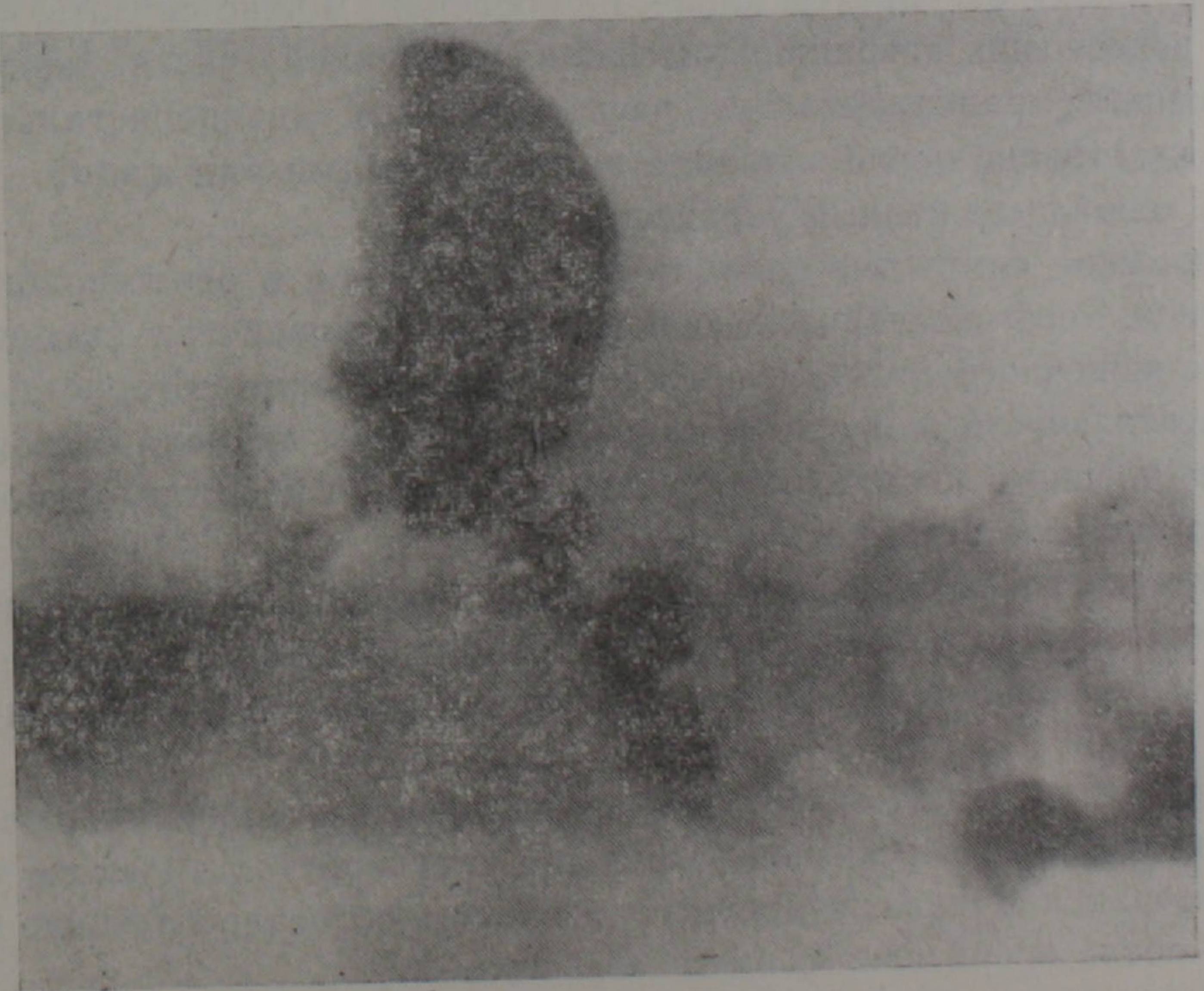


Рис. 4.

ются гаустральные сегментации. Нормальное заполнение двенадцатиперстной кишки и тонкого кишечника (рис. 6). Через час в искусственном желудке половина принятого бария. Полное опорожнение желудка—через 2,5 ч. Эвакуация происходит по порционном типу.



Рис. 6.

Подытоживая результаты наших наблюдений, можно сказать, что у больных, перенесших операцию замещения удаленной части желудка толстокишечным трансплантатом, расположенным антиперистальтически, непосредственно после операции возникает целый ряд жалоб, которые часто носят выраженный характер.

Клинические симптомы находят свое отражение в рентгенологической картине. Рентгенологически обнаруживаются различные изменения желудочно-кишечного тракта и прежде всего нарушение моторно-двигательной деятельности желудка и кишок. С течением времени состояние больных медленно и постепенно улучшается, однако некоторые жалобы полностью так и не исчезают.

Рентгенологически в поздние сроки после операции (в среднем через год и более) обнаруживается значительное обратное развитие ранее выявленных изменений, заметное восстановление функции желудка и кишечника.

На основании наших сравнительных наблюдений можно заключить, что результаты пластических операций при антиперистальтическом расположении трансплантата неудовлетворительные, особенно в течение первого года после оперативного вмешательства.

Кафедра рентгено-радиологии
Ереванского медицинского института,
Ереванский институт рентгено-радиологии
и онкологии АМН СССР

Поступило 20.VIII 1964 г.

Հ. Ա. ԳԱՆԻԵԼՅԱՆ, Կ. Ս. ՍԱՅԱԴՅԱՆ

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ՌԵԶԵԿՅԻԱՅԻ ԵՆԹԱՐԿՎԱԾ ՄԱՍԻ ՀԱՍՏԱՂԻՔԱՅԻՆ ՏՐԱՆՍՊԼԱՆՏԱՏՈՎ ՀԱԿԱՊԵՐԻՍՏԱԼՏԻԿ ԳԻՐՔՈՒՄ ՓՈԽԱՐԻՆՄԱՆ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒՄՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱ-ՌԵՆՏԳԵՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ԳԻՏԱՐԿՈՒՄՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Ի մի բերելով կլինիկական և ռենտգենյան քննությունների տվյալները ստամոքսի մասնակի հատումից հետո կատարված անտիպերիտալտիկ կոլոպլաստիկայի վիրահատումների դեպքերը կարելի է եզրակացնել, որ այդպիսի վիրահատումներից անմիջապես հետո հիվանդների մոտ նկատվում են արտահայտված գանգատներ, որոնք աստիճանաբար նվազում են և հիվանդների ընդհանուր դրությունը զգալի շափով լավանում է: Բայց որոշ շափով հիվանդների գանգատները շարունակվում են երկար ժամանակ: Կլինիկական երևույթները իրենց արտահայտությունն են գտնում համապատասխան ռենտգենյան պատկերում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Clemens M. Nachoperationen Wegen Duningsyndrom (Modification der Sacharow-Henleyschen operation). Zbl. Chir., 1959, 84, 18.
2. Hepp J., Couinaud C., Bucaille M. Les gastrectomies avec retablissement du curcum duodenal par interposition Viscerale primitive ou Secondaire. J. gastro-enter francals, 1957, 27—28.
3. Henly F. A. The surgical treatment of the post-gastrectomy Syndrome. Med. press 1955, 233, 318—323.
4. Moraney I. Colonic replacement of Stomach. Lancet, 1951, 1, 18.