

НАРУШЕНИЯ МОТОРИКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Гешелин С.А., Зимовский В.Л., Гирля В.И.

Одесский государственный медицинский университет, г.Одесса

Ретроспективный анализ опыта клиники, основанный на наблюдениях за 1719 больными с патологией желчных путей, позволил выделить из этого числа 261 пациента (15,2%) с рецидивом болей после холецистэктомии.

Исходя из понимания анатомо-функционального единства органов билиарно-панкреато-дуоденальной системы, моторика двенадцатиперстной кишки изучена у 141 больного до операции с заболеваниями желчевы-

водящей системы и поджелудочной железы и у 261 оперированного с рецидивами боли после холецистэктомии в возрасте от 21 до 77 лет. Мужчины составили 8,45% (34 пациента).

Для изучения состояния моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки использовали рентгеновское исследование, баллонную дуоденокинезиографию, наружную электрогастрографию, дуоденоманометрию, фибродуоденоскопию.

Анализ показателей 131 дуоденокинезиограммы выявил, что у 36 больных с хроническим калькулезным холециститом и/или холедохолитиазом до операции имел место гиперкинетический-гипертонический тип моторики двенадцатиперстной кишки. У 20 больных с острым калькулезным и бескаменным холециститом и у 39 больных с острым панкреатитом выявлен гипертонический гипо- или акинетический тип расстройства моторики двенадцатиперстной кишки. У 20 больных с хроническим бескаменным холециститом двигательная активность двенадцатиперстной кишки приближается к нормотоническому нормокинетическому типу. У 16 больных с хроническим панкреатитом регистрировали гипо-, нормо- и акинетический гипертонический тип двигательных расстройств.

Изучение состояния моторики двенадцатиперстной кишки в различные сроки после холецистэктомии баллонокимографическим и электрогастрографическим методами показало, что у больных с рецидивами боли наиболее часто выявляется гипокинетический-гипертонический тип двигательных расстройств. У 224 обследованных из 261 рецидив боли и диспепсические расстройства после холецистэктомии были обусловлены хроническим панкреатитом, дискинезией желчных протоков, рефлюкс-гастритом и функциональным дуоденостазом, в этиологии и патогенезе которых значительную роль играют нарушения моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки.

Наличие хронического рецидивирующего панкреатита подтверждалось изменениями активности ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови и желчи. Выявлено достоверное повышение активности амилазы в сыворотке крови (48,6+3,2г/ч.л.). В изменениях активности липазы и трипсина четкой закономерности не было. Активность амилазы желчи колебалась в пределах 128-512 ед по Вольгемуту. Важным показателем воспалительных изменений после холецистэктомии

является исследование уровня малонового диальдегида (МДА) как конечного продукта перекисного окисления липидов. У большинства обследованных показатели МДА желчи в 4-5 раз превышали нормальные показатели.

Проведенный анализ показал, что у больных с хроническим панкреатитом после холецистэктомии между показателями дуоденальной моторики и активностью ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови существует тесная как прямая, так и обратная коррелятивная связь. Патогенетически наиболее значимым нарушением моторики двенадцатиперстной кишки является дуоденальная гипертензия, выявленная при дуоденоманометрии с нагрузкой у 74 /52,5%/ обследованных до операции с заболеваниями органов билиарно-панкреато-дуоденальной зоны и у 100% страдающих болевым синдромом после холецистэктомии.

Одним из частых проявлений нарушений моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки является дуоденогастральный рефлюкс, выявленный эндоскопически у 48,6% больных с патологией органов билиарно-панкреато-дуоденальной зоны и у 79,3% больных с постхолецистэктомическим синдромом.

Функциональные нарушения моторики двенадцатиперстной кишки, не приводящие к значительному нарушению эвакуации, у больных с постхолецистэктомическим синдромом требуют проведения реабилитационной терапии, направленной на нормализацию двигательной активности двенадцатиперстной кишки в отдаленные сроки у больных после холецистэктомии (спазмолитики, электростимуляция, лазерная акупунктура и др.). Эти больные должны находиться под наблюдением гастроэнтеролога поликлиники.

Механический и функциональный дуоденостаз третьей степени, тяжелый восходящий холангит и щелочной рефлюкс-гастрит у больных с постхолецистэктомическим синдромом являются показанием к операции.

РЕЗЮМЕ

ПОРУШЕННЯ МОТОРИКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ І ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНИЙ СИНДРОМ

Гешелін С.А., Зимовський В.Л., Гирля В.І.

Наводяться результати проведеного аналізу досвіду клініки, оснований на спостереженнях за 1719 хворими з патологією жовчних шляхів. Моторика 12-палої кишки вивчена у 141 хворого до операції із захворюванням жовчовивідної системи і підшлункової залози і у 261 оперованого із рецидивом болів після холецистектомії.

SUMMARY

INFRINGEMENTS OF IMPELLENT ACTIVITY OF DUODENUM AND POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME

S.A. Geshelin, V.L. Zimovsky, V.I. Gira

The results of the analysis of the experience of clinic based on the observation of 1790 patients are presented. Impellent activity of a duodenum was studied for 141 patient before the operation with the disease of a gall ducts system and pancreas and in 261 operated with the recurrent pains after cholecystectomy.