

После операции повторяли пресакральные блокады. Обязательно использовали эндолимфатическое введение лекарственных препаратов через дренированный паховый лимфоузел, что позволяло подводить лекарственные препараты непосредственно к брыжейке тонкого кишечника и на 50 % снижать их дозировку.

Применение современных методов диагностики и разработанного алгоритма лечения у больных с ОАХП дало возможность избежать развития ОКНД у 69 (8 %) больных и уменьшить летальность с 138 (16 %) до 103 (12 %).

ВЫВОДЫ

Своевременная диагностика и этиопатогенетическое лечение острой кишечной недоста-

точности у больных острой абдоминальной хирургической патологией позволили уменьшить частоту ее развития и снизить летальность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баллет Б. // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии: Сб. н. раб. – Архангельское-Громсе. – 1998. – Вып. 5. – С.202-206.
2. Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Юсуфов О.Г. и др. // Анестезиол. и реаниматол. – 1997. – № 3. – С.34-36.
3. Bounous G. // Surgery. – 1990. – Vol. 107, №3. – P. 118-119.
4. Gimondo P., La-Bella A., Mirk P., Torsoli A. // Abdom. Imaging. – 1995. – Vol. 20, №1. – P.6–33.

Zhidovinov G.I., Klimovich I.N., Popova I.S., Milovanov A.B., Ahmed Omar Al-Dousari *Diagnostics and clinics of intestinal insufficiency in patients with acute abdominal surgical pathology // Vestnik of Volgograd State Medical University. – 2004. – № 2(11). – P. 72–75.*

865 patients with an acute abdominal surgical pathology are surveyed (AASP), thus acute intestinal insufficiency (AIID) was revealed in 182 (21 %) cases. Dynamic clinical picture, was studied: motion-evacuatorial function of a gastroenteric path, its sonografic picture, microbiocenosis of the small intestine, comparative researches in a peripheral blood-circulation and blood of a degree flowing from intestines endogenic toxemia are also made. Results of researches have allowed to develop early diagnostics and to carry out appropriate treatment before operation, during operation and in the postoperative period that has caused decrease in AIID development by 8 %. It has in turn led decreased morbidity in patients with various AASP from 16 % up to 12 %.

УДК 616.33-006.6-08-06

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАКЕ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОГО СТЕНОЗОМ

В.Ф. Касаткин, К.В. Шурыгин, А.Ю. Максимов, О.Ю. Каймакчи
Ростовский научно-исследовательский онкологический институт
Министерства здравоохранения РФ

Хороший нутритивный и водно-электролитный статус организма важен для улучшения выживания и качества жизни больных раком желудка. Причиной мальнутриции и нарушений водно-электролитного баланса у больных при раке желудка является энергетический дисбаланс, развивающийся в результате потерь пищи с рвотой, увеличенного расхода энергии из-за онкологического заболевания и неадекватного поступления питательных веществ и микроэлементов, обусловленного стенозом кардиального либо пилорического отделов желудка [1,5]. При хирургическом лечении рака пилорического отдела желудка важно последующее максимально возможное восстановление пищеварительно-транспортного конвейера.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить переваривающую способность пищеварительных секретов у больных после хирургического лечения рака пилорического отдела желудка в условиях зондового введения желудочного содержимого через микроэнтеростому.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводили по результатам хирургического лечения больных раком пилорического отдела желудка (n=166). Всем больным был выполнен ряд реконструктивных операций с наложением гастроеюноанастомоза.

Далее среди пациентов были выделены 2 группы. В основной группе (n=81) у пациентов собирали содержимое желудка, оттекающее через назогастральный зонд, а также дуоденальный химус, извлекаемый через катетер приводящего отдела тощей кишки. Дуоденальное и желудочное содержимое смешивали экстракорпорально, а затем инкубировали в термостате в течение 40 мин при температуре 37 °С. Затем смесь желудочного и дуоденального содержимого возвращали в микроэнтеростому тощей кишки. Смешивание желудочного и дуоденального соков направлено на восполнение полноценного состава ферментов, субстратов, повышение pH содержимого ввиду нейтрализации соляной кислоты желудочного сока бикарбонатами поджелудочного секрета. Это действие необходимо, так как при кислой реакции сока снижается актив-

ность липазы, амилазы, а желчные кислоты преципитируются, не выполняя функции эмульгаторов, и теряются с каловыми массами. Кроме того, в просвете кишок желчные соли связываются с белково-липидными комплексами и также выбывают из циркуляции.

