

СТАН МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКУ ПРИ СПОЛУЧЕНИХ ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕННЯХ

Мамчич В.І., Гвоздяк М.М., Плешко О.С.

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, каф. хірургії з курсом топографічної анатомії та оперативної хірургії

Вступ. Незважаючи на значний поступ в лікуванні виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки, в його як терапевтичному так і хірургічному аспектах, проблема індивідуалізації підходу до оперативних втручань при порушеннях функціонування гастродуоденальної зони, що являються наслідком тривалого перебігу медикаментозне резистентних форм виразкових уражень залишається актуальною.

Сполучені ураження шлунку та дванадцятипалої кишки відносяться до найважчого варіанту перебігу виразкової хвороби, який характеризується швидким прогресуванням, розвитком ускладнень з переважаним їх комбінуванням, та низькою ефективністю консервативного лікування [1-5].

Недостатньо вивченим є стан моторно-евакуаторної функції шлунку при сполучених виразкових ураженнях, що зумовлює доцільність наведеного дослідження.

Матеріали та методи дослідження. З 1990 по 1999 р. під нашим наглядом перебувало 113 хворих від 38 до 78 р. (середній вік - 56 років), у яких були виявлені сполучені виразкові ураження шлунку та дванадцятипалої кишки. Чоловіків серед них було - 94 (83.2%), жінок - 18 (16.8%) у співвідношенні 5:1 відповідно.

Всім хворим проводилося ґрунтовне обстеження, що включало в себе комплекс загальноклінічних, біохімічних та інструментальних методів, механогастрографію, електрогастрографію.

Результати дослідження та їх обговорення. В розвитку сполучених виразкових уражень розрізняєм слідує клініко-морфологічні варіанти: поєднання виразки шлунку та рубцьової деформації дванадцятипалої кишки - (I гр.), виразки шлунку та виразки дванадцятипалої кишки - (II гр.), рубцьової деформації шлунку та виразки дванадцятипалої кишки - (Ж гр.), рубцьових деформацій шлунку та дванадцятипалої кишки - (IV гр.).

До першої групи було віднесено 82 (72.6%), до другої - 10 (8.9%), до третьої 9 (7.9%), до четвертої 12 (10.6%) хворих.

Рубцьово-деформаційні процеси різного ступеню розвинулись у 108 (95.6%) пацієнтів. У 5 (4.4%) з другої групи діагностовано одночасне виникнення виразок шлунку та дванадцятипалої кишки без наявності ознак рубцьової деформації їх стінок, на відміну від 5 інших з цієї ж групи, де виразковий дефект дуоденальної локалізації розташовувався на тлі попередньо деформованої цибулини. До першого (стенотичного) типу зараховано 48 (44.4%) випадків рубцьово-виразкових деформацій, до другого (стенотичного) - 60 (55.6%), у 24 (22.2%) з яких виявлено ознаки декомпенсації, що склали в: I групі - 18, II групі - 1, III групі - 1, IV - 4 пацієнтів.

Нами було проведено дослідження рухової активності шлунку у 113 хворих зі сполученими виразковими ураженнями. По характеру моторної функції спостерігався слідує розподіл хворих: (таблиця 1).

Наведена таблиця демонструє, що найчастіше, в 48 (42.5%) випадках зустрічався збудний тип моторної активності, який характеризувався гіперкінетичними скороченнями, тривалим підйомом та швидким зниженням перистальтичних хвиль. Евакуація із шлунку в даній групі хворих була прискореною, зі зниженням часу його повного випорожнення порівняно з нормокінетичним типом моторики. На електрогастрограмах спостерігалось значне підвищення біопотенціалу, хаотичне чередування електричних хвиль.

Нормокінетичний тип моторної активності шлунку виявився у 31 (27.4%) хворого. На механогастрограмах цієї групи пацієнтів відмічались ритмічні перистальтичні скорочення. На електрогастрограмах реєструвались коливання біопотенціалів з нормальною періодикою чередування та амплітудою хвиль.

