

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ім. І. Я. Горбачевського

Д Р О З Д ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ

УДК 616-089.168.1-06:616.34-009.11]-083-08

КОМПЛЕКСНА КОРЕКЦІЯ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНИХ ПОРУШЕНЬ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ
ШЛУНКА І ВАГОТОМІЇ

14.01.03 - хірургія

А в т о р е ф е р а т
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Тернопіль – 2000

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Тернопільській державній медичній академії ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор Хоромський Леонід Миколайович
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського
МОЗ України, професор кафедри
хірургії факультету після-
дипломної освіти

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, заслужений лікар України Боровий Євгеній Максимович,
Рівненська обласна клінічна лікарня МОЗ України, завідувач відділення хірургічної інфекції
та проктології;

доктор медичних наук, професор, лауреат Державної премії України Мітюк Іван
Ілліч, Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова, завідувач
кафедри госпітальної хірургії.

Провідна установа:

Київська медична академія післядипломної освіти МОЗ України.

Захист відбудеться 28 вересня 2000 року о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 58.601.01 у Тернопільській державній медичній академії ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1).

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Тернопільської державної медичної академії за адресою: 46001, м. Тернопіль, вул. Руська, 12.

Автореферат розісланий 25 серпня 2000 року

Вчений секретар спеціалізованої вченої ради,
доктор медичних наук, професор

Я.Я. Боднар

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. За останні 30 років характер оперативних втручань при виразковій хворобі значно змінився. Поряд з класичною резекцією шлунка за Більрот –I, Більрот-II в останні десятиріччя проводяться різного роду органошадячі операції на шлунку і ваготомії (Л.Я.Ковальчук, І.Я.Дзюбановський., 1991 ; М.Г.Шевчук та ін.,1994; Мітюк І.І., 1996).

В той же час, функціональні моторно-евакуаторні порушення після резекції шлунка і ваготомії спостерігалися за даними різних авторів у 30-50% оперованих хворих. (Ю.М.Полоус,1980; Е.М.Боровий та ін.,1995; В.Т.Зайцев та ін.,1998; В.І.Мамчич та ін.,1998; М.А.Наyes, 1995; I.Clein, V.Go, 1996).

Це обумовлено перш за все тим, що у деяких пацієнтів денервація шлунка при ваготоміях і порушення фізіологічних взаємовідношень між шлунком і кишкою при резекціях шлунка, обумовлюють послаблення чи посилення моторики шлунково-кишкового комплексу , що призводить до виникнення післярезекційних і післяваготомних розладів.

Лікування цих порушень моторики проводиться шляхом медикаментозної і дієтичної терапії (А.И.Горбашко, 1992; Л.С.Василевская, 1996). Одним з найпоширеніших середників є даларгін, однак його вплив на моторику шлунка і кишки в літературі висвітлений недостатньо (Л.Н.Хоромский,1992).

Вплив різних харчових речовин на моторну функцію шлунка та порожнистої кишки, за літературними даними (П.Д.Черпак, С.Д. Гройсман, 1990;Л.Н.Хоромский,1995), вивчався в основному в експерименті або у хворих при виразковій хворобі до операції. Значно рідше зустрічаються праці про дію харчових речовин на моторику кукси шлунка і відвідної петлі кишки. в післяопераційному періоді. Синхронні дослідження дії харчових речовин одночасно на моторику кукси шлунка і відвідної кишки в літературі зустрічаються рідко.

А тому перспективним є подальше вивчення механізмів евакуації, характеру встановлення моторики і секреції, а також синхронної дії харчових продуктів і медикаментозних середників на моторно-евакуаторну функцію шлунка, дванадцятипалої та відвідної петлі тонкої кишки після резекції шлунка і ваготомії.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана у відповідності з планами науково-дослідних робіт кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Тернопільської державної медичної академії і є фрагментом планової наукової роботи: “Оптимізація хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки” (№ держреєстрації - 01.9100363781). Виконував фрагмент планової науково-дослідної роботи на тему: “Оцінка стану моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту після резекції шлунка і ваготомії”.

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу шляхом розробки способів корекції функціональних моторно-евакуаторних порушень після резекції шлунка і ваготомії.

Задачі дослідження.

