

616.3(061)

Г-22

ISSN 0367-5203

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

Гастроэнтерология



*Республиканский
межведомственный
сборник*

23

„ЗДОРОВЬЯ“ 1991

- Зупанец И. А., Бездетко Н. В., Речкиман И. Э., Семенов А. Н.* Перспективы использования аминосахаров при язвенных поражениях желудка 50
- Дроговоз С. М., Николаев С. М.* Результаты поиска заменителей эссенциале 53
- Стец В. Р., Дунаев В. В., Мазур И. А., Сняк Р. С., Евдокимов Е. И.* Сравнительное изучение гепатопротекторного действия хиназопирина и силборба 56
- Сальникова С. И., Слышкова В. В.* Коррекция белкового обмена в печени при частичной ее резекции как один из эффективных механизмов гепатозащитного действия 59
- Тараховский М. Д., Денисова М. Ф., Лисяная Т. А., Павлович С. И.* Экспериментальное обоснование применения пиримиданта и спленина на модели неспецифического язвенного колита 62
- Липищ Р. У., Клименко Н. А., Нечитайло Ю. Д.* Высвобождение гистамина в ранней фазе инфекционного перитонита 64
- Губергриц Н. Б.* Значение гиперчувствительности немедленного типа к ткани поджелудочной железы в патогенезе хронического панкреатита 66

Клиника и диагностика

- Арсеньев Ф. В., Нестеренко А. О., Сапроновков П. М., Сафонова Н. В., Хазензон Л. Б., Довгаль С. Г., Николаева Т. А., Распереза Д. В., Шульга О. А.* Применение метода флуоресцирующих антител в целях выявления *Campylobacter pylori* при заболеваниях органов пищеварения 69
- Шамшонкова Т. П.* Оценка иммунного статуса больных язвенной болезнью 72
- Пришва С. В.* Нуклеиновые кислоты и факторы защиты при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки 76
- Дейнеко Н. Ф., Сергиенко Е. И.* Патогенетическое и диагностическое значение иммунологических показателей при язвенной болезни желудка 77
- Визир А. Д., Олейник А. И.* Состояние простагландин-тромбоксановой системы крови у больных хроническим гастритом в зависимости от состояния секреторной функции желудка 80
- Никула Т. Д., Мойсеенко В. А.* Динамика концентрации гастроинтестинальных гормонов в крови больных с рефлюкс-эзофагитом при микроволновой резонансной терапии 82
- Костомарова В. Н., Дейнеко Н. Ф.* Гормональный статус больных хроническими заболеваниями печени 84
- Чеботарева В. Д., Корнейчук В. В., Майданник В. Г., Бурлай В. Г., Покрасен О. Н.* Кристаллографический метод исследования в диагностике воспалительного процесса в желчевыводящих путях 87
- Гришина Е. И., Кушир И. Э., Гриненко Е. В., Позднякова И. А., Яблчанский Н. И.* Состояние калликренин-кининовой системы при хронических заболеваниях печени 89
- Линевский Ю. В., Череватская Е. Ю.* Возможности компьютерной томографии и ультразвукового исследования в диагностике заболеваний печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы 92
- Лендвел М. Ф., Гайсак М. А., Вагерич Е. И.* Эхоскопия в диагностике яражений гепатобилиарно-панкреатической системы у больных хроническим холециститом 93
- Христинич Т. Н., Иванушко Я. Г.* Об адаптационных возможностях организма при хроническом панкреатите и хроническом некаменном холецистите 96
- Хворостинка В. Н., Пасиешвили Л. М., Тесленко В. Г.* Коррекция иммунологической реактивности при алкогольных поражениях печени 99
- Ягмур С. С., Яровая А. Э.* Содержание гастрина в сыворотке крови при заболеваниях поджелудочной железы и желчевыводящих путей 101

СтВ+Д частота — в сроки 1—3 мес, биопотенциал — через 12 мес; после СПВ+Д и СПВ частота — в сроки 3—6 мес, биопотенциал — в сроки 6—12 мес.

Как видно из приведенных данных, в течение последующих после операции дней, месяцев и даже лет у больных наблюдалась недостаточность двигательной функции желудка и кишечника, приводящая нередко к развитию атоническо-гипокинетического синдрома, что требует лечения. Поэтому в целях активации двигательной функции желудка и кишечника и профилактики послеоперационных парезов мы уже через 24—36 ч после операции проводили внутриволожностной пневмомассаж пищеварительного тракта [2]. В дальнейшем, при необходимости, мы использовали чрескожную электростимуляцию портативным электростимулятором [1]. Положительным фактором электростимуляции является возможность ее проведения больными самостоятельно (после их обучения) 2—3 раза в день после еды.

