

В настоящем сообщении мы не описываем подробно теневые картины, свойственные различным формам патологических изменений стенки желудка. Отчасти особенности этих изображений представлены на приводимых рисунках.

Диагностическая значимость трансиллюминационного метода определяется особенностями, свойственными различным типологическим вариантам рака, отличием изображений рака и пептической язвы, полипообразной формы карциномы и аденоматозных полипов.

С помощью трансиллюминационного исследования могут выявляться начальные формы рака желудка, дифференцироваться различные анатомические его типы, определяться пределы распространения процесса. На основании данных просвечивания может быть проведена дифференциальная диагностика между раком и язвой, раком и полипом. Представляется возможность распознавания во время лапаротомии гастритических изменений. Исследование сосудистой сети ценно для обнаружения источника кровотечения и жизнеспособности сохраняемых частей органов.

Мы полагаем, что описываемый метод будет способствовать снижению числа диагностических ошибок при лапаротомии.



Рис. 6. Язва двенадцатиперстной кишки. Оклюзия сосудов на некотором расстоянии от язвенного дефекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сигал М. З. Тез. докл. на XVI выездной сессии Гос. научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена. Ижевск, 1961; Тез. докл. VIII Международного противоракового конгресса. М., 1962; *Вопр. онкол.*, 1962, 12.

Поступила 10 декабря 1962 г.

МОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ СЕГМЕНТА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ЖЕЛУДКА

Кандидаты мед. наук Д. В. Помосов и С. Б. Коростовцев

Кафедры общей хирургии (нач.—проф. В. И. Попов) и терапии для усовершенствования врачей № 1 (нач.—проф. П. И. Шилов) Военно-медицинской ордена Ленина Академии им. С. М. Кирова

В настоящей работе сообщаются предварительные данные о моторной функции сегмента толстой кишки, использованного для замещения желудка при гастрэктомии и субтотальной резекции.

К 1 июня 1962 г. клиника располагает 36 наблюдениями по замещению желудка трансплантатом из поперечно-ободочной кишки. 33 больных оперированы по поводу рака желудка, 2 — по поводу каллезной язвы и 1 — по поводу распространенного полипоза. Тотальная гастрэктомия произведена у 10 больных, у 7 вместе с желудком резецирована абдоминальная часть пищевода, субтотальная резекция произведена у 19. Все больные оперированы под потенцированным интратрахеальным наркозом с применением мышечных релаксантов и ганглиоблокаторов.

В настоящее время из прооперированных нами живы 24 человека. Одна больная наблюдается 6 лет, 7 — от 3 до 5 лет, остальные — более короткие сроки.

Все наблюдаемые нами больные находятся в удовлетворительном состоянии. Большинство из них прибавили в весе. Они питаются разнообразной пищей, принимая ее в течение дня 3—4 раза. Жалоб на диспепсические расстройства и расстройства стула нет. Все больные регулярно принимают натуральный желудочный сок или соляную кислоту с пепсином.

Кровотворная функция у всех нормальна. Общее количество белков плазмы крови и соотношение отдельных фракций — в пределах нормальных показателей. Не отмечается понижения функций печени и поджелудочной железы.

При рентгенологическом исследовании созданный пищевой резервуар из толстой кишки напоминает нормальный желудок. Стенки его активно сокращаются и пери-

стальтируют в виде крупных волн. Эвакуация пищи из вновь созданного искусственного «желудка» происходит порционно и в сроки, приближающиеся к норме (полная эвакуация контрастной массы из трансплантата наступает через 2 часа).

Моторная функция искусственного желудка изучена у 10 человек. Исследования производились двойным зондом баллонно-манометрическим методом с записью коло-трансверзограмм на кимографе аналогично исследованию желудка по Быкову — Курцину (И. Т. Курцин, С. Б. Коростовцев; И. Т. Курцин, В. Н. Зворыкин; И. К. Курпатов, Ф. М. Лебедев и др.).

Все больные исследование перенесли легко. Правильность положения зонда и баллона в трансплантате контролировалась рентгеном.