1. Дослідити в синхронному режимі моторно-евакуаторну та секреторну функції шлунково-кишкового сегменту в різні строки після резекції шлунка за методом Більрот-II в модифікаціях Гофмейстера-Фінстерера і Гаккер-Бальфура і селективної проксимальної ваготомії (СПВ) з дренуючими операціями.
2. Вивчити вплив даларгіну на моторно-евакуаторну функцію шлунка, дванадцятипалої і відвідної петлі кишки у хворих з виразковою хворобою в післяопераційному періоді.
3. Розробити показання і методику харчової та медикаментозної (даларгіном) корекції функціональних післяопераційних розладів з врахуванням типів моторно-евакуаторних порушень шлунково-кишкового комплексу після резекції шлунка і ваготомії.

Об'єкт дослідження.

Хворі на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки.

Предмет дослідження.

Моторно-евакуаторна і секреторна функція шлунка, дванадцятипалої і відвідної петлі тонкої кишки після резекції шлунка і ваготомії.

Методи дослідження.

Балонотензіокінезіографічний для визначення тонусу і моторики шлунка, дванадцятипалої і відвідної петлі тонкої кишки, рН-метричний для визначення кислотності шлунка, рентгеноскопичний для вивчення евакуації, фіброгастроскопічний для вивчення морфологічного стану шлунка і дванадцятипалої кишки..

Наукова новизна одержаних результатів. У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової задачі, що виявляється в одержанні нових показників про взаємозв'язки та взаємозалежність між моторною функцією кулки шлунка і відвідної петлі кишки, моторної функції шлунка та дванадцятипалої кишки при вивченні їх в єдиному комплексі у хворих після оперативних втручань з приводу виразкової хвороби.

Отримані нові дані про механізми евакуаторної функції шлунка після резекції за методом Більрот-II і після селективної проксимальної ваготомії з дренуючою операцією. Встановлено, що евакуація шлункового вмісту знаходиться в тісному взаємозв'язку з моторною функцією шлунка і відвідної петлі тонкої кишки, які розглядаються в комплексі, як єдине ціле- шлунково-кишковий сегмент.

Встановлення механізмів евакуаторної функції кулки шлунка дало змогу виявити залежність виникнення функціональних пострезекційних і постваготомних ускладнень від типів

моторної функції шлунка, дванадцятипалої і відвідної петлі тонкої кишки, характеру та сили її скорочення.

Запропонована методика корекції функціональних моторно-евакуаторних порушень шлунково-кишкового сегменту після резекції шлунка і ваготомії даларгіном (А.С. А61к38/00 № 95083884 від 17.02. 1998).

Науково обгрунтовані методи дієтичної корекції і корекції даларгіном післярезекційних і післяваготомних функціональних розладів.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблено і впроваджено в клінічну практику три варіанти режимів харчування при різних типах моторно-евакуаторних порушень кукси шлунка, дванадцятипалої і відвідної петлі тонкої кишки після резекції шлунка і ваготомії.

Впроваджений в клініці спосіб корекції моторної функції шлунка і дванадцятипалої кишки після резекції шлунка і ваготомії даларгіном.

Розроблені та впроваджені в стаціонарах Тернопільської та Рівненської областей способи комплексної корекції моторно-евакуаторних порушень після резекції шлунка і ваготомії дозволили в три рази зменшити частоту післярезекційних і післяваготомних функціональних розладів.

Особистий внесок здобувача. 1.Здобувачем здійснено розробку основних теоретичних і практичних положень роботи. Самостійно проведено вивчення моторно-евакуаторної та секреторної функції шлунка і дванадцятипалої і відвідної петлі тонкої кишки у 137 хворих після різних операцій на шлунку. За участю дисертанта проліковано та оперовано 89 (64,9%) з 137 обстежених. Автором проведено аналіз і узагальнення результатів дослідження, сформульовано усі положення і висновки та впроваджено в практику методичні рекомендації.

2. Розроблені варіанти дієтичних режимів харчування, які корегують моторику при пострезекційних і постваготомних функціональних порушеннях.

