

1. Резекция для выключения является вынужденной операцией и может применяться только тогда, когда резекция желудка с удалением язвы ставит под угрозу жизнь больного.

2. Резекция желудка для выключения при кровоточащих и перфоративных язвах опасна, так как оставленные при этом язвы могут быть источником кровотечения или перитонита.

3. Если резекция желудка для выключения намечается с оставлением привратника, то необходимо провести его демуккозацию, которая освобождает хирурга от трудностей погружения более широкой части пилорического отдела желудка в более узкий нижележащий отдел и выключает один из факторов нейрогуморальной фазы секреции.

4. Отдаленные результаты после резекции для выключения в большинстве случаев удовлетворительные. Однако иногда не наступает стойкое снижение желудочной секреции и возникает рецидив язвенной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Елецкая О. И. Вестн. хир., 1951, 4. — 2. Знаменский М. С. Хир., 1950, 5. — 3. Ковалдо И. И., Фединец А. В. Тр. IX съезда хирургов УССР. Киев, 1958—1960. — 4. Ковтунович Г. П. Сов. хир., 1936, 8. — 5. Поповьян И. М. Сов. мед., 1952, 6. — 6. Розанов Б. С. Профузные желудочные кровотечения язвенного характера и их хирургическое лечение. Медгиз, М., 1950. — 7. Сапожков К. П. Хирургия, 1952, 2. — 8. Фанарджян В. А. Руководство по рентгенодиагностике. Медгиз, М., 1951.

УДК 616.33—089.87—612.32—612.014.48

РАДИОТЕЛЕМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД РЕГИСТРАЦИИ ФУНКЦИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА С ГАСТРОКОЛОПЛАСТИКОЙ

Д. В. Помосов и И. А. Шевченко

Клиника общей хирургии (нач. — проф. В. И. Попов) и клиника военно-морской и госпитальной терапии (нач. — проф. З. М. Волынский) Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова

В последние годы проблема гастропластики при резекции желудка и гастрэктомии становится все более актуальной. «Искусственный желудок» создается как из тонкой (Е. И. Захаров, 1960; Г. Д. Вилиянов, 1961; Ю. Т. Комаровский, 1961; Henley, 1952 и др.), так и из толстой кишки (П. И. Андросов, 1955; Морген, 1953, и др.) с хорошими отдаленными результатами. Изучение функционального состояния «вновь созданного желудка», а также всего желудочно-кишечного тракта представляет значительный интерес.

В клинике общей хирургии с 1955 г. при гастрэктомии и субтотальной резекции производится замещение удаляемого желудка сегментом толстой кишки на сосудистой ножке длиной 20—25 см (гастроколопластика). Техника операции, непосредственные и отдаленные исходы описаны ранее (Д. В. Помосов, 1962, 1964).

Мы изучали функциональное состояние желудочно-кишечного тракта у больных, перенесших гастрэктомию и резекцию желудка с гастрокколопластикой, при помощи радиотелеметрической системы, позволяющей, в отличие от всех других методов, наиболее физиологическим путем в течение длительного времени изучать изменения активной реакции водородных ионов (рН), температуры и давления во всех отделах желудочно-кишечного тракта, не вызывая неприятных ощущений у исследуемого.

Эта система разработана под руководством Е. Б. Бабского и А. М. Сорина (1962). Она состоит из комплекса миниатюрных радиокапсул для исследования рН, температуры и давления, из приемной антенны и приемно-анализирующего и регистрирующего устройства. Подробное ее описание дано в специальных сообщениях Е. Б. Бабского, А. М. Сорина и соавт. (1962—1964).

Перед исследованием радиокапсулу заключали в тонкую герметичную оболочку из каучука и тарировали с помощью специального тарировочного устройства. Исследуемый, как правило, легко проглатывал радиокапсулу. Свободно передвигаясь по всему желудочно-кишечному тракту, радиокапсула непрерывно генерирует и излучает различной частоты колебания в зависимости от величины рН, температуры и давления. Сигналы радиокапсулы принимает специальная антенна, надетая на исследуемого в виде пояса. Антенна соединена с приемно-анализирующим устройством гибким

кабелем, не мешающим движениям исследуемого. Приемно-анализирующее устройство усиливает принятые сигналы, преобразует их и подает на вход регистрирующего устройства, которое записывает изменения этих сигналов в виде графика на движущейся диаграммной ленте. Таким образом, полученный график непрерывно показывает числовые значения рН, температуры и давления.

