

МОТОРНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТОЩЕЙ КИШКИ, РЕГИОНАРНЫЙ КРОВОТОК, МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ СЛИЗИСТОЙ И ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ДЕМПИНГ-СИНДРОМОМ

Современный медицинский центр им. Х. М Совмена – Клиника XXI века

Несмотря на значительные достижения в медикаментозном лечении язвенной болезни, полного отказа от хирургической коррекции на органах гастродуоденальной зоны при язвенном поражении желудка и двенадцатиперстной кишки (ДК) не произошло. Одним из наиболее частых осложнений хирургического вмешательства при язвенной болезни является демпинг-синдром (ДС), приводящий к снижению качества жизни и инвалидизации значительного числа пациентов.

Механизм ДС, несмотря на многочисленные исследования, до сих пор еще полностью не ясен [1, 2]. Не получили адекватного объяснения и многие диспептические синдромы – тяжесть в подложечной области, дискомфорт, тошнота, рвота, отрыжка и др., которые многие авторы [2, 3, 4, 5] связывают с нарушением транзита по верхнему отрезку желудочно-кишечного тракта. Однако работы, посвященные изучению периодической и пищевой моторики верхнего отрезка и тощей кишки, единичны, практически отсутствуют параллельные исследования гемодинамики и моторики.

Цель работы – исследование периодической моторной деятельности тощей кишки, морфологических параметров гастродуоденальной слизистой оболочки (СО), скорости кровотока в СО желудка, состояние центральной гемодинамики и возможностей адаптации к физической нагрузке у больных ЯБДК, перенесших резекцию желудка по Бильрот II с ДС.

Обследовано 18 больных (средний возраст 54,1±1,7 года), перенесших в сроки от 2 до 19 лет резекцию желудка по поводу осложненного течения язвенной болезни желудка и ДК (у 14 по Бильрот II), и 8 больных с неосложненной язвенной болезнью в фазе ремиссии (средний возраст – 49,1±1,2 года). У 8 больных ДС оценивался как легкий (1-я группа) и у 6 – средней степени тяжести (2-я группа), у 5 оперированных больных клиника ДС отсутствовала (3-я группа). Сравнительному анализу были подвергнуты гемодинамические и моторные параметры, а также вариабельность сердечного ритма у больных 1–3-й групп и 8 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки неосложненной формы.

Периодическую и постприандиальную моторику исследовали методом открытых постоянно перфузируемых катетеров при помощи 4-канального манометрического зонда. При анализе манометрических кривых учитывали сокращения с амплитудой более 5 мм рт. ст. Идентифицировали фазу моторного покоя (фазу I), фазу нерегулярной моторной активности (фазу II)

и фазу ритмических сокращений (фазу III), в которой определяли скорость ее распространения [6]. При анализе пищевой моторики оценивали характер сокращений (визуально) и время прерывания периодической моторной деятельности (ПМД).

У всех больных была проведена эзофагогастродуоденоскопия с биопсией СО культи желудка с балльной оценкой степени лимфоплазмочитарной инфильтрации, кишечной метаплазии и атрофии. Скорость кровотока в гастродуоденальной СО определяли по клиренсу водорода и вычисляли в мл/мин/100 г.

О вегетативной регуляции сердечного ритма судили по показателям вариационной пульсометрии по Р. М. Баевскому [7].

Центральную гемодинамику изучали методом тетраполярной реографии, при этом рассчитывали ударный объем, сердечный индекс и общее периферическое сосудистое сопротивление. Исследование проводили натощак и в течение 120 мин после стандартного завтрака (смешанная пища, 590 ккал). Толерантность к физической нагрузке оценивали по результатам велоэргометрического теста.

Наиболее частые моторные дисфункции ДК – у больных с неосложненной формой язвенной болезни ДК: 1) увеличение доли моторной активности в каждом цикле ПМД, в основном за счет укорочения фазы покоя – у 64±5%, 2) удлинение цикла ПМД (более 150 мин) – у 29±5%, 3) снижение моторной активности АОЖ – у 23±5%, 4) отсутствие фазы III в антральном отделе желудка – у 20±5%.

Дезорганизация моторики тощей кишки у больных с ДС характеризовалась следующими особенностями: 1) укорочением цикла ПМД в среднем в 1,6 раза за счет укорочения фазы покоя, 2) снижением моторной активности в фазе II в 1,5–2 раза, исчезновением характерного паттерна «минутного ритма», снижением величины проксимально-дистального градиента моторной активности по тощей кишке, 3) повышением базального давления после приема пищи до 14 мм рт. ст. У 14 больных с ДС с дискомфортом и тяжестью в подложечной области после приема пищи выявлено отсутствие проксимально-дистального градиента моторной активности по тонкой кишке.

Пациенты всех 3 групп с ДС по некоторым исходным показателям отличались от своих неоперированных сверстников. Так, УО у них был выше на 26%, СИ – на 28%, а физическая работоспособность

натощак в 1,6 раза ниже, чем у неоперированных больных (75 Вт против 125 Вт), 14 из них прекратили выполнение пробы из-за усталости, не достигнув субмаксимальной частоты сердечных сокращений.