3. Самостійно провів вибірку і статистичну обробку аналізів і узагальнення одержаних результатів дослідження, співставив основні положення роботи, висновки та практичні рекомендації.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації доповідались на Міжнародній конференції “Актуальні питання морфології” (м.Тернопіль,1996), науковій конференції “Здобутки клінічної та експериментальної медицини” (м. Тернопіль, 1996), на спільному засіданні кафедр хірургії ФПО, факультетської хірургії, топографічної анатомії, шпитальної терапії №2 Тернопільської медичної академії (1999).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 10 наукових праць, із них - 4 в фахових наукових виданнях. Отримано патент на винахід.

Структура дисертації. Дисертація викладена на 185 сторінках і складається із вступу, шести розділів, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій та списку використаних джерел літератури (всього - 228). Робота ілюстрована 76 рисунками та 25 таблицями.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Об'єкт, методи та методологія дослідження. За період з 1992 по 1999 роки на базах міських лікарень № 2 і №3 м. Тернополя, обласної лікарні і відділкової лікарні Львівської залізниці м. Рівного дослідження секреторної, моторної і евакуаторної функції шлунка, дванадцятипалої і відвідної петлі кишки до операції і в строки 14-21 день, 3-6 місяців, 1-3 роки після операції проведені у 137 хворих, а саме прооперованих з приводу виразки шлунка у 37 хворих, виразки дванадцятипалої кишки (ДПК) у 97 і у 3 хворих була подвійна локалізація виразки. Тривалість захворювання коливалась від 1 до 16 років. Чоловіків було 114 (86%), жінок - 23 (14%). Вік хворих - від 16 до 70 років.

З 137 хворих, що перенесли операції на шлунку у 51 – за методом Більрот -II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера, у 41 - за Більрот - II в модифікації Гаккер-Бальфура, у 45 – була проведена селективна проксимальна ваготомія з адекватною дренажною операцією.

Одночасну реєстрацію скоротливої діяльності і тонушу шлунка, дванадцятипалої і відвідної петлі тонкої кишки досліджували балонотензіокінезіографічним методом у 137 оперованих хворих. Застосована п'ятизондова, двобалонова методика вивчення секреторної і моторної функції кукси шлунка, дванадцятипалої і відвідної петлі тонкої кишки в єдиному комплексі та дії на неї деяких харчових речовин і даларгіна. Дослідження секреторної функції шлунка проводилось рН-метричним методом у 118 хворих в різні терміни після операції (14-21 день, 3-6 місяців, 1-3 роки) і у 30 хворих до операції.

Крім цього застосовувались рентгеноскопічний, фіброгастроскопічний методи дослідження, а також загально-клінічні лабораторні дослідження.

Основні результати дослідження. Дослідження скорочувальної функції шлунка і стану евакуації у хворих I групи (51 хворий), що перенесли резекцію шлунка за методом Більрот-II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера показали, що на 14 – 21 добу після операції спостерігалось достовірне послаблення моторної діяльності кукси шлунка. Так лише слабкі перистальтичні скорочення кукси шлунка спостерігались у 58,8% прооперованих хворих, при цьому спостерігався виключно аритмічний характер скорочень. Тонус кукси шлунка достовірно низький. ($42,4 \pm 2,3$ мм.вод.ст.), але вираженої атонії не спостерігали в жодному випадку. (нижче 60-30 мм.вод.ст.)

Моторна функція відвідної петлі кишки характеризувалася безперервним типом скорочень. Амплітуда перистальтичних хвиль коливається в широких межах – від 10 до 70 мм.вод.ст., а тонус

від – 40 до 160 мм.вод.ст.,. У 12% хворих виявлено стійкий гіпертонус, що супроводжувався рідкими аритмічними скороченнями.

При рентгенологічному дослідженні встановлено безперервно-прискорений тип евакуації у 70,6% хворих, порційно-ритмічний – у 17,6 % і сповільнений – у 11,8 %. Клінічно цей період характеризувався переважанням у хворих ознак різного ступеню важкості демпінг-синдрому.

Через 3–6 місяців після резекції шлунка за Більрот-II у модифікації Гофмейстера-Фінстерера відмічалася поступова нормалізація моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового комплексу. При цьому нормотонус виявлено у 45,1% хворих, гіпотонія залишалася у 37,2% і відповідно гіпертонус – у 17,6% хворих. Відновлення періодичної моторної діяльності відвідної петлі кишки спостерігалось у 29,4% хворих, безперервний тип скорочень – у 58,8% і сповільнений – у решти хворих.

