

# УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Шурыгин К.В.

Ростовская областная клиническая больница

Сонографическая оценка эвакуаторной функции резецированного желудка является важным звеном в исследовании эффективности радикальных операций. Целью работы явилась разработка ультразвуковых критериев оценки нарушений моторной функции культи желудка у больных после хирургического лечения рака желудка.

Трансабдоминальным ультразвуковым методом обследованы 94 пациента после субтотальной резекции желудка в связи с его опухолевым поражением. Все исследования проводили с использованием ультразвукового сканера SonoAce-5000 (Medison, Ю. Корея), оснащенного конвексным датчиком 3,5 МГц. В качестве показателей, характеризующих функциональное состояние резецированного желудка, могут выступать значения периода полувыведения его содержимого. В связи с этим, при ультразвуковом исследовании культи желудка измеряли величины объема органа через определенные временные промежутки (через каждые 10 мин). Суть метода состояла в определении времени уменьшения показателя объема содержимого желудка до 1/2 от исходного после приема натошак 300-500 мл физиологического раствора. При этом применяли формулу определения показателя объема желудка:  $V_n = a(S_{1n} + S_{Fn}) \times h_n / h_0$ , где  $a$  - коэффициент размерности, равный 1 ед. измерения,  $n$  - номер измерения,  $S_1$  - величина очерченной площади поперечного сечения антрального отдела желудка в средней трети,  $S_F$  - величина очерченной площади культи желудка во фронтальном срезе,  $h$  - высота стояния уровня жидкости в полости желудка (от уровня верхней стенки антрального отдела желудка),  $h_0$  - высота стояния уровня жидкости в полости желудка при первом измерении.

На основании проведенных исследований было выявлено, что искусственные жомы в области гастроэнтеро- и гастроэзофагоанастомоза в ранний послеоперационный период выполняли роль полноценных сфинктеров, которые обеспечивали порционную эвакуацию, восстановление резервуарной функции культи желудка и в значительной степени препятствовали рефлюксу в пищевод либо в культю желудка. Анализ полученных результатов оценки периода полувыведения содержимого желудка в зависимости от способа пилорусмоделирующего анастомоза позволил выявить, что ускоренная эвакуация содержимого культи желудка была отмечена только у пациентов с формированием жома без искусственного клапана, что говорит о недостатках данного метода пилорусмоделирующей операции. Из полученных результатов также следует, что замедленная эвакуация содержимого желудка в подавляющем большинстве случаев (84,3%) наблюдалась в раннем послеоперационном периоде (первые 2 недели после операции). Это объясняется отеком области анастомоза и снижением моторной активности культи желудка в этот период времени.

Эхоскопически функция пилорусмоделирующего жома проявлялась у пациентов в виде слоистых сокращений по типу "сжимающегося и разжимающегося цилиндра". В первые 8 суток после операции у большинства пациентов (92,3%) перистальтика культи желудка отсутствовала или была едва заметна вследствие малой амплитуды, составляющей менее 20%. Так, при ультразвуковом исследовании в ближайшем послеоперационном исследовании были установлены низкие показатели частоты перистальтики до 0-1 волны в мин при скорости ниже 2,5 мм/сек. В ряде случаев перистальтика вообще отсутствовала. Подобная ультразвуковая картина замедления моторной активности резецированного желудка сохранялась в течение 2 месяцев после выполнения операции. В 7,7 % случаев в раннем послеоперационном периоде было обнаружено увеличение частоты перистальтики до 4-6 волн/мин, вызванное нарушением проходимости выходного канала культи желудка за счет появления препятствия для эвакуации содержимого и явившееся компенсаторным моментом этого патологического состояния. В ходе ультразвукового обследования резецированного органа при глубокой перистальтической волне в дистальном отделе культи отчетливо визуализировалось формирование "псевдоантральной полости" в виде относительно изолированного фрагмента культи, грушевидной формы, заполненного анэхогенным содержимым. В динамике, по мере продвижения глубокой перистальтической волны объем этой псевдоструктуры равномерно уменьшался.

Итак, разработанные ультразвуковые критерии эвакуаторной функции резецированного желудка могут быть рекомендованы для оценки эффективности хирургического лечения рака желудка и своевременного выявления послеоперационных осложнений.