

бностями язвенной болезни было установлено, что у всех больных с сочетанным изъязвлением желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки развивается атрофия слизистой оболочки. При желудочной и дуоденальной локализации язвенного дефекта достоверных различий в структуре слизистой двенадцатиперстной кишки не найдено.

У больных с коротким (до года) язвенным анамнезом слизистая оболочка чаще была нормальной, а отмеченные изменения, как правило, укладывались в картину поверхностного дуоденита. В то же время при давности заболевания от 5 лет и более чаще встречалась атрофия слизистой двенадцатиперстной кишки. Это позволяет предположить вторичный характер изменений структуры слизистой оболочки, возникающих или усугубляющихся на фоне язвенной болезни.

Изменения слизистой двенадцатиперстной кишки, особенно атрофические, чаще наблюдались при наличии сопутствующего поражения желчевыводящих путей (30 больных). По-видимому, билиарная патология предрасполагает к снижению резистентности слизистой оболочки.

При сопоставлении морфологической структуры слизистой с показателями желудочной секреции не было установлено каких-либо закономерностей. В то же время удалось проследить взаимосвязь между временем ощелачивания кислого желудочного содержимого («нейтрализующий эффект» после приема антацидов) по данным интрадуоденальной рН-метрии и состоянием слизистой оболочки. У больных с неизменной слизистой двенадцатиперстной кишки, как правило, отмечался выраженный и продолжительный (от 40 мин. и более) «нейтрализующий эффект» от приема таких антацидов, как сода, смесь Бурже, альмагель. Можно полагать, что повреждение слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки обусловлено прежде всего воздействием на нее агрессивного кислотно-пептического фактора, который не нейтрализуется в достаточной мере в двенадцатиперстной кишке. Поскольку двенадцатиперстная кишка осуществляет первичную регуляцию всей гастро-панкреато-билиарной системы, в частности посредством продукции гормонов — «дуоденинов», указанные выше изменения могут способствовать развитию патологии со стороны соседних отделов пищеварительной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л. И. Арх. пат., 1968, 10. — 2. Зуфаров К. А. Мед ж. Узбекистана, 1972, 9.

Поступила 15 октября 1973 г.

УДК 616.33—089.87

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИХ ГАСТРЭКТОМИЙ

С. И. Кадырова

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. Г. И. Володина), кафедра хирургии и онкологии № 2 (зав. — проф. М. З. Сигала) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Нами проведены рентгенологические исследования в динамике у 200 больных (96 мужчин и 104 женщин), перенесших электрохирургические гастрэктомии (способ М. З. Сигала, 1958) по поводу рака (196), полипоза (1) и язвы желудка (3). Кроме обычного соединения пищевода с отводящей петлей тощей кишки (1-й вариант) по методике М. З. Сигала создавался анастомоз с приводящей петлей (2-й вариант) или одновременно с приводящей и отводящей петлей (3-й вариант). Пассажи при этом осуществляется либо изоперистальтически (1-й вариант), либо антиперистальтически (2-й вариант), или происходит как по ходу перистальтики (с отводящей петлей), так и антиперистальтически. Можно было ожидать, что конструктивные особенности пищевода-сунального комплекса должны существенно сказаться на его функции. По 1-му варианту оперировано 66 больных, по 2-му — 31, по 3-му — 103. В ближайшем послеоперационном периоде обследовано 46 больных, в течение года после операции — 43, на сроках от 1 до 3 лет — 44, от 3 до 5 лет — 22, от 5 до 10 лет — 28 и свыше 10 лет — 17.

Рентгенологические исследования сопровождалась серийными снимками, выполнялись полипозиционно в вертикальном и горизонтальном положении больного. С первыми глотками контрастной бариевой взвеси, приготовленной с помощью аппарата «Воронеж», мы определяли рельеф слизистой оболочки пищевода над анастомозом, эластичность анастомоза (степень растяжения и спадания), рельеф слизистой оболочки анастомозированной тонкой кишки, всего тонкого кишечника. Пассаж по кишечнику прослеживали до тех пор, пока головной конец изображения принятого контрастного вещества не достигал слепой кишки. Динамические картины фиксировали каждые 15 мин. в течение первого часа, а затем через каждый час. Рентгеноскопией толстой кишки проводили через 24 часа от начала исследования. Изучали время прохождения

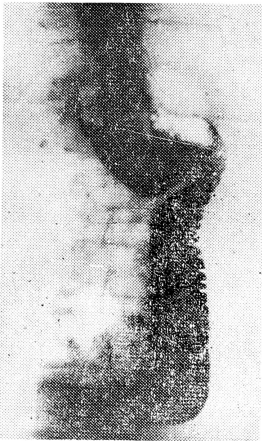
контрастной взвеси, особенности пассажа при различных вариантах операции и сроках ее. Выполнены также исследования с пищевыми завтраками.