Для закрепления полученного эффекта в целях развития компенсаторных реакций и сокращения адаптационного периода мы использовали через 3—4 нед после операции (возможно, и в более поздний период) прием маломинерализованной Збручанской минеральной воды из расчета 3,3 мл на 1 кг массы тела больной за 30—60 мин до приема пищи. Проведение этих мероприятий позволило сократить сроки временной нетрудоспособности в среднем на 2—3 нед.

Поступила в редколлегию 06.12.89.

УДК 616.366—003.7—089—06 : 616.342—089—02

ЗНАЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДУОДЕНОСТАЗА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

С. Е. Гребенников, Ю. Д. Торопов, В. Г. Кащенко.
Запорожский институт усовершенствования врачей

Отдаленные результаты оперативного лечения хронического калькулезного холецистита до настоящего времени остаются иногда неудовлетворительными. Больных беспокоят боль в верхней половине живота, чувство тяжести в надчревной области, особенно после еды, горечь во рту, иногда мучительного характера, тошнота, отсутствие аппетита, неустойчивый стул.

Такое состояние больных, перенесших холецистэктомию, достаточно часто обусловлено прогрессированием скрытого наруше-

© С. Е. Гребенников, Ю. Д. Торопов, В. Г. Кащенко, 1991

ния дуоденального пассажа, не выявленного до операции и нескорригированного во время ее выполнения.

Для уточнения влияния коррекции нарушений дуоденального пассажа на послеоперационное состояние больных, перенесших холецистэктомию, обследованы 354 больных. У 65 (18,3 %) из них был холедохолитиаз, у 28 (43,1 %) — осложненный механической желтухой, у 9 (14,1 %) — холангитом. У 5 (7,7 %) пациентов холедохолитиаз сочетался со стенозом большого дуоденального соска I—II степени. Женщин было 297 (83,9 %), мужчин — 57 (16,1 %). Частота выявления жалоб, характерных для нарушения дуоденального пассажа, была следующей. Боль в подложечной области — у 295 (83,4 %), чувство тяжести — у 225 (63,7 %), тошнота — у 276 (78,5 %), отрыжка — у 245 (69,2 %), горечь во рту — у 149 (42,1 %), в том числе после ночного сна у 56 (37,9 %), неустойчивый стул — у 106 (29,9 %).

107 больным, помимо обследования, направленного на уточнение локализации конкрементов, изучения функционального состояния желчного пузыря, большого соска двенадцатиперстной кишки и печени, проводили исследование моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, анатомического состояния дуодено-еюнального, дуодено-гастрального рефлюкса по данным рентгеноскопии пищеварительного тракта, дуоденоскопии в условиях гипотонии и изолированной зондовой дуоденографии. Изучали также состояние слизистой оболочки желудка, замыкательную функцию привратника и частоту дуодено-гастрального и гастроэзофагеального рефлюксов по данным фиброгастродуоденоскопии, а также моторику и давление двенадцатиперстной кишки по данным дуоденоманометрии.

В результате обследования установлено, что рентгенологические признаки нарушений дуоденального пассажа были выявлены у 57,3 % больных и заключались в задержке эвакуации из двенадцатиперстной кишки, ее маятникообразных движениях с рефлюксом содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок. Важно подчеркнуть, что высокое стояние дуодено-еюнального перехода (выше T-12) было выявлено только у 12 % больных. Частота хронического атрофического гастрита, обусловленного дуодено-гастральным рефлюксом, по данным эндоскопии, составила 38 %. При этом истинная недостаточность замыкательной функции привратника была отмечена у 17,5 % больных. У остальных больных рефлюкс желчи в желудок происходил в фазе открытия полноценно смыкающегося привратника. Дискинезии двенадцатиперстной кишки выявлены у 83,2 % больных, у 69 % из них — по гипертоническому, у 31,1 % — по гипотоническому типу. Внутриводенальная гипертензия выявлена у 63,4 % больных.

Следовательно, у большинства больных желчнокаменной болезнью по клиническим признакам и данным инструментального

обследования выявлено патологическое состояние двенадцатиперстной кишки, проявившееся задержкой эвакуации с возникновением дуодено-гастрального рефлюкса и рефлюкс-гастрита.