В качестве контрольной группы ($n=85$) выступали пациенты, которым все желудочное содержимое, собранное посредством назогастрального зонда, возвращали в энтеростому отводящего отдела тощей кишки.

Исследование переваривающей способности пищеварительных соков осуществляли по следующим тестам. Для оценки переваривания белков проводили пробу Веста, основанную на определении продуктов расщепления желатины в крови. Больным в энтеростому вводили 200 мл раствора желатины из расчета 1,3 желатины на 1 кг веса. Затем через каждый час в течение 4 часов брали кровь и определяли нарастание содержания аминокислот. В норме через час содержание аминокислот должно увеличиться на 3-4 мг/л, через 2-3 часа – на 7-8 мг/л, через 4 часа приходит к исходному уровню.

Для оценки активности трипсина использовали парааминобензойный тест [2]. Больному во время завтрака в энтеростому вводили 1 г синтетического пептида – N-бензоил-L-тирозил-парааминобензойной кислоты. В кишечнике пептид расщепляется трипсином, парааминобензойная кислота (ПАБК) всасывается и выделяется с мочой. При дефиците трипсина количество ПАБК уменьшается. В норме выделяется 50 % ПАБК в течение 6 ч после приема вещества, при недостаточной активности трипсина – меньше. Оценка всасывательной функции углеводов в тонкой кишке проводили с помощью D-ксилозного теста [3]. Больному энтерально вводили 25 г D-ксилозы, после чего в течение 5 ч собирали мочу. D-ксилоза всасывается слизистой оболочкой тонкой кишки, поступает в кровь и выводится почками. Норма всасывания в тонкой кишке D-ксилозы должна быть 5 г и более [4]. При нарушениях всасывания в тонкой кишке вся принятая D-ксилоза выделяется только с калом и в моче не определяется. Определение ксилозы в моче производили колориметрическим способом с использованием броманазинового реактива. Для оценки переваривания жиров проводили микроскопическое исследование кала при окраске судановым красителем [6].

В исследовании изучаемые показатели подвергали статистическому анализу с использованием системы компьютерной математики Statistica 5.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проб, оценивающих переваривающую способность кишечного секрета в тощей

кишке, у больных основной и контрольной групп даны в таблице.

У больных контрольной группы сравнение с нормой результатов проб выявило снижение переваривания и всасывания белков, сниженный углеводный обмен, низкую липолитическую активность ферментов в химусе тонкой кишки.

У пациентов основной группы показатели пробы Веста практически не различались с параметрами в контрольной группе. Наличие в моче парааминобензойной кислоты в количестве 42% от исходной концентрации пептида было выше по сравнению с контролем на 9%, но по сравнению с нормой свидетельствовало о сниженной на 8% активности фермента трипсина в энтеральном содержимом. У больных основной группы выведение с мочой D-ксилозы после ее энтерального введения составило $4,0 \pm 0,03$ г, что практически не отличало данную пробу по сравнению с пациентами контрольной группы и по-прежнему указывало на сниженный углеводный обмен. При микроскопическом исследовании кала крупные жировые глобулы были обнаружены в количестве 91–102, что свидетельствовало о некотором повышении липолитической активности ферментов в отличие от больных контрольной группы, но по-прежнему отражало недостаточную интенсивность липолиза в тонкой кишке.

При возвращении желудочного сока в тонкую кишку в пищеварительно-транспортный конвейер организма возвращаются промежуточные продукты гидролиза питательных веществ, ферменты протеолиза, уреазы, такие эндокринные субстанции, как гастрин, гистамин, соматостатин, мотилин, антибактериальное вещество лизоцим, нейтральные мукополисахариды, гликопротеины, сиаломуцины. Каждый составной элемент желудочного сока имеет свое физиологическое значение. Так, промежуточные продукты гидролиза питательных веществ по хорошо известному механизму саморегуляции приводят к усилению специфических секреторных и гидролитических процессов [5]. То есть фрагменты питательных белковых веществ стимулируют хеморецепторы тонкой кишки, что по нервно-проводниковому, гормональному и паракринно-нервному механизмам приведет к усилению выброса протеолитических ферментов панкреатического и кишечного соков. Отдельные аминокислоты, часто используемые в искусственных питательных смесях, такого механизма усиления секреции протеолитических ферментов не имеют [7]. Гастрин, гистамин усиливают секрецию водородных ионов, что ведет к стимуляции выброса энтероцитами энтерокиназы и ее активации [7]. Как известно, энтерокиназа запускает активацию протеолитических ферментов панкреатического сока. Мотилин является мощным гастроинтестинальным пептидом, регулирующим моторику

