

К. С. САЯДЯН

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ I И ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ЗАМЕЩЕНИЯ РЕЗЕЦИРОВАННОЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДКА ТОЛСТОКИШЕЧНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

Под нашим наблюдением находилось 30 больных, из них 10—после резекции желудка по Бильрот I и 20—после операции толстокишечной пластики с изоперистальтическим расположением кишечного трансплантата. Больные подвергались многократному рентгенологическому исследованию в разные сроки после оперативного вмешательства.

Нами изучались формы, размеры, тонус, перистальтические сокращения, рельеф слизистой культи желудка и кишечного трансплантата. Одновременно изучалась моторно-эвакуаторная функция искусственного желудка, толстой и тонких кишок.

Наши исследования показали, что форма и величина культи желудка после пластических операций были различные. Здесь сказывается значение таких факторов, как объем резецированной части желудка, место расположения анастомозов, их проходимость, конституция больного. Степень участия каждого из этих факторов не поддается точному определению. При отсутствии других патологических изменений форма культи имеет относительное значение.

Если у преобладающего большинства больных после толстокишечной пластики в большинстве случаев культи имела выпяченную форму, то у больных после резекции по Бильрот I она чаще бывала растянута в ширину и принимала шаровидную форму. Форма и величина культи желудка в случае толстокишечной трансплантации при отсутствии осложнений остаются почти постоянными. В разные и поздние сроки после резекции по Бильрот I культи со временем увеличивается в размерах, приобретает более округлую форму по сравнению с соответствующей областью желудка до операции.

На основании изучения рельефа слизистой через различные периоды времени мы считаем, что гастрит, как заболевание в послеоперационном периоде, развивается только в относительно редких случаях. Это касается как резекций, так и толстокишечных пластических операций. По нашим наблюдениям, уже на 20—25-й день после кологастропластики и резекции желудка по Бильрот I тоническая функция культи определялась у всех больных. Рентгенологически в ранние сроки (на 20—25-й день) нормальный тонус культи при кологастро-

пластике выявлен у 10 больных, понижение тонуса — у 7 и повышение — у 3. После резекции по Бильрот I нормо-тонус культи наблюдался у 5 больных, гипотонус — у 4, гипертонус — у 1. В отдаленные сроки исследования нормальная тоническая функция была зарегистрирована у 16 больных, пониженная — у 4 (после кологастропластики). При резекциях по Бильрот I нормо-тонус наблюдался у 7 больных, гипотонус — у 3.

У больных после кологастропластики при прочих равных условиях перистальтика культи желудка имела более выраженный характер, чем у больных после резекции по Бильрот I. Слизистый слой толстокишечной вставки видоизменяется главным образом вследствие отека, продолжающегося в среднем 1—1,5 месяцев. В поздние сроки рельеф слизистой уже имел характерный вид — выявлялась поперечная складчатость, свойственная слизистой толстой кишки. Только у 2 больных складки слизистой приняли продольное направление. Бариевая масса из культи желудка поступала в кишечную вставку, как правило, отдельными порциями, но без строгой ритмичности, как об этом упоминается в литературе.

Рентгенологические наблюдения позволили нам установить, что резервуарная роль кишечного трансплантата относительная, эту функцию в основном выполняет культи желудка.

Полное опорожнение искусственного желудка совершается за 1,5—2 ч. То же самое было отмечено после резекции желудка по Бильрот I. У большинства больных со стороны тонких и толстой кишок признаков нарушения моторно-двигательной функции в поздние сроки после кологастропластики и резекции желудка по Бильрот I не было обнаружено.

Таким образом, моторно-двигательная функция желудочно-кишечного тракта после операций кологастропластики и резекции желудка по Бильрот I осуществляется почти в одинаковых условиях. У больных после кологастропластики и резекции желудка по Бильрот I процессы пищеварения происходят в условиях, более близких к физиологическим по сравнению с резекцией желудка по Бильрот II.

Армянский институт
рентгенологии и онкологии

Поступило 13/VII 1967 г.

Վ. Ս. ՍԱՅԱԴՅԱՆ

ՍՏԱՄՈՔՄԻ ՄԱՍՆԱՀԱՏՄԱՆ ԲՈՒՐՈՅԻ I ԵՎ ՄԱՍՆԱՀԱՏՎԱԾ ՍՏԱՄՈՔՄԻ
ՏԵՂԸ ՀԱՍՏ ԱՂՈՒ ՀԱՏՎԱԾԸ ՏԵՂԱԴՐԵԼԻՈՒ ՄԵԹՈԴՆԵՐԻ
ՌԵՏԳԻՆԵՆՈՒՆԱԿԱՆ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ ԴԻՏԱՐԿՈՒՄԵՆԵՐԸ

Ա. Վ. Գ. Ռ. Փ. Ն. Ի. Վ.

Հեղինակը ունենում է հետազոտությունների և հենթարկերի 30 հիվանդների աղետամոքսային ուղին: Նրանցից 10-ը հենթարկվել են վիրաբուժական

միջամտության Բիլրոթի I-ին եղանակով, իսկ 20 հիվանդների մոտ մասնատված հատվածը փոխարինվել է հաստ աղու հատվածով (կոլոպլաստիկա):

Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ նշված երկու եղանակների ժամանակ էլ պահպանվում է սննդանյութերի բնական անցման ճանապարհը, և հետվիրահատական բարդությունները լինում են շատ ավելի սակավ, քան Բիլրոթի II եղանակով ստամոքսի մասնահատման ժամանակ:

Հաստ աղու այն հատվածը, որը ծառայում է որպես արհեստական ստամոքս, հարմարվում է տվյալ պայմաններին և ստամոքսի պահպանված հատվածի հետ պահպանում է մարսողության նորմալ ընթացքը:

Հեղինակը հանգում է այն եզրակացության, որ աղեստամոքսային ուղու գործունեությունը Բիլրոթի I և կոլոզաստրոպլաստիկայի եղանակներով, վիրահատելուց հետո կարգավորվում է գրեթե միաժամանակ:

Հեղինակը ընդգծում է նաև, որ Բիլրոթի I եղանակով վիրահատված հիվանդների մարսողական պրոցեսը ավելի ֆիզիոլոգիական է, քան այն հիվանդների մոտ, որոնք վիրահատվել են Բիլրոթի II եղանակով: