

УДК 616.33—089+616.33/34—073.75

М. Г. БАГДАСАРЯН, М. М. МИРАКЯН, А. М. ГАЙСЕРЯН

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОТОРНО-
ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО
ТРАНСПЛАНТАТА И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ГАСТРОКОЛОПЛАСТИКИ
(экспериментальные исследования)

Резекция желудка и гастрэктомия, нарушая целостность регулирующих механизмов желудка, приводит к резким изменениям моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, что является одной из основных причин возникновения синдрома болезни оперированного желудка.

Авторы, по-разному трактующие механизм возникновения этого синдрома, большую роль придают быстрому проникновению пищевой массы в тонкие кишки [2, 4].

Эти осложнения чаще возникают после операций, выполненных по второму методу Бильрота. Для их предупреждения предложен ряд операций, одной из которых является операция замещения желудка сегментом толстой кишки. Авторы, имеющие опыт операций гастрокколопластики, отмечают, что после этой операции синдром болезни оперированного желудка или вовсе не возникает или наблюдается в редчайших случаях [1, 3].

По имеющимся литературным данным к настоящему времени произведено свыше 400 операций гастрокколопластики. Однако моторно-эвакуаторная функция пересаженного сегмента толстой кишки и желудочно-кишечного тракта после этой операции изучены недостаточно.

С этой целью нами проведены рентгенологические исследования моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта у собак, подвергшихся резекции желудка и гастрэктомии с толстокишечной пластикой.

Исследования проведены у 5 собак, из них: у 3 трансплантат был расположен изоперистальтически, у 2—антиперистальтически.

Исследования, начатые нами спустя полтора месяца после операции, показали, что как при изо-, так и при антиперистальтическом расположении бариевая взвесь, не задерживаясь в трансплантате, непрерывной струей проникала в 12-перстную кишку. Пассаж контрастной

массы по 12-перстной кишке и начальным петлям тощей кишки, по сравнению с нормой, был намного ускорен. Первые порции бариевой взвеси достигли слепой кишки через 60—75 мин. После кратковременной задержки в ней, бариевая масса постепенно переходила в толстую кишку. Укорочение толстой кишки не отражалось на сроках пребывания контраста в ней. Бариевая масса обнаружилась в толстой кишке через 24 ч. после начала исследования.

Через 6 мес. изоперистальтически расположенный трансплантат почти не задерживал контрастную массу, и эвакуация носила непрерывный характер. Через 25 мин. после дачи бариевой взвеси в трансплантате определялось незначительное количество контрастной массы, которое располагалось в нем в виде узкой полоски. Перистальтика трансплантата неглубокая, в виде растянутых поверхностных волн. В эти сроки отмечается замедление пассажа бариевой взвеси по 12-перстной кишке и начальным отделам тощих кишок. Несмотря на это, первые порции бариевой взвеси достигали слепой кишки в полтора-два раза быстрее, чем при норме и, наоборот, продвижение контраста по толстой кишке протекало несколько дольше, чем в норме.

Иная картина отмечалась при антиперистальтическом расположении трансплантата. В этих случаях контрастная масса задерживалась в трансплантате до 30—40 мин., однако поступление в двенадцатиперстную кишку носило непрерывный характер. Из-за антиперистальтических сокращений трансплантата наблюдалось забрасывание контрастной массы в пищевод.

Рентгенологические исследования, проведенные через 12 и более месяцев, показали некоторое улучшение моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта при обоих видах расположения трансплантата. При изоперистальтическом расположении наблюдалась задержка контраста в трансплантате до 30 мин., а при антиперистальтическом—до 50—60 минут. Пассаж бария по тонкому кишечнику в обоих случаях был замедлен, но по сравнению с нормой он все же был ускорен.

Таким образом, после гастрэктомии во все сроки наблюдения отмечалась эвакуация непрерывного типа, которая в первые месяцы после операции носила непрерывно-ускоренный характер с тенденцией к замедлению.

После субтотальных резекций желудка исследования проведены у 7 животных. Из них у 4 трансплантат был расположен изоперистальтически, у 3—антиперистальтически. Исследования проведены в сроки от 2 до 24 мес. после операции. В первые месяцы после операции у собак с изоперистальтически расположенным трансплантатом отмечалась задержка контрастной массы в культе желудка. Бариевая взвесь поступала в двенадцатиперстную кишку порционно, но пассаж по начальным петлям тонкой кишки был ускорен. Первые порции достигали слепой кишки через 2—2,5 ч. Сроки эвакуации по толстой кишке не отличались от нормы.

К 6 мес. вместе с восстановлением тонуса культы желудка и перистальтики трансплантата отмечалась нормализация моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта.

