

Л.В. Борбоев, А.Н. Плеханов, Е.В. Петров

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛИФИТОХОЛА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СТАЗА

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)

В статье показана эффективность применения препарата «полифитохол» в лечении компенсированного и субкомпенсированного дуоденального стаза. Препарат снижает уровень внутридуоденального давления, улучшает моторно-эвакуаторную функцию двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: внутридуоденальное давление, лечение, растительные препараты

CLINICAL-INSTRUMENTAL GROUNDING OF EFFICACY OF POLIPHITOHOL IN THE TREATMENT OF CHRONIC DUODENAL STASIS

L.V. Borboyev, A.N. Plekhanov, E.V. Petrov

The Buryat State University (Ulan-Ude)
Institute of General and Experimental Biology SB RAS (Ulan-Ude)
Buryat Branch of SCRRS SB RAMS (Ulan-Ude)

In the clause efficiency of application of preparation «poliphitohol» in treatment of compensated and subcompensated duodenal stasis is shown. The preparation reduces a level intraduodenal pressure, improves function of a duodenal gut.

Key words: intraduodenal pressure, treatment, vegetative preparations

На рубеже XXI века актуальность проблемы лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) бесспорна, так как при этом имеет место достаточно большой процент осложнений в послеоперационном периоде [1, 3]. В большинстве случаев причиной этих осложнений является не ликвидированный дуоденальный стаз или, так называемое хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП).

В настоящее время хирургами предложено много различных способов коррекции ХНДП, однако большинство из них травматичны, чреваты различными осложнениями, а использование их нередко приводит к инвалидизации больных [2, 4]. В последние годы произошла переоценка взглядов на применение того или иного способа коррекции ХНДП, так как эти способы, как правило, разрушают фиксирующий аппарат двенадцатиперстной кишки, а это еще более усугубляет дуоденальный стаз [6].

Давно известен анатомический вариант ДПК, обуславливающий развитие дуоденального стаза, при котором отсутствует горизонтальная часть ДПК, а нисходящая под острым углом переходит непосредственно в восходящую часть. Он впервые дифференцирован лишь в системе неэффективных способов хирургического лечения [5].

В настоящее время в стране возрос интерес к фитотерапии. При заболеваниях гепатобилиарной зоны используются различные лекарственные фитопрепараты: дезинтоксикационные, противовоспалительные, желчегонные, индукторы ферментативных систем, улучшающие обмен веществ и т.д.

Целью работы является оценка эффективности применения растительного препарата «полифитохол» в комплексном лечении дуоденального стаза при аномалии двенадцатиперстной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами произведен анализ историй болезни 140 больных с дуоденальным стазом, которым в комплекс лечения включали препарат полифитохол (основная группа). Среди больных преобладали мужчины (83), женщин было 57. Средний возраст больных составил $44,6 \pm 4,3$ года.

Препарат «полифитохол» получен по щадящей технологии из корневищ девясила высокого, травы золототысячника обыкновенного, цветков пижмы обыкновенной, плодов шиповника и плодов боярышника. «Полифитохол» применяли по 1,0 порошка три раза в день за 30 минут до еды в течение 4 недель на фоне базисной терапии. Исследование проводили до применения препарата, на 10 – 11 и 21 день лечения.

Контрольную группу составили 109 пациентов, которым в комплексе лечения включали метаклопрамид (церукал). Мужчин было 33, женщин – 76. Средний возраст больных составил $51,2 \pm 6,8$ года. В начале лечения прием препарата (церукал) 0,01 мг × 3 раза в день. Курс лечения составлял 1 – 1,5 месяца.

С помощью фармакологических средств добились усиления моторной деятельности ДПК.

В основной группе больных с язвенной болезнью желудка и ДПК было 27 (67,5 %), с желчнокаменной болезнью – 13 (32,5 %).

Во время проведения поэтажной манометрии в основной и контрольной группах из 109 больных у 100 (88,4 %) **была выявлена дуоденальная гипертензия**. В основной группе компенсированный дуоденостаз диагностирован у 15 % пациентов, субкомпенсированный — у 72,5 %, декомпенсированный у 12,5 %. Степень дуоденостаза определялась по внутридуоденальному давлению. Нормальное интрадуоденальное давление составило $90 - 120$ ($99,1 \pm 11,09$) мм вод. ст.

Давление в ДПК у больных с компенсированным дуоденостазом достигало $120 - 180$ ($159,5 \pm 20,11$) мм вод. ст., субкомпенсированным — $180 - 200$ ($189,1 \pm 9,0$) мм вод. ст., с декомпенсированным — 200 ($245,3 \pm 44,1$) мм вод. ст. и выше. Критерием исключения был декомпенсированный дуоденальный стаз в обеих группах, так как в этом случае считаем показанным только хирургическое лечение.

Диагноз устанавливался после получения результатов комплексного обследования больных, включающего: измерение внутриполостного давления в ДПК, желудке, пищеводе; исследование желудочной секреции, рентгенологическое и эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Учитывая данные проведенных исследований, которые выявили **Y-образную деформацию двенадцатиперстной кишки**, в клинической картине у больных отмечались следующие жалобы: боль в животе 100 %, связь боли в животе с приемом пищи — 72,4 %, ощущение тяжести переполнения желудка — 20,4 %, отрыжка — 38,8 %, изжога — 44,7 %, тошнота — 44,4 %, ощущение горечи во рту — 20 %.

