

# МОТОРНО-ЭВАКУАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

*Ткач Сергей Валерьевич*

*аспирант Государственное учреждение «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины», г. Харьков, Украина*

*E-mail: [knmu.surgery@gmail.com](mailto:knmu.surgery@gmail.com)*

## MOTOR-EVACUATION FUNCTION OF THE STOMACH IN PATIENTS WITH ULCERATIVE PYLORODUODENAL STENOSIS

*Tkach Sergey*

*postgraduate. Government Institution "Zaytsev Institute of General and Urgent Surgery of National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine*

### АННОТАЦИЯ

Обследовано 124 пациента. При этом у 36 (29 %) больных выявлен компенсированный пилородуоденальный стеноз, у 65 (52 %) субкомпенсированный и у 23 (19 %) — декомпенсированный. Для диагностики моторно-эвакуаторной функции использовали электрогастрографические и ультрасонографические исследования.

### ABSTRACT

A total of 124 patients. Thus in 36 (29 %) patients diagnosed compensated pyloroduodenal stenosis in 65 (52 %) subcompensated and in 23 (19 %) — decompensated. For the diagnosis of motor-evacuation function used elektrogastrograficheskie and ultrasonographic study.

**Ключевые слова:** язвенный стеноз, моторно-эвакуаторная функция.

**Keywords:** ulcerative stenosis, motor-evacuation function.

### Актуальность темы.

Проблема язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки до настоящего времени сохраняет свою актуальность. Несмотря на то, что основным способом лечения является консервативный, а современные препараты и правильно построенные схемы терапии позволяют достичь заживления язвы почти у 80-90% больных, сохраняется высокая вероятность (30—82 %)

рецидива заболевания [2, с. 29; 5, с. 167]. Это приводит к тому, что почти у половины больных с течением времени развиваются опасные для жизни осложнения, требующие хирургических вмешательств. Одним из таких осложнений являются пилородуоденальные стенозы, удельный вес которых в общем количестве операций по поводу язвенной болезни составляет 14—59,3 % [1, с. 216; 5, с. 40]. Нередко язвенная болезнь является причиной инвалидности, она может давать тяжелые осложнения, в ряде случаев приводит к летальному исходу [1, с. 54; 3, с. 78]. Степень и скорость формирования рубцового сужения желудка или двенадцатиперстной кишки зависят от длительности язвенной болезни и частоты обострений. Так, по различным наблюдениям, средняя продолжительность язвенного анамнеза, необходимая для развития стеноза, составляет 15,2 года, а у 54,2 % больных обострения отмечались 2 и более раз в год [4, с. 67; 5, с. 55]. Развитие моторно-эвакуаторных нарушений желудка в раннем послеоперационном периоде влияет на длительность стационарного лечения, его стоимость и имеет важное социально-экономическое значение [5, с. 61]. Определение функционального состояния желудка для предупреждения развития послеоперационного гастростаза и возможных причин развития гастростаза представляется необходимым для уточнения показаний к видам оперативных вмешательств. Расстройствам моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального комплекса сегодня уделяется значительное внимание, поскольку результаты исследований указывают на то, что их клинические проявления значительно ухудшают качество жизни пациентов, что требует своевременной диагностики и коррекции [1, с. 79; 4, с. 51].

### **Материалы и методы**

Обследовано 124 пациента. При этом у 36 (29 %) больных выявлен компенсированный пилородуоденальный стеноз, у 65 (52 %) субкомпенсированный и у 23 (19 %) — декомпенсированный. При клиническом обследовании обращалось особое внимание на длительность язвенного анамнеза, клиническое течение заболевания, эффективность и характер ранее

проводимой противоязвенной терапии, признаки осложнения язвенного процесса, а также симптомы нарушения дуоденальной проходимости и нарушения запирающей функции пищеводно-кардиального перехода. Для диагностики моторно-эвакуаторной функции использовали электрогастрографическое и ультрасонографическое исследование. Процедуры нетравматичны для больного и дают отчетливое представление о взаимосвязи между нарушением эвакуации желудочного содержимого, степени выраженности дуоденогастрального рефлюкса и функциональной активности желудка, привратника и двенадцатиперстной кишки.

### **Результаты исследования**

При изучении моторики желудка с помощью электрогастрографии для всех пациентов с компенсированным, 56 (45,2 %) — субкомпенсированным, 14 (11,3 %) — декомпенсированным стенозом была характерна сохраненная или повышенная электромоторная активность, как натощак, так и после завтрака, и у 11 (8,9 %) больных отмечено ее снижение. У 7 (5,6 %) пациентов с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом выявлено резкое угнетение моторной активности желудка в основном за счет исчезновения сильных и выраженного дефицита средних сокращений, отмечено снижение коэффициента слабой сократительной активности в сравнении с компенсированным и субкомпенсированным стенозом.

Ультрасонографически выявлено при компенсированном стенозе эвакуация жидкости начиналась через  $17 \pm 2,4$  минут и завершалась к концу первого часа. У больных с субкомпенсированным стенозом задержка первичной эвакуации составила  $34 \pm 5,2$  минуты, при этом через полтора часа у большинства пациентов объем желудочного содержимого не превышал тощачового содержимого. У пациентов с пилоробульбарным стенозом в стадии декомпенсации в течение первого часа эвакуировалось лишь небольшое количество желудочного содержимого, а через 1,5 часа последний значительно превышал таковой при исследовании натощак.