Локализацию радиокапсулы в пищеварительном тракте выявляют с помощью рентгенологического обследования.

Сравнительному обследованию подверглись 14 здоровых мужчин в возрасте 20—23 лет (контрольная группа) и 14 больных (5 мужчин и 9 женщин в возрасте от 34 до 56 лет), перенесших резекцию желудка с гастрокколопластикой. 12 больных были оперированы по поводу рака желудка, 1 — полипов желудка и 1 — язвы малой кривизны желудка. У 3 больных произведена гастрэктомия и у 11 — субтотальная резекция желудка с замещением сегментом толстой кишки. После операции прошло менее года у 1, до 2 лет — у 6, от 3 до 5 лет — у 6 и более 5 лет — у 1 больного.

Все обследуемые нами больные после гастрокколопластики находятся в удовлетворительном состоянии. Большинство из них прибавило в весе 3—5 кг, а 2 чел. — больше 10 кг. Жалоб на диспепсические расстройства и нарушения стула нет. Все больные регулярно принимают натуральный желудочный сок или раствор соляной кислоты с пепсином. Кровотворная функция у всех обследуемых была без изменений. Общее количество белков плазмы крови и соотношение отдельных фракций также были в пределах нормы. Не было выявлено понижение функции печени и поджелудочной железы (гипергликемический коэффициент равен 1,5). При рентгенологическом исследовании выявлено, что созданный пищевой резервуар из толстой кишки по форме и емкости напоминает нормальный желудок. Стенки его активно сокращаются и перистальтируют крупными волнами. Опорожнение «искусственного желудка» у всех больных происходит порционно и в сроки, приближающиеся к норме (полная эвакуация контрастной массы наступает в среднем через 3 часа). Контрастная масса продвигается по тонкой кишке как обычно. Переход ее в слепую и восходящую кишку заканчивается в среднем через 4—4,5 часа. У всех больных наблюдается хорошее массивное заполнение толстой кишки.

При радиотелеметрическом исследовании здоровых лиц было установлено, что рН в полости желудка колеблется от 1,0 до 4,0. Свободная НСІ — в пределах 10—50 титр. ед. При переходе радиокапсулы из желудка в двенадцатиперстную кишку рН резко увеличивается и колеблется в пределах 3,2—9,0. Примерно такая же величина рН была у здоровых лиц на протяжении всего тонкого и толстого кишечника.

У больных после гастрокколопластики свободная НСІ в желудочном содержимом отсутствовала. Кривая рН на всем протяжении желудочно-кишечного тракта у них колебалась от 5,0 до 9,0 (рис. 1).

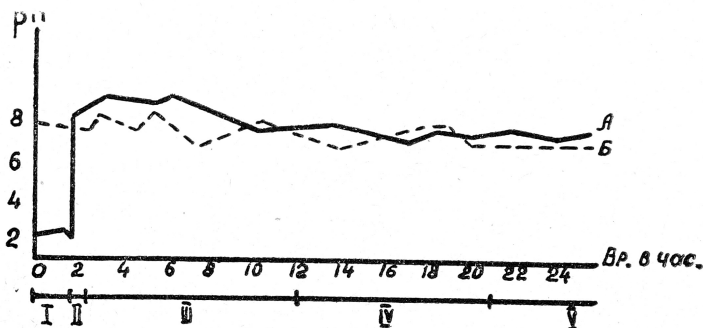


Рис. 1. Кривая рН желудочно-кишечного тракта.

I — желудок; II — двенадцатиперстная кишка; III — тонкая кишка; IV — толстая кишка; V — прямая кишка.
Кривые составлены по средним данным каждой группы обследованных (А — контрольная группа, Б — больные).

Температурная кривая у здоровых лиц была почти однообразной (колебания от 36 до 39°). Примерно такой же была кривая у больных после резекции желудка (рис. 2).

