

Мы выделяем особо демпинг-синдром — состояние, характерное для быстрого (молниеносного), проваливания пищи и контраста в отводящую кишку. Это состояние часто сопровождается выраженными болями в кишечнике, поносами, слабостью, отвращением к пище, бурной, слышной перистальтикой. Боли наступают сразу с началом приема пищи, с первых глотков, и бывают настолько сильными, что больные прекращают еду. Многие лица, страдающие этим синдромом, ограничивают себя в пище, худеют, слабеют, становятся инвалидами. Таких больных у нас было 10.

У 5 больных на первый план выступало выраженное похудание с явлениями слабости и быстрой утомляемости. Лабораторные и рентгенологические исследования не обнаружили отклонений от нормы. Мы назвали этот синдром агастральной дистрофией.

У 6 больных наблюдалось сочетание гипогликемического синдрома с демпинг-синдромом или гипогликемического синдрома с синдромом приводящей петли и т. д.

Тяжелые проявления того или иного патологического состояния после резекции желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстер — Финстера могут быть устранены включением в акт пищеварения двенадцатиперстной кишки при помощи реконструктивной операции. Из 44 больных с пострезекционными патологическими состояниями нами повторно оперированы 15. У 14 из них достигнуты хорошие результаты: исчезли все проявления, развившиеся после резекции по Бильрот II.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бетанели А. М. Хирургия, 1960, 12. — 2. Бусалов А. А. Резекция желудка при язвенной болезни. Медгиз, М., 1951. — 3. Бусалов А. А., Коморовский Ю. Т. Патологические синдромы после резекции желудка. Медицина, М., 1966. — 4. Еланский Н. Н. Хирургия, 1964, 4. — 5. Захаров Е. И., Захаров А. Е. Тонкокишечная пластика при гастрэктомии и резекции желудка. Медгиз, М., 1962. — 6. Захаров Е. И. Хирургия, 1957, 3; 1960, 4; 1964, 4. — 7. Коморовский Ю. Т. Клинический журнал, 1963, 8. — 8. Куприянов П. А. Нов. хир. арх., 1924, 1. — 9. Петрушинский М. И. Сов. мед., 1958, 5; Хирургия, 1961, 12. — 10. Пшеничников В. И. Повторные операции на желудке при язвенной болезни. Медицина, М., 1964. — 11. Постолов М. П. Ранние осложнения после резекции желудка при язвенной болезни. Ташкент, 1965. — 12. Ротков И. Л. Вестн. хир., 1964, 2. — 13. Сениотович В. Ф. Хирургия, 1961, 8. — 14. Фурман Ю. О. Казанский мед. ж., 1966, 1. — 15. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. Медгиз, М., 1955. — 16. Wrednow W. Zbl. Chir., 1958, 83, 2257. — 17. Butler I. J., Capper W. M. Brit. med. J., 1951, 4, 265. — 18. Gilbert J. A. L., Dunlop D. M. Ibid., 1947, 2, 330. — 19. Henley F. A. Brit. J. Surg., 1952, 40, 18. — 20. Waas G. Zbl. Chir., 1959, 35, 1412.

УДК 616.333—009.12—612.32

МОТОРНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЖЕЛУДКА ПРИ КАРДИОСПАЗМЕ

А. А. Чернявский, А. М. Кулаев и Б. Д. Григорьева

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В. И. Кукош) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

С созданием электрогастрографа (М. А. Собакин, М. А. Гуревич, Ф. М. Яковлев и Л. Н. Мишин) представилась возможность при отведении потенциалов с поверхности тела объективно, непрерывно, длительно и в наиболее близких к естественным условиям регистрировать моторную деятельность желудка с учетом ритма, частоты и амплитуды колебаний перистальтических волн.

Отсутствие в литературе описания моторной функции желудка при кардиоспазме по данным электрогастрографического (ЭГГ) исследования и побудило нас изложить результаты собственных наблюдений.

ЭГГ произведена 19 больным с различными стадиями кардиоспазма (33 исследования): 10 до операции и в различные сроки после нее (24 исследования), 5 — только до операции и 4 — только в отдаленные сроки после операции.

Запись осуществляли электрогастрографом ЭГС-3 через 60 мин. после пробного завтрака Боаса и Эвальда на протяжении 45—60 мин. по методике М. А. Собакина, постоянно при усилении 3. Контрольный потенциал (калибровку) устанавливали чаще в начале, реже в конце исследования.

Все больные были оперированы. Экстрамукозная эзофагокардиомиотомия с пластикой дефекта диафрагмальным лоскутом на ножке выполнена 9 больным, эзофагокардиоластика стенок дна желудка — 4; эзофагофундотомия с кардиотомией аппаратом НЖКА — 3; эзофагогастростомия по Гейровскому с двухсторонней поддиафрагмальной ваготомией — 2 и с левосторонней ваготомией — 1.