По времени, прошедшему после операции, больные распределяются следующим образом: до 6 мес. — 1, от 6 мес. до года — 5, 1—2 года — 1, от 3 до 5 лет — 2 и свыше 5 лет — 1 больной.

У 4 больных ввести в баллон 250 мл воздуха не удалось, так как при этом у них появились выраженное чувство распирания в подложечной области, очень сильная отрыжка, рвотные движения. Такое же чувство распирания в подложечной области, отрыжка и срыгивания появляются у этих больных и во время еды, если количество съеденной пищи больше обычного. В этих случаях запись коло-трансверзограмм производилась при введении в баллон только 100 мл воздуха.

Элементы коло-трансверзограмм оказались сходными с элементами гастрограмм: на фоне непрерывных дыхательных зубцов периодически отмечались волны, соответствующие перистальтическим сокращениям трансплантата.

Наряду с определенным внешним сходством кривых можно отметить и существенные различия между ними.

Так величина тонуса (показатель внутриполостного давления при отсутствии перистальтических сокращений) при записи коло-трансверзограмм у части больных оказалась значительно выше, чем на гастрограммах. При введении в баллон 250 мл воздуха величина тонического сокращения на гастрограмме обычно равна 15—20 см водяного столба (И. Т. Курцин, С. Б. Коростовцев, Ч. Л. Касалица, П. И. Шилов и сотрудники), а на коло-трансверзограмме она нередко достигает 30 и даже 40 см. При введении в баллон 100 мл воздуха эти показатели соответственно равны 6—15 см и 15—30 см.

Вторым существенным отличием является большая сила перистальтических сокращений.

Проведя в клинике терапии тысячи исследований методом Быкова — Курцина, мы весьма редко видели, чтобы при сокращениях желудка жидкость в манометре поднималась выше 50 см. Как правило, при сокращениях отмечались цифры в пределах 30—40 см. При записи коло-трансверзограмм во всех случаях, кроме одного, показатели давления на высоте перистальтических волн превышали 60 см, достигая 70—80 и даже 90 см. Только у одного больного показатели давления были ниже 60 см (46—48 см). Во время регистрации перистальтических волн часть больных отмечала либо довольно сильные, либо небольшие давящие боли, либо неприятные ощущения в подложечной области.

Третья особенность коло-трансверзограмм. Сокращения не только аритмичны, что нередко наблюдается, например, у больных гастритом и язвенной болезнью, но и весьма неравномерны по величине. Высокие пики сильнейших сокращений чередовались без всякой закономерности с небольшими волнами, отражающими слабые сокращения. Применительно к нашей классификации типов моторной деятельности желудка (С. Б. Коростовцев) семь из десяти полученных коло-трансверзограмм можно отнести к аритмичному повышено-возбудимому типу. Количество сокращений трансплантата в течение часа было довольно разнообразным, что характерно и для желудка, и у большинства больных было в пределах 40—70. Только у двух больных сокращения были более редкими: 12 и 24 за час. В среднем частота сокращений трансплантата несколько больше, чем желудка.

Таким образом, искусственный желудок из трансплантата поперечно-ободочной кишки обладает высоким тонусом и способностью к мощным перистальтическим сокращениям. Эти свойства трансплантата одинаково хорошо выражены как через 6—8 месяцев после операции, так и через 4—6 лет.

Умеренное растяжение трансплантата ведет к значительному увеличению его тонуса и усилению перистальтики, что сопровождается неприятными или болевыми ощущениями в подложечной области, отрыжкой и срыгиваниями.

Попытки получить секрет из полости трансплантата откачиванием через второй зонд оказались безрезультатными во всех случаях. Как правило, не наблюдалось и заброса желчи в искусственный желудок.

Учитывая данные клинического наблюдения и баллонно-манометрического исследования, можно прийти к выводу, что трансплантат из поперечно-ободочной кишки хорошо выполняет функцию искусственного желудка как резервуара пищи, не вызывая существенных изменений в самочувствии больных.

Сохраняя естественное движение пищи через двенадцатиперстную кишку, способствуя дробному ее поступлению в кишечник, трансплантат обеспечивает наиболее полноценное переваривание пищи.

С течением времени моторная функция трансплантата существенно не меняется.