Порційно-ритмічний – найбільш вигідний тип евакуації спостерігався у 43,1% хворих, безперервно-прискорений – у 39,2% хворих.

У строки від одного до трьох років встановлення задовільної моторної функції спостерігалось у 2/3 хворих, при цьому порційно-ритмічний тип евакуації відмічено у 19,6 % пацієнтів.

Таким чином, ранній післяопераційний період і в строки від 3-х до 6-ти місяців після резекції шлунка за Гофмейстером-Фінстерером характеризується посиленням моторики шлунково-кишкового комплексу за рахунок гіпомоторики кукси шлунка і гіпермоторики дезадаптованої відвідної петлі тонкої кишки, що проявляється у переважанні безперервно-прискореного типу евакуації і клінікою демпінг-синдрому. Відновлення евакуаторної функції у 70% хворих відбувається через 1 – 3 роки після операції, коли вірогідно завершується процес адаптації відвідної петлі тонкої кишки до нових анатомо-фізіологічних взаємовідношень.

У хворих II групи (41 хворий), що перенесли резекцію шлунка за Більрот-II у модифікації Гаккера-Бальфура стан моторики кукси шлунка (14 – 21 день) був близьким до I групи хворих, однак моторна функція відвідної петлі кишки у 39% хворих носила безперервно-періодичний, у 20% – періодичний і у 39% – безперервний характер. При цьому у порівнянні з I-ю групою характер евакуації залишався більш благоприємним за рахунок відносного зменшення кількості гіпермоторики відвідної петлі кишки. Так сповільнений тип евакуації спостерігався у 31,7% хворих, порційно-ритмічний – у 22% і безперервно-періодичний – у 46,3%. Клінічні прояви демпінг-синдрому відмічалися лише у 1/3 хворих.

У період з трьох до шести місяців спостерігалось відновлення моторики кукси шлунка. Скорочення відвідної петлі тонкої кишки характеризувалися відновленням періодичної моторної діяльності, що відмічалось у 68% хворих і відповідно відобразилося на характері евакуації за порційно-ритмічним типом і спостерігався у 64% хворих, а сповільнений – у 22% хворих.

В строки від 1 до 3 років після операції порційно-ритмічний характер евакуації був виявлений у 80% пацієнтів.

У хворих III групи (45 хворих), що перенесли СПВ з дренажною операцією в строки 14–21 доба після операції, відмічалось більш благоприємне відновлення моторики в порівнянні з резекційними методами, що характеризувалося встановленням нормотону (134±4,4 мм.вод.ст.), частоти і амплітуди кишкових скорочень у 56 % хворих, періодичної моторної діяльності дванадцятипалої кишки у 50% хворих, у 30% – безперервно-прискорений і у 20% – безперервно-періодичний. Характер евакуації відповідно був порційно-ритмічним у 52%, сповільнений – у 36%. Клінічно ознаки демпінг-синдрому були виявлені лише у 10% хворих.

Через 3-6 місяців відбувалося достовірне відновлення моторно-евакуаторної функції шлунка і дванадцятипалої кишки у 86 % хворих, при цьому тонус шлунка (126,3±4,6 мм.вод.ст.) відновився у (93,3%) хворих. Моторна функція дванадцятипалої кишки у 84,4% хворих мала періодичний характер, а у решти безперервно-періодичний.

Найбільш благоприємний порційно-ритмічний тип евакуації спостерігався у 80% хворих, у 8,9 % - безперервно-прискорений і у 11,1% -сповільнений. Через 1-3 роки після операції відмічався порційно- ритмічний тип евакуації у 91,1 % хворих.

Таким чином, найбільш благоприємний тип оперативних втручань в плані відновлення моторно-евакуаторної функції, є органозберігаючі оперативні втручання, де процес відновлення моторно-евакуаторної функції відбувається в основному в перші 3-6 місяців після операції, а в більш ранні строки характерно пригнічення скоротливої функції з відповідним сповільненням евакуації.

При резекційних методах оперативного втручання характерне більш повільне відновлення моторно-евакуаторної функції. У ранніх стадіях після резекції за Б-І в модифікації Гофмейстера-Фінстерера спостерігається різке порушення евакуації, що характеризується дискординованою гіпомоторикою шлунка в поєднанні з гіпермоторикою відвідної петлі тонкої кишки, що супроводжується безперервним типом евакуації.