кишечника, что актуально в послеоперационный период у больных. Уреаза желудочного сока расщепляет мочевины, лизоцим выступает антибактериальным веществом, нейтральные мукополисахариды нужны для построения фактора роста, внутренний фактор Кастла, необходимый

для всасывания витамина В₁₂, формируется из гликопротеионов желудочного сока. Сиаломуцины гастрального происхождения играют роль антивирусной защиты. Таким образом, возвращение компонентов желудочного сока в тонкую кишку физиологически оправданно.

Таблица

Характеристика проб, оценивающих переваривающую способность кишечного секрета в тощей кишке у больных основной и контрольной групп

Название пробы	Группа	
	Контрольная (n=85)	основная (n=81)
Проба Веста	Через 1 час – ↑ аминокислот в крови на $1,7 \pm 0,05$ мг/л, через 2 часа – на $3,9 \pm 0,03$ мг/л, через 3 часа – возвращение к исходному уровню	Через 1 час – ↑ аминокислот в крови на $2,1 \pm 0,043$ мг/л, через 2 часа – на $4,3 \pm 0,02$ мг/л, через 3 часа – возвращение к исходному уровню
ПАБА-тест	Содержание ПАБК в моче (за 6 ч) $0,33 \pm 0,002$ г	Содержание ПАБК в моче (за 6 ч) $0,42 \pm 0,006$ г
Пробы с D-ксилозой	Содержание D-ксилозы в моче (за 5 ч) $3,1 \pm 0,004$ г	Содержание D-ксилозы в моче (за 5 ч) $4,0 \pm 0,03$ г
Микроскопическое исследование кала	112-120 крупных жировых глобул в поле зрения	91-102 крупных жировых глобул в поле зрения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, у больных основной группы возвращение желудочного содержимого, смешанного с содержимым двенадцатиперстной кишки, сопровождалось повышением переваривающей способности кишечного секрета. Активный гидролиз питательных веществ важен не только с нутритивной точки зрения, но и для активного передвижения химуса вдоль тонкой кишки. Как известно, химус с высоким содержанием промежуточных продуктов распада белков, жиров и углеводов медленно эвакуируется из кишечника. Таким образом, возвращение желудочного содержимого, оттекающего через назогастральный зонд, в тонкую кишку сопровождалось благоприятными изменениями мальдигестии и мальабсорбции нутриентов, нарушенной еще в дооперационный период ввиду алиментарной недостаточности питательных веществ и минералов из-

за частой рвоты, ухудшения экзокринной функции желудка, поджелудочной железы и печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. // Совр. онкол. – 2000. – Т.2. – №1. – С.4–10.
2. Любченко П.Н. Клиническая лабораторная диагностика. – 1994. – С. 6–7.
3. Меньшиков В. В. Анализ по месту лечения. – М.: Юнимед-пресс, 2003. – 159 с.
4. Меньшиков В. В. // Клини. лаб. диагностика. – 2002. – №4. – С. 23–34.
5. Руководство по парэнтеральному и энтеральному питанию. / Под ред. И.Е.Хорошилова. – СПб.: Нордмед-Издат, 2000. – 376 с.
6. Тиц Н. Энциклопедия клинических лабораторных тестов. – М.: Лабинформ, 1997. – С. 34–52.
7. Хендерсон Дж. Патология физиологии органов пищеварения. – СПб.: Невский диалект – 1999. – 334 с.

V.F. Kasatkin, K.V. Shurigin, A.J. Maksimov, O.J. Kaymakchi Peculiarities of the methods of treatment in the case of stomach cancer complicated by stenosis // Vestnik of Volgograd State Medical University. – 2004. – № 2(11). – P. 75–77.

The purpose of the research was to study the digested ability of gastrointestinal secretion at the patients after the surgical treatment cancer of the pyloric part of stomach in conditions of probe introduction gastric contents through the microenterostoma. The recurrence the gastric contents, mixed with duodenal contents into the gastrointestinal tract was accompanied by the rise of digestion and the absorption albumens, the inclusion of carbohydrates metabolism, the rise of the lipolytic activity of the ferments in the of small intestine, what improved the nutritive status of the patients in the early postoperative period after the surgical treatment of stomach cancer.