При антиперистальтическом расположении трансплантата характер эвакуации по кишечному тракту не отличался от такового при изоперистальтическом расположении трансплантата. Однако во все сроки исследования отмечалась резкая задержка контрастной массы в культе желудка и трансплантате. Часть контрастной массы задерживалась в культе желудка и трансплантате даже тогда, когда основная масса достигала толстой кишки.

Проведенные нами рентгенологические исследования позволили выявить несколько типов моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта после операции гастрокколопластики.

Так, после тотального удаления желудка отмечалось 2 типа эвакуации—непрерывно-ускоренный (в первые месяцы после операции) и непрерывно-замедленный (в отдаленные сроки после операции).

Непрерывно-ускоренный тип эвакуации, на наш взгляд, обусловлен следующими факторами: а) полным иссечением привратника; б) пониженным тонусом трансплантата; в) отсутствием регуляции со стороны 12-перстной кишки.

Непрерывно-замедленный тип эвакуации, при котором наблюдается кратковременная (при изоперистальтическом) и более длительная (при антиперистальтическом расположении трансплантата) задержка контрастной массы в пересаженном сегменте толстой кишки, обусловлен восстановлением регуляции со стороны 12-перстной кишки (в первом случае) и этим же фактором вместе с антиперистальтическими сокращениями трансплантата (во втором случае).

После резекций желудка также отмечено два типа эвакуаций—порционнно-замедленный и порционнно-нормальный.

Порционнно-замедленный тип эвакуации, наблюдаемый в ранние сроки после операции при обоих видах расположения трансплантата и во все сроки наблюдения при антиперистальтическом расположении, обусловлен вялой перистальтикой культы желудка и трансплантата в первые месяцы после операции и активными антиперистальтическими сокращениями в отдаленные сроки при антиперистальтическом расположении трансплантата.

Порционнно-нормальный тип эвакуации, наблюдаемый через 3 и более мес. после операции при изоперистальтическом расположении трансплантата, объясняется активной перистальтикой культы желудка и трансплантата вместе с регуляцией моторно-эвакуаторной функции 12-перстной кишки.

Մ. Գ. ԲԱՂԳԱՍԱՐՅԱՆ, Մ. Մ. ՄԻՐԱՔՅԱՆ, Ա. Մ. ԳԱՅՍԵՐՅԱՆ

ԴԱՍՏՐՈՎՈՒՈՊԼԱՍՏԻԿԱՅԻՑ ՀԵՏՈ ԱՂԵՍԱՄՈՔՍԱՅԻՆ ՏՐԱԿՏԻ ԵՎ
ՀԱՍՏԱՂԻՔԱՅԻՆ ՊԱՏՎԱՍՏԻ ՇԱՐԺԻԶ-ԴԱՍԱՐԿՈՂ ԳՈՐԾՈՒՆԵՆՈՒԹՅԱՆ
ՌԵՆՏԳԵՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆԸ

(էքսպերիմենտալ հետազոտություն)

Ա մ փ ո փ ու մ

Հաստ աղու պատվաստված հատվածի շարժիչ-դատարկող գործունեությունը գաստրոէզոլոպլաստիկայի վիրահատությունից հետո ոչ բավարար է ուսումնասիրված:

Այդ նպատակով մեր կողմից ռենտգենաբանական հետազոտության է ենթարկվել հաստաղիքային պատվաստը շնորի մոտ, գաստրեկտոմիայից և սուլատոտալ մասնահատումից հետո: Կատարված հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ստամոքսի փոխարինումը հաստ աղու մի հատվածով պահպանում է կերակրանյութի անցման բնական ճանապարհը: Նպաստելով աղեստամոքսային տրակտի շարժիչ-դատարկող գործունեության արագ վերականգնմանը: Այս դեպքում շարժիչ գործունեության կանոնավորում դիտվում է հաստ աղիքային պատվաստի իզոպերիստալտիկ դասավորման ժամանակ: Անտիպերիստալտիկ դասավորման ժամանակ նկատվում է կոնտրաստ նյութի շարտում դեպի կերակրափողը և նրա սուր կասեցումը ստամոքսի ծայրատում, որը խոսում է պատվաստի անտիպերիստալտիկ դասավորման եղանակի արդատավորության մասին:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Андросов П. И. Хирургия, 1955, 6, 94.
2. Брусин И. А. В кн.: Труды хирургической клиники Горьковского госмединститута. 1939, стр. 60.
3. Даниелян Г. А. Вестник хирургии, 1965, 2, стр. 43.
4. Шехтер И. А. Оперированный желудок в рентгеновском изображении. М., 1948.