Основной показатель моторно-эвакуаторной способности желудка — период полувыведения содержимого желудка исследован у 115 пациентов. Замедленная эвакуация содержимого желудка в подавляющем большинстве случаев — 88,9 % (32 из 36) отмечена у пациентов с суб- и декомпенсированным пилородуоденальным стенозом. Мы выделили три степени дуоденогастрального рефлюкса. Наибольшее число рефлюксов — 71 (81,6 %) из 87 — зарегистрировано у пациентов с компенсированным и субкомпенсированным пилородуоденальным стенозом. При этом количество рефлюксов II и III степени преобладало по сравнению с количеством рефлюксов I степени. Обратный заброс содержимого двенадцатиперстной кишки в полость желудка на уровне ее дистальных отделов определялся в виде потока жидкости различной интенсивности, как при цветном доплеровском сканировании гастродуоденального перехода, так и при визуальной оценке. Частота перистальтической волны у обследованных больных характеризовалась значениями от 0 до 6 волн в минуту. Основная часть пациентов — 76 (61,3 %) с компенсированным и субкомпенсированным пилородуоденальным стенозом имела нормальные показатели — 3 волны в минуту с интервалом 18—21 сек. Увеличение частоты перистальтики до 4—6 волн/мин отмечалось у 41 (33,1 %) больных в качестве компенсаторного момента при нарушении проходимости пилорического канала при субкомпенсированном и части больных с декомпенсированным стенозом. Низкие показатели частоты перистальтики — 0—1 волна в минуту — определялись у больных в 7 (5,6 %) случаях с декомпенсированным стенозом. Всем пациентам проводилась оценка скорости перистальтической волны, которая в норме составляет 2—2,5 мм/сек. Данные значения отмечены у 112 (90,3 %) из обследованных пациентов. Уменьшение скорости перистальтики установлено у 12 (9,7 %) пациентов, в том числе у 5 пациентов с пилородуоденальным стенозом в стадии субкомпенсации и у 7 больных с декомпенсированным стенозом. Перистальтическая волна в этих случаях имела малую глубину и сопровождалась гипотонией исследуемого органа. Низкая амплитуда перистальтики (норма 20—70 %) также

характеризовала нарушения моторики и зафиксирована ультразвуковым методом у 20 (16,1 %) больных. В этих случаях амплитуда перистальтики была меньше 20 %, и этот показатель, как правило, сочетался с низкой частотой и скоростью перистальтической волны. У 23 (18,5 %) пациентов отмечены ультразвуковые признаки дуоденостаза в виде расширения просвета двенадцатиперстной кишки (более 20 мм), вялой, замедленной перистальтики с застоем содержимого в ее просвете.

**Результаты** проведенных обследований показывают, что на фоне имеющегося нарушения эвакуаторной функции желудка для большей части больных характерно сохранение перистальтической активности, что свидетельствует о достаточных резервных возможностях мышечной стенки желудка. Причиной выраженного дуоденогастрального рефлюкса могут быть, с одной стороны, функциональная недостаточность привратника и, с другой стороны, скрытые нарушения моторной функции двенадцатиперстной кишки, без коррекции которых, в послеоперационном периоде могут развиваться плохо поддающиеся лечению постгастрорезекционные и постваготомические синдромы. В связи с этим, у пациентов с пилородуоденальным стенозом возникает необходимость в проведении более углубленных предоперационных исследований функционального состояния гастродуоденального перехода, с целью рационального подхода к выбору объема оперативного вмешательства и способа восстановления желудочно-кишечной непрерывности.

### **Список литературы:**

1. Akkermans L.M., Hendrikse C.A. Post-gastrectomy problems. *Dig. Dis. Sci.* — 2000. — Vol. 32. — Suppl. 3. — P. 263—264.
2. Brogden R., Carmine A., Heel R. et al. Domperidone. A review of its pharmacological activity, pharmacokinetics and therapeutic efficacy in the symptomatic treatment of chronic dyspepsia and as antiemetic. *Drugs.* — 1982. — Vol. 24. — P. 360—400.

3. Ganaton Post Marketing Surveillance Study Group. *Gastroenterology Today*. — 2004. — Vol. 8. — P. 1—8.
4. Masayuki N. et al. Effect of itopride hydrochloride on diabetic gastroparesis // *Kiso to Rinsho* — 1997. — Vol. 31. — P. 2785—2791.
5. Myoshi A., Masumune O., Sekiguchi T. et al. Clinical evaluation of itopride hydrochloride for gastrointestinal symptoms associated with chronic gastritis: multicenter double blind clinical trial using cisapride as control drug // *Clin Pharmacol Ther.* — 1994. — Vol. 4. — P. 261—279.
6. Prabha Sawant HS Das, Nutan Desai et al. Comparative evaluation of the efficacy and tolerability of itopride hydrochloride and domperidone in patients with non-ulcer dyspepsia // *JAPI*. — 2004 — Vol. 52. — P. 626—628.
7. Tack J., Vos R., Janssens J et al. Influence of tegaserod on proximal gastric sensory and motor function in man // *Gastroenterology*. — 2002. — Vol. 122. — P. 453.