Вивчення секреторної функції шлунка показало що, резекція за способом Більтрот-ІІ в різних модифікаціях у 68% оперованих хворих призвела до значного зниження продукції соляної кислоти та перетравлюючої дії травного соку, про що свідчили низькі показники дебіт- часу соляної кислоти та кількості пепсину, загальної кількості шлункового соку.

На 14-21 добу після операції загальна кислотність в базальній фазі секретії в середньому була рівна 1,3±0,06 ммоль, а в нейрогуморальній фазі- 3,6 ±0,4 ммоль, дебіт-час вільної соляної кислоти був 0,5 ±0,02 ммоль та після гістаміну відповідно 2,0±0,1 ммоль.

В терміні через 3-6 місяців після резекції відмічено зниження всіх показників секреторної та кислотоутворюючої функції кукси шлунка в межах 10-15% в порівнянні з показниками, отриманими в строки 14-21 добу після операції.

За даними рН-метрії на 14-21 добу після резекції шлунка анацидний стан виявлено у 62,4%, а через 3-6 місяців- у 65,2% хворих. При застосуванні гістамінового тесту в строки 14-21 доба і 3-6 місяців після операції анацидний стан спостерігався відповідно у 15,2% і 15,8% випадках. Наявність пристінкової кислоти в куксі шлунка розглядається нами як позитивний чинник в світлі покращання шлунково-кишкового травлення та впливу на евакуацію шлункового вмісту з кукси шлунка в порожнисту кишку.

Дослідження дії різних харчових речовин на моторну функцію шлунка, дванадцятипалої і відвідної петлі тонкої кишки (Л.М. Хоромський, 1986) показали, що всі вивчені харчові речовини по характеру дії можна розділити на три групи: збуджувальні, гальмівні і ті, що здійснюють слабкий вплив на моторну функцію шлунка і відвідної петлі тонкої кишки.

Виходячи з цього, для корекції основних порушень моторики у хворих в післяопераційному періоді були розроблені наступні режими харчування в ранні строки після резекції шлунка за Більрот-II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера, що характеризується гіпомоторикою кукси шлунка і безперервно-прискореним типом евакуації відвідної петлі тонкої кишки 70,6% хворих, і після резекції шлунка за Більрот-II в модифікації Гаккер-Бальфура 46,3% рекомендуємо другий режим харчування. Хворим цієї групи необхідно включати в харчовий раціон продукти, які пригнічують скорочувальну функцію дванадцятипалої кишки і верхнього відділу тонкого кишечника та сприяють відновленню періодичного характеру кишкових скорочень, найбільш вигідного у функціональному відношенні.

В дієту повинні включатися: свіжий сир, рисовий відвар, яйце, пшеничний хліб. Якщо хворі задовільно переносять вживання вуглеводів (проба з глюкозою), то їм можна рекомендувати вживати солодкі страви - компот, кисілі..

Хворі можуть вживати каші, круп'яні і овочеві протерті супи, овочеві пюре, яблуневе пюре, кефір, мед.

Необхідно виключити з дієти м'ясний та рибний бульйони, м'ясо краще рекомендувати у відвареному вигляді. Також забороняється вживання збуджуючих моторну функцію шлунка і кишки фруктово-овочевих соків: вишневий, томатний, капустяний сік, спиртні напої, а також житній хліб та борщ із кислої капусти. Повністю виключається з дієти свиняче сало та вершкове масло. Останнє можна приймати при готуванні страв.

Зазначений режим харчування хворих при збуджувальному типі моторної функції відвідної петлі кишки сприяє нормалізації евакуаторної функції і має профілактичне та лікувальне значення

при демпінг-синдромі, діареї і ряді інших диспептичних розладів. Спеціальні дієти з метою корекції моторної функції повинні призначатися саме менше на 3 місяці.

При сповільненому типі евакуації, що відмічався у 11,8% хворих після резекції шлунка за Гофмейстером-Фінстерером, у 32,7% хворих за Гаккер-Бальфуром і у 36,1% хворих після СПВ з дренажними операціями в строки від 14-21 день після операції рекомендується перший режим харчування. В дієту повинні входити харчові речовини, які стимулюють моторну функцію: м'ясний та рибний бульйони, відварене м'ясо, борщ зі квашеної капусти, з соків можна рекомендувати томатний, вишневий, капустияний сік, також дозволяється вживання житнього хліба.