Для характеристики электрогастрограмм и сравнительной оценки полученных показателей использовали статистический метод расчета. Определяли величины разности биопотенциалов в милливольтах, частоту колебаний, амплитуду в миллиметрах.

Для получения более точных результатов и удобства сравнения расчеты производили за период записи в 2-минутные интервалы. По цифровым величинам показателей ЭГГ, характеру и распределению зубцов анализировали изменения в каждом ряду.

Идентичность возникающих в желудке потенциалов и перистальтических волн (В. Л. Дзиковский, 1952; М. А. Собакин, 1958, С. И. Корхов, 1962, и др.) позволяет судить о моторной деятельности желудка у больных различными стадиями кардиоспазма и об изменениях моторики после различных оперативных вмешательств.

Чтобы убедиться в точности записи аппарата, мы провели электрогастрографические исследования также у 12 здоровых (контрольная группа). Полученные гастрограммы не выходили за границы нормы: они представляли кривую с примерно равными зубцами при частоте колебаний 3—4 в 1 мин. и разностью потенциалов 0,25—0,35 мВ (М. А. Собакин, 1958; Э. Н. Ванцян и соавт., 1965, и др.). Статистическая обработка результатов показала, что средние величины для каждого ряда, отнесенные к 1-минутному интервалу записи у лиц контрольной группы, имели следующее цифровое выражение: средняя (М) разности потенциалов — 0,24 мВ ($\sigma \pm 0,12$; $m \pm 0,034$); М частоты — $3\frac{1}{2}$ колебания ($\sigma \pm 0,25$; $m \pm 0,17$); М амплитуды — 4,26 мм ($\sigma \pm 1,73$; $m \pm 0,45$). При анализе показателей внутри 2-минутных интервалов по ЭГГ лиц контрольной группы значительных изменений в них за весь период регистрации (45—60 мин.) не было выявлено.

Уменьшение величины разности потенциалов, частоты и амплитуды колебаний на ЭГГ больных кардиоспазмом указывает на угнетение моторной деятельности желудка при кардиоспазме прямо пропорционально длительности задержки содержимого в пищеводе и прогрессированию стадий заболевания.

Если при I ст. (функциональные расстройства) и I периоде II ст. (стадия смешанных изменений, период преобладания функциональных нарушений) угнетение моторной деятельности желудка выражено весьма умеренно, то во II периоде II ст. (период преобладания органических изменений в стенке пищевода с резким нарушением его опорожнения) и особенно в III ст. кардиоспазма (кардиостеноз с атонией пищевода) угнетение моторики резко выражено, появляются признаки ее нарушения.

После восстановления проходимости пищеводно-желудочного перехода оперативным путем моторная функция желудка постепенно нормализуется.

Характер оперативного вмешательства при условии сохранения целостности блуждающих нервов (эзофагокардиоластика диафрагмальным лоскутом и стенкой дна желудка, эзофагофундостомии) не оказывает влияния на процесс нормализации моторной функции желудка. Ведущую роль играет не способ операции, а полнота воссоздания проходимости пищевода, т. е. ее своевременность поступления пищи в желудок.

Если операция выполнена при функциональных стадиях заболевания, двигательная функция желудка нормализуется быстрее и полнее (к 3—4-му месяцу); при терминальных стадиях кардиоспазма процесс затягивается.

Эти наблюдения позволяют считать несвоевременность поступления содержимого пищевода в желудок при кардиоспазме ведущей причиной угнетения моторной деятельности желудка. Нарушения вагусной иннервации, вероятно, также имеют определенное значение.

Изменение и восстановление моторной функции желудка при кардиоспазме по данным электрогастрографии можно проследить на приводимых примерах.

1. П., 32 лет, страдает I ст. кардиоспазма на протяжении 3 лет с типичной клинической симптоматикой. На ЭГГ при записи за 45 мин. М разности потенциалов — 0,4 мВ ($\sigma \pm 0,24$; $m \pm 0,03$); М частоты колебаний — 5,4 ($\sigma \pm 0,88$, $m \pm 0,26$); М амплитуды — 5,44 мм ($\sigma \pm 4,44$; $m \pm 0,55$); цифровые показатели отнесены к 2-минутному интервалу записи.

Для данной ЭГГ характерны невысокие равномерно чередующиеся зубцы. Деформация их в 2-минутных промежутках и на протяжении всей кривой незначительна. Разность потенциалов, амплитуда и частота колебаний почти постоянны, однако по сравнению с нормогастрограммой умеренно снижены, что указывает на некоторое угнетение моторной функции желудка (рис. 1).