Гіпокінетичний тип моторної активності шлунку спостерігався у 25 (22.1%) пацієнтів. На механогастрограмах фіксувалося значне зниження скорочувальної діяльності шлунку з аритмічними, гіпокінетичними хвилями. Евакуація із шлунку була уповільненою зі збільшенням часу повного його випорожнення в порівнянні з такою при нормокінетичному

типі моторної функції. На електрогастрограмах виявлено зниження всіх показників розповсюдження хвиль.

Акінетичний тип виявився в 9 (8.0%) випадках. На механогастрограмах в цій групі були відсутні ознаки перистальтичної діяльності з реєстрацією лише дихальних рухів, а дані електрогастрограм свідчили про різке зниження всіх показників електричного стану шлунку. Евакуація характеризувалась як різко уповільнена.

Висновки. 1. Переважаючим типом моторної активності шлунку при сполучених виразкових ураженнях є гіперкінетичний.

2. Найбільш значні порушення скорочувальної функції шлунку (відсутність реєстрації шлункових хвиль, наявність лише слабкої, аритмічної перистальтики) корелюють з такими ж глибокими змінами тонусу та евакуаторної його функції.

3. Необхідним є вивчення стану моторно-евакуаторної функції шлунку з метою диференційованої передопераційної підготовки та індивідуалізації вибору типу та методу оперативного втручання при сполучених ураженнях шлунку та дванадцятипалої кишки.

ЛІТЕРАТУРА

- 1.(1993) Дуденко Г.И., Петренко Г.Д., Дуденко В.Г. Особенности диагностики и хирургического лечения сочетанных гастродуоденальных язв. /Хирургия. №9., с. 3-5.
- 2.(1988) Нечай А.И., Меркулов О.А. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. / Вестник хирургии., №10., с. 1-4.
- 3.(1988) Николаев Н.О., Чекмазов И.Ф. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. / Хирургия., №3., с.25-28.
- 4.(1984) Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С. и др. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. / Клиническая хирургия., № 8., с. 1-4.
- 5.(1973) Fisher R.S., Cohen S., Pyloric sphincter dysfunction in patients with gastric ulcer. / N. Engl. J. Med., v. 208, p.273-276.

Таблиця 1

| Характер моторної функції | Локалізація виразкових уражень (відділи) | | | | | Всього n % |
|---------------------------|------------------------------------------|------------|------------|----------------|-------------|------------|
| | препілоричний та пілоричний | антральний | тіло | субкардіальний | кардіальний | |
| Гіперкінетичний тип | 11 | 15 | 20 | 1 | 1 | 48 (42.5%) |
| Нормокінетичний тип | 6 | 9 | 11 | 3 | 2 | 31 (27.4%) |
| Гіпокінетичний тип | 5 | 8 | 9 | 2 | 1 | 25 (22.1%) |
| Акінетичний тип | 3 | 4 | 2 | 0 | 9 | 9 (8.0%) |
| Всього | 25(22.1%) | 36 (31.9%) | 42 (37.2%) | 6(5.3%) | 4 (3.5%) | 113 100% |

РЕЗЮМЕ

Состояние моторно-эвакуаторной функции желудка при сочетанных язвенных поражениях

Мамчич В.И, Гвоздяк М.М., Плешко О.С.

Описаны результаты изучения двигательной активности желудка у 113 больных с комбинированными язвенными поражениями. Сделан вывод, что преобладающим типом моторной активности желудка при комбинированных язвенных поражениях является гиперкинетический. Наибольшие нарушения сокращающей функции желудка коррелируют с такими же глубокими изменениями тонуса и эвакуаторной его функции.

SUMMARY

The state of the kinetic-evacuatorial function of the stomach in combined ulceric disorders

V.I. Mamchych, M.M. Hvozdiak, O.S. Pleshko

113 patients have been observed aged from 38 to 78 with the combined ulceric disorders of the stomach and the duodenum. All patients were thoroughly examined using the complex of general clinical, biochemical and instrumental methods, mechanogastrography, electrogastrography. The results of the examination showed that the major type of kinetic activity of the stomach in conditions of combined ulceric diseases is a hyperkinetic; major disorders of the compressive function of the stomach correlate with the similar changes of its tension and evacuatorial functions .