При рентгеноскопии желудка и ДПК признаки дуоденальных нарушений были отмечены в 88,8 % случаев. Наиболее часто встречающимися рентгенологическими симптомами нарушения дуоденальной проходимости были: увеличение размеров желудка — 33,4 %, замедленный пассаж контрастной массы по ДПК — 58,8 %, ускоренная эвакуация из желудка — 11,4 %, антиперистальтика — 10,9 %.

В связи с недостаточной информации рентгенологического осмотра желудка и ДПК мы дополнили этот метод зондовой (у 34) и без зондовой (у 9) релаксационной дуоденографии. На дуоденограммах признаками ХНДП были: артериомезентериальная компрессия нижней горизонтальной части ДПК, проксимальный перидуоденит, и тотальный периодуоденит.

Стандартный рентгенологический метод исследования желудка и ДПК дополнялся релаксационной дуоденографией, которая была проведена у 44 больных. Признаками ХНДП на дуоденограммах были: проксимальный перидуоденит — 51,6 %, ДГР — 34,4 %; рубцово-спаечный процесс в области дуоденоюнального перехода — 30,3 %.

При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта с хорошими и удо-

влетворительными результатами отмечены достоверные улучшения эвакуаторной функции желудка, желчного пузыря и ДПК у 28 из 40 больных, что составило 70%.

В клинической картине у пациентов основной группы отмечалась положительная динамика, которая проявлялась уменьшением боли в животе — 31,2 %, связью боли в животе с приемом пищи — 18,9 %, ощущением тяжести и переполнением желудка — 29,9 %, отрыжкой — 17,1 %, изжогой — 5,3 %, тошнотой — 21,8 %, ощущением горечи во рту — 7 %.

Показатели внутридуоденального давления у пациентов основной группы были достоверны ниже чем у контрольной и составляли, соответственно, $187,5 \pm 16,4$ мм вод. ст. и $231 \pm 22,2$ мм вод. ст. соответственно ($p_f = 0,01$).

Анализ отдаленных результатов лечения пациентов с дуоденальным стазом позволил выделить больных с хорошими, удовлетворительными и неудовлетворительными результатами в каждой исследуемой группе. У больных основной группы хорошие результаты лечения наблюдались в 31 % случаев. Эти больные не предъявляли никаких жалоб, выполняли прежнюю работу. У 59 % больных результаты лечения были удовлетворительными. У 28 % из них клиническая картина проявилась тошнотой, тупыми болями в эпигастриальной области и в правом подреберье. Неудовлетворительные результаты были получены у 10 % пациентов 1 группы. У этих больных сохранялись не локализованные боли в животе, метеоризм, неустойчивый стул.

У пациентов контрольной группы хорошие результаты получены у 11 %, удовлетворительные — у 37,7 %, неудовлетворительные — у 52,3 % больных.

ВЫВОДЫ

В комплекс предоперационного обследования больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим холециститом и желчекаменной болезнью необходимо включать рентгенологическое исследование, внутридуоденальную манометрию и исследование секреторной функции желудка. Применение препарата «полифитохол» в лечении больных с нарушением дуоденальной проходимости является более яркой альтернативой применения холинолитиков, так как он не только улучшает функцию ДПК, но и оказывает желчегонное, противовоспалительное и гепатозащитное действие, что немаловажно т.к. дуоденальный стаз и заболевание гепатобилиарной зоны тесно взаимосвязаны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Витебский Я.Д. Пути улучшения результатов гастрэктомий / Я.Д. Витебский, О.Ю. Кушниренко, В.И. Ручкин // Хирургия. — 1986. — № 1. — С. 39 — 41.
2. Дуденко Ф.И. Результаты оперативного лечения больных с хронической непроходимостью двенадцатиперстной кишки / Ф.И. Дуденко,

А.В. Пляшкевич, А.С. Зуев // Клин. хир. — 1989. — № 8. — С. 28–30.

3. Мирзаев А.П. Дуоденальный стаз / А.П. Мирзаев. — Л., 1976. — 233 с.

4. Мищенко Ф.Ф. Влияние типа операции и сочетанной патологии на результаты лечения больных с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости / Ф.Ф. Мищенко, Н.П. Чернобровый, И.А. Козак // Вестн. хир. — 1992. — Т. 148, № 4. — С. 23–27.

5. Панцырев Ю.М. Значение нарушений дуоденальной проходимости в хирургии пилородуоденальных язв / Ю.М. Панцырев, С.А. Чернякевич, М.В. Никитин // Хирургия. — 1985. — № 2. — С. 10–14.

6. Репин В.Н. Оперативное лечение хронической непроходимости двенадцатиперстной кишки после радикальных операций на желудке при язвенной болезни / В.Н. Репин, В.Н. Дворянских, А.В. Овечкин // Клин. хир. — 1989. — № 8. — С. 30–32.

Сведения об авторах:

Плеханов Александр Николаевич – гл. хирург МЗ РБ. г. Улан-Удэ, Дом Правительства. Тел. 8 (3012) 21-49-20