2. Ш., 56 лет, на протяжении 3 лет страдает ахалазией кардии (II ст., I период течения) с выраженной клинической симптоматикой. На ЭГГ при записи до операции за 60 мин. М разности потенциалов — 0,42 мВ ($\sigma \pm 0,29$; $m \pm 0,068$); М частоты колебаний — 3 ($\sigma \pm 0,57$; $m \pm 0,23$); М амплитуды — 8,63 мм ($\sigma \pm 7,26$; $m \pm 1,47$); цифровые данные за 2-минутный интервал.

Для ЭГГ характерны измененные, редкие, но равномерно чередующиеся зубцы с незначительно сниженным вольтажем. Деформация их в 2-минутных интервалах незначительна. Величины разности потенциалов, амплитуды и частоты колебаний почти постоянны. По сравнению с нормогастрограммой в 2 раза снижена частота колебаний и умеренно — величина разности потенциалов.

Таким образом выявляется некоторое изменение характера моторной функции желудка со склонностью к угнетению и с замедлением перистальтической деятельности (рис. 2, 1).

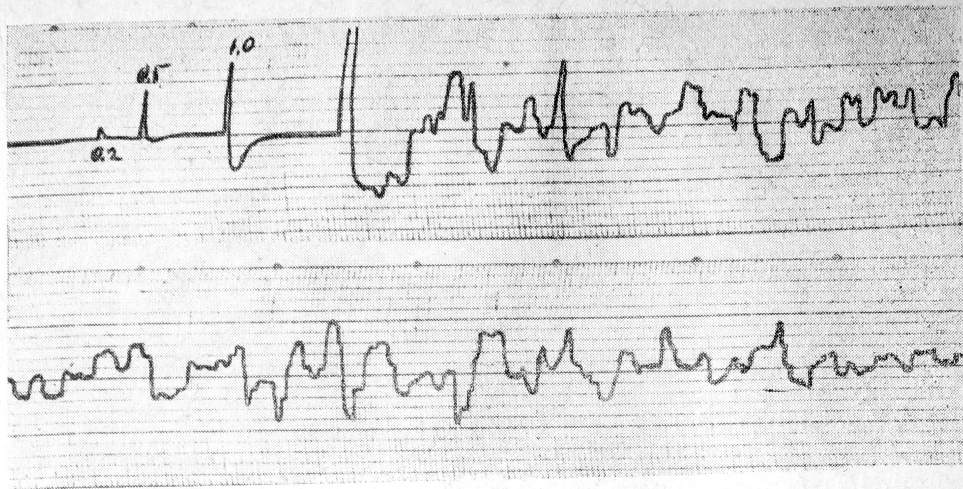


Рис. 1. Фрагмент ЭГГ больной П. (I стадия кардиоспазма) за период 23 мин. от начала записи. Видны невысокие, но типичные равномерно чередующиеся зубцы.

Больной подвергся операции экстрамукозной эзофагокардиомиотомии с пластикой дефекта мышц диафрагмальным лоскутом на ножке по Б. В. Петровскому. При обследовании через 1 год 11 мес. после операции клинически полное выздоровление. Пищевод сузился до 2 см, проходимость кардии восстановлена. Эвакуация из желудка не нарушена.

На ЭГГ М разности потенциалов не изменилась — 0,42 мВ ($\sigma \pm 0,65$; $m \pm 0,15$); М амплитуды колебаний значительно возросла — до 11,3 мм ($\sigma \pm 7$; $m \pm 1,15$); М частоты колебаний почти не изменилась — 3,1 ($\sigma \pm 0,74$; $m \pm 0,35$). Однако при сравнении основных показателей ЭГГ за 2-минутные промежутки отмечается нормализация кривой на ряде участков записи (со 2 по 10-ю мин., с 52 по 58-ю мин.) как по форме зубцов, так и по величинам потенциалов, амплитуды и частоты колебаний.