Давление у здоровых лиц в полости желудка колебалось от 5 до 65 мм водяного столба. По мере продвижения радиокапсулы по тонкому кишечнику отмечалось постепенное повышение давления, иногда свыше 120 мм. После перехода радиокапсулы в толстый кишечник у некоторых лиц наблюдалось падение давления до нуля или даже до отрицательных величин. Через несколько часов, по мере продвижения радиокапсулы в толстом кишечнике, давление снова повышалось (10—105 мм).

У больных по сравнению со здоровыми лицами давление было на 10—25 мм ниже и нередко в тонкой и толстой кишках на значительном протяжении даже было равно нулю (рис. 3).

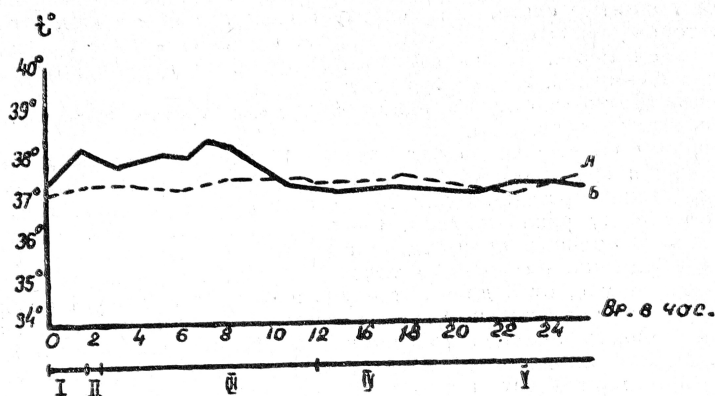


Рис. 2. Кривая температуры желудочно-кишечного тракта.
Обозначения те же, что на рис. 1.

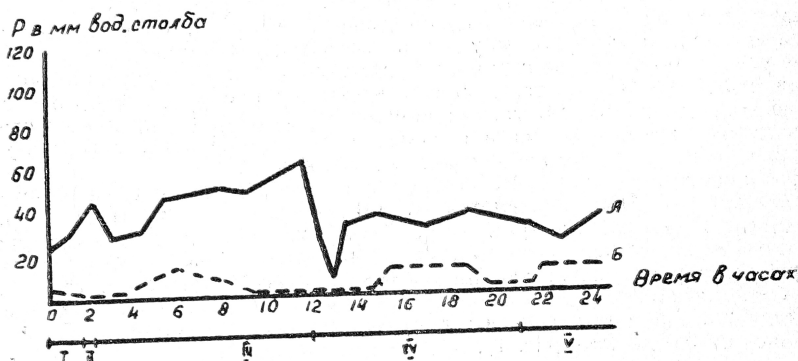


Рис. 3. Кривая желудочно-кишечного тракта.
Обозначения те же, что на рис. 1.

В заключение необходимо указать, что проведенные исследования показали важное значение радиотелеметрического метода для выявления функционального состояния желудочно-кишечного тракта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андросов П. И. Хирургия, 1959, 11. — 2. Бабский Е. Б., Сорин А. М. и др. ДАН СССР, 1963, т. 149, 5; 1964, т. 158, 4. — 3. Вилявин Г. Д. Хирургия, 1962, 10. — 4. Захаров Е. И. Там же, 1962, 8. — 5. Комаровский Ю. Т. Там же, 1963, 10. — 6. Помосов Д. В. Хирургия, 1962, 11; Казанский мед. ж., 1964, 3. — 7. Henley F. A. Arch. Mal. Appar. dig., 1957, 9 bis, 95—107. — 8. Moroney I. Ann. Roy. coll. Surg. Enge, 1953, 12, 328—348.

УДК 616.37—002

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ПОМОЩЬЮ МЕЧЕНЫХ I^{131} ЛИПИДОВ

К. М. Простяков, А. И. Ишмухаметов, А. П. Кондратьева,
Р. С. Волжанин и С. А. Тужилин

Лаборатория радиоизотопной диагностики (зав.—проф. М. Н. Фатеева)
Института медицинской радиологии АМН СССР и клиника лечебного питания
(зав.—проф. И. С. Савощенко) Института питания АМН СССР

Определение функционального состояния поджелудочной железы при хронических панкреатитах, имеющее значение для выбора рациональной терапии, представляет большую трудность.