1. Касалица Ч. Л. Влияние промедола на сахарную и моторную функции желудка у больных язвенной болезнью и хроническим гастритом. Канд. дисс., Л., ВМОЛА им. Кирова, 1955. — 2. Коростовцев С. Б. Секреторно-моторная функция желудка у больных хроническим гастритом. Канд. дисс., ВМА им. Кирова, 1952; Тр. ВМОЛА им. Кирова, 1954, 61; 1960, 120. — 3. Курцин И. Т., Зворыкин В. Н., Курпатов Н. К. и Лебедев Ф. М. Тер. арх., 1960, 3. — 4. Лыткин М. Н. Об изменении мышечного тонуса и эвакуаторной функции резецированного желудка в послеоперационном периоде. Канд. дисс., ВМА им. Кирова, 1951. — 5. Попов В. И., Филин В. И. Нов. хир. арх., 1959, 4. — 6. Попов Г. Хирургия, 1956, 11. — 7. Помосов Д. В. Казанский мед. ж., 1961, 2. — 8. Шилов П. И., Коростовцев С. Б. и Кулаков В. И. Тер. арх., 1959, 12. — 9. Шилов П. И., Фишзон-Рысс Ю. И. Воен. мед. ж., 1959, 2.

Поступила 19 июля 1962 г.

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ И ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ В СВЕТЕ ДАННЫХ КРАЕВОЙ ПАТОЛОГИИ¹

Проф. И. Б. Лихциер

Факультетская терапевтическая клиника (зав.—проф. И. Б. Лихциер)
Рязанского медицинского института им. акад. И. П. Павлова

Без знания этиологических факторов и патогенеза хронических поражений печени разработка мер профилактики невозможна. В отношении этиологии циррозов печени, являющихся исходом хронических гепатитов неблагоприятного течения, еще нет ясности. Можно считать безусловно доказанным, что среди этих причин превалирует болезнь Боткина. После огромной пандемии последней мировой войны и последующих за ней процент циррозов печени, связанных с болезнью Боткина, непрерывно растет. На нашем материале (Гаджикистан) изучение анамнеза больных циррозами печени показало, что на протяжении 5 лет процент больных циррозами, перенесших в прошлом болезнь Боткина, вырос с 18 до 33, при значительно меньшем проценте в контрольных группах (соответственно 0—6%). В ряде статистик этот процент еще выше. Однако в данных авторов начала столетия, а также 30-х гг. на немалом числе больных циррозами болезнь Боткина не находит даже себе места в перечне заболеваний, перенесенных в прошлом больным (С. В. Chapman, A. M. Snell a. G. Rowntrech, 1931 г. — 112 больных; N. Evans a. P. A. Gray, 1938 г. — 217 больных и др.). В 40-х годах во время и после войны болезнь Боткина в анамнезе больных циррозами печени уже достигает 15—13% (J. D. Fagin a. P. Thompson — 1944; V. Rosenack a. oth., 1949 г. и др.). K. Howard a. C. J. Watson (1947) уже обнаружили среди больных циррозами печени 17% перенесших в прошлом инфекционный гепатит, по сравнению с 3% перенесших это заболевание среди лиц с другими заболеваниями.

В настоящее время также имеются авторы (например, Falk и Ногн из клиники Бругша), в материале которых процент больных циррозами, перенесших болезнь Боткина, невелик (10%). Это нельзя объяснить иначе как предположением, что причиной циррозов, а следовательно, хронических гепатитов могут быть и другие факторы, возможно многие, и что в различное время и в различных странах удельный вес различных этиологических и патогенетических факторов не одинаков, а возможно и вообще эти факторы различны. Кроме того, есть основания полагать, что для развития тяжелого хронического процесса в печени в большинстве случаев недостаточно одного основного инфекционного фактора, и предшествующее состояние печени, зависящее от ряда моментов, имеет огромное значение.

В Средней Азии в анамнезе больных циррозами (в значительном большинстве это больные атрофическим циррозом в асцитической стадии) весьма большое место

¹ Доложено на пленуме Российского общества терапевтов в Москве в январе 1962 г.