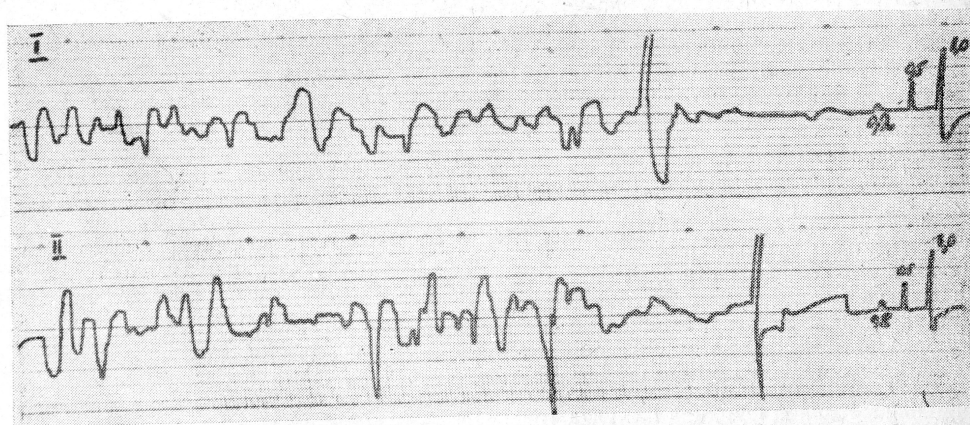


Рис. 2. I — фрагмент ЭГГ больного Ш. (II стадия ахалазии кардии в I периоде течения) до операции за период записи с 45 по 60-ю мин.
II — тот же фрагмент ЭГГ больного Ш. через 1 год 11 месяцев после операции по Б. В. Петровскому.

К особенно резким нарушениям двигательной функции желудка приводит ваготомия, которой раньше часто сопровождалась эзофагофундостомия, выполняемые чрезбрюшинным доступом. Даже после односторонней ваготомии двигательная функция желудка восстанавливается медленно.

ВЫВОДЫ

1. Электрогастрографические исследования позволяют считать, что для кардиоспазма характерно угнетение моторной деятельности желудка (снижение величин основных ЭГГ-показателей при умеренной деформации и равномерном распределении зубцов), а в далеко зашедших стадиях — и нарушение ее (резкая деформация, неравномерное распределение и выпадение зубцов).

2. Угнетение и нарушение моторной функции желудка при кардиоспазме возрастают прямо пропорционально длительности задержки содержимого в пищеводе и прогрессированию стадии заболевания.

3. После ликвидации непроходимости кардии моторная функция желудка постепенно восстанавливается. Способ операции при условии сохранения блуждающих нервов не оказывает влияния на процесс восстановления моторики желудка.

4. Поддиафрагмальная ваготомия приводит к резким нарушениям двигательной функции желудка и препятствует ее восстановлению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ванцян Э. Н., Тошаков Р. А. и Файнберг К. А. Хирургия, 1965.
9. — 2. Венчиков А. И. Биоэлектрические потенциалы желудка. Медгиз, М., 1954. —
3. Собакин М. А., Мишин Л. Н. В сб.: Материалы по обмену опытом и научными достижениями. М., 1958, № 2. — 4. Собакин М. А. В кн.: Вопросы физиологии и патологии пищеварения. Медгиз, М., 1958.

УДК 616.366—002—612.67

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

С. С. Халетова

*Республиканская больница Марийской АССР
Научный руководитель — Д. В. Швеи*

Мы изучали особенности течения холецистита у лиц пожилого и старческого возраста.

За 5 лет (1961—1965) в терапевтическом и хирургическом отделениях Республиканской больницы находилось на лечении 926 больных с холециститом, из них в возрасте 50 лет и старше — 438 (350 женщин и 88 мужчин). Острым холециститом болели 125 чел., калькулезным — 113 (98 женщин и 15 мужчин).

У одних больных пожилого возраста периодически были боли типа желчной колики, у других — тупые боли в правом подреберье. У всех наблюдались симптомы желчной диспепсии: тошнота, отрыжка, запоры или поносы, метеоризм, в ряде случаев — плохой аппетит. У 303 больных была секреторная недостаточность желудка, в том числе у 139 полная ахилия. Из 125 больных острым холециститом у 11 не было высокой температуры при наличии всех других его симптомов.

У 21 из 438 больных была стенокардия (4,7%), а у нескольких — инфаркт миокарда, причем чаще задней стенки.

В пожилом и старческом возрасте при заболеваниях желчного пузыря часто отмечается нарушение функции поджелудочной железы, что находит свое объяснение в тесной их анатомо-физиологической связи. С увеличением давности заболевания хроническим холециститом возрастает число больных, у которых выявляются патологические нарушения в деятельности поджелудочной железы. Так, изменения со стороны поджелудочной железы мы отмечали у тех больных, которые болели холециститом около 8—10 лет.

Заболевание поджелудочной железы осложняет течение холецистита. Поэтому необходимо своевременное выявление и лечение этого сопутствующего заболевания.

У 102 больных было увеличение печени и болезненность ее, у одних при этом наблюдалось желтушное окрашивание склер, а у других — и кожи, у некоторых — увеличение содержания билирубина в сыворотке крови. У 5 больных была эмпиема желчного пузыря. Двум из них удалили желчный пузырь. У 6 больных был гнойный желчный перитонит.

Все больные в этом возрасте с подобным заболеванием нуждаются в госпитализации. Лечение должно быть индивидуальным и комплексным.