Всем больным во время оперативного вмешательства на желчевыводящих путях проводили ревизию дуодено-еюнального перехода, нижнегоризонтальной ветви двенадцатиперстной кишки и привратника. У 59 патологий двенадцатиперстной и начального отдела тощей кишок выявлено не было. У 3 больных обнаружена артериомезентериальная компрессия с умеренной дилатацией нижнегоризонтальной ветви, по поводу чего был наложен поперечный дуодено-еюноанастомоз.

У остальных больных диагностирована различная патология дуодено-еюнального перехода и начального отдела тощей кишки. У 76 больных было рубцовое перерождение мышцы Трейца с образованием кишечной «двухстволки», у 179 человек — рубцевание одной из ножек мышцы Трейца, в результате чего возникла ротация кишечной трубки вокруг своей оси с уменьшением диаметра кишки в месте ротации. У 40 больных был резко выражен спаечный процесс начального отдела тощей кишки (периеюнит) с соседними органами, преимущественно с брыжейкой поперечной ободочной кишки с поворотом тощей кишки вверх и вправо. Все вышперечисленные состояния дуодено-еюнального перехода, по нашему мнению, явились причиной нарушения эвакуации из двенадцатиперстной кишки. Атония нижнегоризонтальной ветви двенадцатиперстной кишки со скоплением в ней жидкости обнаружена только у 12 больных. Дилатация привратника пальпаторно была установлена у 17 больных.

Таким образом, у подавляющего числа больных желчнокаменной болезнью мы обнаружили патологию дуодено-еюнального перехода, которая являлась причиной застоя в двенадцатиперстной кишке, однако сократительная и эвакуаторная функции кишки не переходили в стадию декомпенсации.

В этих условиях основное оперативное вмешательство было дополнено низведением дуодено-еюнального перехода. 192 больным была выполнена операция Стронга с рассечением сращений и восстановлением целостности париетальной брюшины. Осложненный, связанных с пересечением мышцы Трейца, было 2 (ранение кишки — 1, кровотечение — 1). Рана кишки была ушита, кровотечение остановлено. Оба больных выздоровели.

В том, что низведение дуодено-еюнального перехода достаточно эффективно влияет на дуоденальный пассаж, мы убедились после сравнения количества оттекающей желчи в декомпрессионный дренаж общего желчного протока. У больных с низведенным дуодено-еюнальным переходом при нормальной проходимости терминального отдела холедоха количество оттекающей в наружный

дренаж желчи после 3 сут послеоперационного периода (после восстановления перистальтики кишечника) было минимальным, в пределах 50—70 мл. У больных с непересеченной мышцей Трейца даже после восстановления перистальтики кишечника суточное выделение желчи в дренаж составляло 250—300 мл в течение 7—9 дней.

В отдаленный период при сравнении состояния больных отмечено улучшение их самочувствия после низведения дуодено-еюнального перехода. Только у 12,6 % больных после операции сохранялись диспепсические проявления. В то же время среди больных с непересеченной мышцей Трейца жалобы, характерные для дуоденального стаза, и его объективные проявления после холецистэктомии сохранялись у 58,4 %. В том числе 24,3 % больных отметили ухудшение состояния вследствие прогрессирования дуоденостаза.

Таким образом, мы склонны рассматривать патологическое состояние дуодено-еюнального перехода как одну из важных причин нарушения дуоденального пассажа. Отсутствие резервуарной функции желчного пузыря и постоянный ток желчи в двенадцатиперстную кишку после холецистэктомии может повышать нагрузку на сократительную способность кишки и способствовать тем самым переходу компенсированных форм нарушения дуоденального пассажа в декомпенсированные. Поэтому у всех больных желчнокаменной болезнью необходимо выявление до операций состояния эвакуаторной способности двенадцатиперстной кишки и причин, вызывающих ее нарушение, с последующей хирургической коррекцией. Нормализация дуоденального пассажа значительно улучшает состояние больных, перенесших холецистэктомию.

Поступила в редколлегию 16.12.89.

УДК 616.361—089.48

НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

*В. В. Хацко, А. Ф. Греджев, В. В. Минин,
В. Н. Вечерко, П. П. Конопля,
С. В. Зорина, Я. Г. Колкин.*
Донецкий медицинский институт

За последние 35 лет в клинике оперированы 7190 больных с воспалительными заболеваниями желчевыводящих путей. Холедохотомия произведена у 2126 (29,5 %) больных, причем при первичных операциях — у 1568, повторных — у 558; завершена наруж-

© В. В. Хацко, А. Ф. Греджев, В. В. Минин, В. Н. Вечерко, П. П. Конопля, С. В. Зорина, Я. Г. Колкин, 1991