Пищеводно-кишечный анастомоз обычно располагался на уровне диафрагмы (Д₁₂), а при резекции дистальных отрезков пищевода — выше диафрагмы в заднем средостении. Контрастная масса проходит через анастомоз в косом направлении. После продвижения взвеси соустье полностью спадается. В раннем послеоперационном периоде у большинства больных жидкая контрастная взвесь проходит свободно и быстро. У 24 из 46 больных можно было наблюдать кратковременный спазм соустья, который регистрировался часто лишь рентгенологически, а клинических проявлений не давал. Причина этого явления — анастомозит. При динамическом наблюдении явления спазма проходили обычно через 1—2 месяца, лишь у 2 больных спазм удерживался спустя 1 год после операции. Регургитация констатирована у 7 больных. Рубцовый стеноз 1—2-й степени обнаружен у 4 больных. Контуры деформированного участка пищевода оставались четкими. Эластичность стенок этих отделов была частично сохранена. В ряде случаев удавалось видеть изменившие направление, но сохраненные складки слизистой. При наблюдении в течение 3—5 лет у 2 больных отмечалось сглаживание контуров ранее деформированного отдела.

Рецидив рака в зоне анастомоза у 3 больных рентгенологически характеризовался неравномерным сужением в области анастомоза с неровными изъеденными контурами на протяжении до 3 см. Пораженный участок пищевода был ригидным.

При 1-м варианте эзофагоэнтомы контрастная масса поступает из пищевода в отводящую петлю и тотчас заполняет ее на протяжении 15—20 см. В ранние сроки после операции опорожнение этой петли происходит через 10—20 мин., а в более поздние — через 25—35 мин. В области купола тощей кишки у пищеводно-кишечного анастомоза пассаж прегражден приемом оперативной техники. Проходимость купола наблюдалась у 9 больных, а поступление контрастной взвеси в двенадцатиперстную кишку — у 3.

При 2-м варианте бариевая взвесь попадает из пищевода в приводящую петлю, расположенную антиперистальтически. В ней контрастная взвесь в ранние сроки после операции задерживалась в течение 40—60 мин., а в более поздние сроки (спустя 10—12 месяцев) — до 1,5—2,5 часов. С первых же дней после операции были видны антиперистальтические маятникообразные перемешивания контрастной массы в приводящей петле от пищевода к браунскому анастомозу и в обратном направлении. Проходимость купола обнаружена у 8 больных, у 4 наблюдалось поступление контрастной массы в двенадцатиперстную кишку. На отдаленных сроках приводящая петля при тугом заполнении напоминает резецированный желудок, определяется зазубренность контуров с различной высотой и шириной зубцов (см. рис.).



Тугое заполнение приводящей петли, зазубренность контуров с различной высотой и шириной зубцов (рентгенограмма больной Е. через 11 лет после электрохирургической гастрэктомии по 2-му варианту).

При 3-м варианте контрастная взвесь поступает как в отводящую, так и в приводящую петли и прослеживается на различных сроках исследования. При равных анатомических условиях пассажа в петлях обнаружены существенные отличия в функциональном отношении двух включенных в комплекс петель. Хотя поступление взвеси возможно в равной мере в ту и другую петлю, депонирование в приводящей оказывается большим по объему, более продолжительным по времени, чем в отводящей. Эта разница обнаруживается несмотря на то, что поступление в приводящую петлю сравнительно затруднено из-за направления перистальтики. Однако, как показали наши исследования, решающей оказалась скорость пассажа контраста из отводящей петли. При 3-м варианте на ранних сроках бариевая взвесь задерживалась от 30—45 мин. до 1,5 часов, на поздних сроках — от 1,5 до 2,5 часов.