Для больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот II характерна гастритическая перестройка СО культуры желудка (у 91%) с развитием атрофических форм гастрита (у 86%) с выраженной кишечной метаплазией (1,1±0,2 балла), обнаруживаются рефлюкс-эзофагит (у 72%) и сниженная скорость кровотока (до 22,7±1,8 мл/мин/100 г).

Толерантность к физической нагрузке у неоперированных больных не менялась после приема пищи, а у пациентов с резецированным желудком снизилась в среднем на I ступень (25 Вт).

Сравнительный анализ variability сердечного ритма, гемодинамических показателей, уровня физической работоспособности и степени выраженности моторных нарушений натощак и после еды показал их тесную взаимосвязь.

Таким образом, у пациентов с ДС, перенесших резекцию желудка, имеются существенные изменения периодической и постпрандиальной моторной активности тощей кишки, такие как дезорганизация "минутного" ритма, укорочение цикла ПМД и времени прерывания ПМД приемом пищи.

Вегетативные реакции на прием пищи у больных с ДС характеризовались резким увеличением симпатического влияния на ритм сердца, повышением потребления кислорода миокардом и уменьшением адаптации к физическому стрессу.

Выявленные изменения вегетативной регуляции сердечного ритма, центральной гемодинамики и физической работоспособности у больных с ДС, несмотря на отсутствие явных классических проявлений болезней оперированного желудка, следует рассматривать как вариант постгастрорезекционных расстройств и учитывать при разработке лечебно-профилактических мероприятий.

Поступила 10.07.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Наурбиева Е. Н., Корочанская Н. В.* Центральная гемодинамика и вегетативная регуляция сердечного ритма у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, оперированных по Бильрот II // Проблемы хирургии и терапии гастродуоденального комплекса. Краснодар, 1996. С. 75–79.
2. *Фишер А. А., Каруна Ю. В., Акиншина И. А.* Роль нарушений моторики тощей кишки в патогенезе постгастрорезекционных синдромов: Сбор. науч. трудов. Нальчик, 1988. С. 203–207.
3. *Bortolotti M., Bersani G., Labo G.* Effect of Billroth II operation on the intestinal interdigestive motor activity // Digestion. 1985. № 31. P. 194–199.
4. *Henry Y. C., Lin M. D., Gregg W. Van, Citters M. S., Xiao-Tuan Zhao M. D., Ph D. et al.* Fat intolerance depends on rapid gastric emptying. Dig. Dis. Sci. 1999, № 44 (3). P. 330–335.
5. *Thomas H., Heimbucher J., Fucsh K. H., Freys S. M. et al.* The mode of Roux-en-Y reconstruction affects motility in the efferens limb. Arch-Surg. 1996 Jan, № 131 (1). P. 63–66.
6. *Фишер А. А., Каруна Ю. В.* О критериях оценки и нормативах периодической моторной деятельности верхнего отдела желудочно-кишечного тракта // Физиология человека. 1989, № 16 (5). С. 116–126.
7. *Баевский Р. М., Кирилов С. И., Клецкин З. М.* Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. М.: Медицина, 1984. 194 с.

**YU. V. KARUNA, V. V. GORBAN', A. K. JANE,
E. N. NAURBIEVA, A. YU. KARUNA**

MOTOR ACTIVITY OF JEJUNUM, REGIONAL BLOOD FLOW, MORPHO-FUNCTIONAL PECULIARITIES OF THE GASTRODUODENAL MUCUS AND EXERCISE PERFORMANCE IN PATIENTS WITH JEJUNAL SYNDROME

18 patients with dumping syndrome after gastric resection was investigated to compare indices periodical and postprandial motility of upper alimentary canal, CO state of gastric stump, blood flow, variability of heart rate and hemodynamic parameters. It was revealed correlations and significant disorders motility and changes of central hemodynamic in response to exercise imaging.

А. М. ТОПОЛЬСКИЙ, А. К. ЖАНЕ, Ю. В. КАРУНА

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Современный медицинский центр им. Х. М. Совмена – Клиника XXI века

В последнее время при различных заболеваниях внепеченочных желчных путей используются эндоскопические методы лечения, а лапароскопическая холецистэктомия стала ведущей операцией при хроническом калькулезном холецистите.

У больных, страдающих калькулезным холециститом в сочетании с холедохолитиазом, выполняются различные варианты хирургического лечения. В ведущих клиниках используются лапароскопическая холецистэктомия и вмешательство на общем желчном протоке (холедохолитотомия, наложение билиодигис-

тивного соустья) и/или эндоскопическая папиллосфинктеротомия с извлечением конкремента и последующей лапароскопической холецистэктомией. В других лечебных учреждениях производятся традиционная лапаротомия и удаление измененного желчного пузыря, холедохолитотомия с последующим наружным или внутренним дренированием желчного протока.

В нашей клинике отдается предпочтение такому варианту хирургического лечения, как эндоскопическая папиллосфинктеротомия с извлечением конкремента и последующей лапароскопической холецистэктомией.