

ИЗМЕНЕНИЕ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА КИШЕЧНИКЕ

(КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

**Величенко В. М., Сипаров И. Н., Лобозкий Н. И.,
Мартов Ю. Б.**

Кафедра общей хирургии

Моторная функция желудочно-кишечного тракта является одной из наиболее важных и в значительной мере предопределяет полноценность пищеварения.

Изучением моторной функции желудочно-кишечного тракта занимались многие физиологи (И. П. Павлов, К. М. Быков, И. П. Разенков, Е. Н. Синельников, И. А. Булыгин, И. Т. Курцин, П. Г. Богач, Кеннон, Альварец, Манн и др.). Исследователями накоплены важные факты о кортико-висцеральных и нервнорефлекторных взаимоотношениях между различными отделами пищеварительной системы. Однако вопрос о механизме регуляции моторной функции и на сегодня еще остается мало изученным.

Попытки изучения особенностей моторной функции желудка и кишечника после реконструктивных операций на кишечнике предпринимались давно, но результаты исследований не могли разрешить многих вопросов. Наиболее значительной работой, характеризующей моторную функцию желудочно-кишечного тракта после резекции желудка и тонкой кишки, является монография С. И. Филлипович с соавторами (1963).

Мы изучали моторную функцию желудка и кишечника в эксперименте на собаках и у больных в клинике после обширного удаления тонкой и толстой кишок, а также перемещения сегмента тонкой кишки. Во всех случаях пользовались рентгенологическим методом исследования с водной взвесью сернокислого бария.

Наши клинические наблюдения охватывают 46 боль-

ных, из них: 33 после обширной резекции тонкой кишки, 10 — илеоколо- и илеоректопластики, 1 — илеоректостомии, 1 — илеостомии и выключения толстого кишечника и 1 — правосторонней гемиколэктомии. Сроки наблюдения — 5—10 лет.

Экспериментальные исследования проведены на 32 животных, в том числе: после илеоколопластики — у 20, илеоректопластики — у 6, илеоректостомии — у 4 и илеоанастомии — у 2. Сроки наблюдения — до 26 месяцев.

Изучение моторной функции желудка и кишечника мы производили с учетом сохранения в пищеварении или выключения интероцептивных полей илеоцекального угла и анальной зоны. В связи с этим всех обследуемых мы разделили на 4 группы.

В первой группе после илеоколопластики и обширной резекции тонкой кишки (при сохранении нормальной функции илеоцекального угла и анального сфинктера) получены следующие результаты. Как у больных, так и у экспериментальных животных после илеоколопластики не было существенных изменений эвакуаторной функции желудка, но происходила интенсивная перестройка моторной функции илеотрансплантата, приближавшая его к толстой кишке.

После обширной резекции тонкой кишки при сохранении илеоцекальной рецепторной зоны у большинства больных наблюдалась замедленная эвакуаторная функция желудка и не было ускоренного пассажа контрастного вещества по тонкому кишечнику.

У больных после обширной резекции тонкой и правой половины толстой кишки наблюдалось замедление эвакуаторной функции желудка при ускоренном пассаже бариевой взвеси по тонкому кишечнику. В случаях выключения илеоцекальной зоны (обходной илеотрансверзоанастомоз) моторная функция желудка и кишечника была ускорена.

В случаях сохранения в пищеварении илеоцекального угла и анальной зоны (после илеоколопластики и обширной резекции тонкой кишки) наступало не только изменение моторной функции кишечника, но также умеренное расширение толстой и прямой кишок.

Во второй группе обследованных после илеоректопластики (при сохранении нормальной функции илеоце-

кального угла, но травмированной операцией зоны анального сфинктера) существенных нарушений эвакуаторно-моторной функции со стороны желудка и тонкого кишечника не было. Однако после операции в течение 3—5 месяцев наблюдалась гиперперистальтика илеотрансплантата и несколько ускоренная перистальтика толстого кишечника.

В третьей группе обследованных после илеоректомии (при удалении илеоцекального угла и сохранении в пищеварении нормально функционирующей зоны анального сфинктера) установлена значительная перестройка моторной функции желудка и кишечника. Эвакуация бариевой взвеси из желудка и скорость продвижения контрастной массы по тонкому кишечнику в сравнении с неоперированными животными были значительно замедлены.

В четвертой группе обследованных после илеоанастомии (при удалении илеоцекального угла и значительно травмированной операцией анальной зоны) установлено наличие плохо координированной, очень ускоренной перистальтики желудка и кишечника. Компенсаторная перестройка со стороны желудка и кишечника наступала у них крайне медленно и недостаточно глубоко; все животные, как правило, погибали.

Представленные нами результаты клинических наблюдений и экспериментальных исследований показывают большое значение илеоцекальной и ректальной интероцептивных зон в нормализации моторной функции желудочно-кишечного тракта, нарушенной в результате операций.

Эти данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования тех операций, которые позволяют сохранить или меньше травмировать указанные зоны иннервации. Такие наиболее физиологически обоснованные операции создают благоприятные условия для более быстрой и полной компенсаторной перестройки моторной функции желудочно-кишечного тракта.

Наши исследования характеризуют только моторную функцию желудочно-кишечного тракта. Надо полагать, что после операций на кишечнике происходит компенсаторная перестройка всех многогранных функций пищеварения. В этом направлении мы и проводим дальнейшие исследования.