В первые 1—2 месяца после операции наблюдалось повышение тонуса кишки и спастические явления. Рельеф слизистой оболочки, прилежащей к анастомозу петель, за счет юнита плохо дифференцируется — складки утолщенные, отчетные. Через 4—8 месяцев после операции в петлях тощей кишки более отчетливо определяется рельеф слизистой оболочки в виде либо перистого рисунка, либо поперечных складок. Спустя год у всех обследованных рельеф слизистой становился обычным. Ранее наблюдавшиеся спазмы не определялись.

Скорость продвижения бариевой взвеси по всему кишечнику зависит от операции и сроков, прошедших после нее.

На ранних сроках после операции в течение ближайшего часа основная масса принятого бария передвигалась в подвздошную кишку, равномерно выполняя начальные и средние петли; затем сернистый барий медленно продвигался по подвздошной кишке, часто отмечалась гипотония петель, контрастная масса локализовалась здесь, доходя до терминальных ее отделов к концу 4—5-го часа. Переход контрастного вещества в слепую кишку задерживался до 5—8 часов.

Иная рентгенологическая картина наблюдается при исследовании больных в течение первого года после операции. Принятый барий за 15—20 мин. проходит все отделы тощей кишки, заполняя, сегментируя петли подвздошной кишки, и достигает слепой кишки либо быстрее, чем в норме, либо в сроки, приближающиеся к нормальным (от 1 до 3—3,5 часов).

Замедление моторики тонкой кишки в более поздние сроки после операции в основном за счет подвздошной кишки является компенсаторным приспособлением у больных, лишенных желудка.

Нами изучено влияние приема пищи на двигательную функцию тонкой кишки у 25 больных в разные сроки после операции. В ранние сроки (до 1 года) стандартный завтрак давали через 2 часа, на поздних сроках — через 4 часа от начала исследования. У 10 чел. прием пищевого завтрака мало повлиял на продвижение контрастной взвеси. У 2 больных через 2 месяца после операции, несмотря на быстрое продвижение бария по тощей и петлям подвздошной кишки, пищевой завтрак, съеденный через 2 часа, вызвал быстрое перемещение контраста. У 11 больных к 4 часам от начала исследования были заполнены лишь начальные и средние петли подвздошной кишки с длительной задержкой в них; двигательная реакция кишечника после завтрака оказалась живой, положительной.

Таким образом, выявилось сочетание значительно пониженной скорости прохождения бария по тонкой кишке с живым или резко выраженным рефлексом. У 2 больных с замедленной моторной функцией тонкой кишки пищевой рефлекс отсутствовал. Моторно-эвакуаторная функция толстого кишечника у подавляющего большинства исследованных (20 чел.) была нормальной: через 24 часа барий более или менее равномерно распределялся по всей толстой кишке, иногда включая и прямую.

ВЫВОДЫ

1. Наложение косога пищевода-кишечного соустья предупреждает развитие рубцовых стриктур, обеспечивает хорошую проходимость пищи через него.

2. 2 и 3-й варианты операции с антиперистальтическим включением тощей кишки имеют существенные преимущества по сравнению с повсеместно применяемыми методиками.

ЛИТЕРАТУРА

Сигал М. З. Казанский мед. ж., 1958, 4.

Поступила 15 октября 1973 г.

УДК 616.34 — 002.44: 616 — 089.87

ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫЕ ПЕПТИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ ТОЩЕЙ КИШКИ

Проф. В. И. Кукош, доктор мед. наук А. А. Чернявский

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

На протяжении длительного периода пептические язвы тощей кишки считались преимущественно болезнью гастроэнтеростомированного желудка. Действительно, с отказом от гастроэнтеростомии как распространенной операции при язвенной болезни количество больных с пептическими язвами сократилось. Однако и резекция желудка при язвенной болезни, несмотря на кажущуюся радикальность, не исключает возможности этого тяжелого осложнения.

Многие авторы обращают внимание на значительное увеличение числа больных с пептическими язвами тощей кишки после резекции желудка за последние 20 лет.

С 1938 по 1973 г. в нашей клинике оперированы 185 больных с пептическими язвами тощей кишки, из них 169 — после ранее выполненных гастроэнтеростомий и 16 — после резекций желудка. У 2 больных были рецидивные язвы культи желудка. После полных пилороантральных резекций желудка (не менее $\frac{2}{3}$) пептические язвы тощей кишки возникают исключительно редко. При изучении отдаленных результатов после пилороантральных резекций желудка по способу Бильрот II в мо-