Хворим цієї групи можна включати в дієту каші на воді, морквяне та картопляне пюре, кефір.

Необхідно виключити із харчового раціону продукти пригнічуючої дії: цільне молоко, сир, вуглеводи у вигляді солодкої рідини. Що стосується жирів, то цим хворим можна вживати вершкове та рослинне масло в малих дозах.

Наведений режим харчування сприяє відновленню тонуса і скорочувальної функції шлунка і відповідної петлі тонкої кишки.

Третій режим харчування рекомендується у хворих з порційно-ритмічним типом евакуації, що мав місце через 14- 21 добу у 17,6% хворих I групи, 20% II групи і 86% III групи.

Хворі цієї групи, як правило, не потребують призначення спеціальних дієт. Їх харчування повинно бути різнобічним, необхідно лише притримуватись загальних правил (частий прийом їжі у теплом вигляді невеликими порціями, обмеження жирів, вуглеводів).

У кожному конкретному випадку необхідно підходити до розробки дієт хворих після резекції шлунка і ваготомії індивідуально з урахуванням наявних диспептичних розладів, ступені тяжкості функціональних ускладнень, характеру порушень скорочувальної і тоничної функції кулки шлунка і відповідної петлі тонкої кишки та тривалості евакуації шлункового вмісту.

Крім цього, для профілактики і лікування функціональних ускладнень після резекції шлунка і ваготомії розроблені показання і спосіб корекції порушень моторно-евакуаторної функції шлунка, дванадцятипалої і відповідної петлі тонкої кишки після резекції шлунка і ваготомії препаратом даларгін. З цією метою проведені дослідження його дії на моторну функцію шлунка, дванадцятипалу і відповідну петлю тонкої кишки до і після операції.

Були отримані такі дані: даларгін в дозі 1 мг, введений внутрим'язево здійснює нормалізуючий вплив на скорочувальну функцію дванадцятипалої і відповідної кишки. При гіперкінетичних скороченнях відбувається зниження амплітуди коливань на 20 - 30 мм вод. ст. (0,19-0,29 кПа.), а при акінезії і гіпокінезії навпаки - посилення моторної функції. Тонус шлунка відповідно знижується при гіперкінезії і підвищується при акінезії. В дванадцятипалій кишці даларгін впливає аналогічно, як в шлунку, тобто нормалізуючим чином, і що дуже важливо, переводить

безперервні скорочення в періодичні, найбільш вигідні у функціональному відношенні. Даларгін рекомендується для корекції як при прискоренні, так і при сповільненні моторної функції шлунка і відвідної петлі тонкої кишки.

З 44 хворих, обстежених через 3 - 6 місяців та більше року після резекції шлунка без проведення корегуючої дієтичної терапії, безперервний тип евакуації виявлений у 19 (43,2%) хворих, з них у 5 (11,3%) випорожнення кукси шлунка закінчувалось протягом 5 хвилин. В групі хворих (40), яким проводилась цілеспрямована корегуюча дієтична терапія з врахуванням показників секреторної і моторно-евакуаторної функції кукси шлунка і відвідної петлі тонкої кишки, безперервний характер евакуації спостерігався в 2,5 рази рідше, ніж в першій групі. Безперервно-прискорене "блискавичне" випорожнення зустрічалось лише у 1 хворого, в 5 раз рідше, ніж без корекції моторики.

Значні відмінності в показниках мали місце і в групі хворих з функціональною затримкою евакуації. Без корекції моторики уповільнена евакуація контрастної суміші спостерігалась у 7 (14,8%) хворих, а відповідно у другій групі, де проводилась корекція, затримка випорожнення функціонального характеру зустрілась у 2 (5%) хворих, в 3 рази рідше, ніж в першій групі.

Порційний характер евакуації, найбільш вигідний у функціональному відношенні, спостерігався у 18 (42%) хворих без корекції моторики та у 31 (75,9%) в групі хворих, де корекція проводилась. Оптимальними термінами для початку корегуючої терапії рахувати 3 - 4 тижні після операції, на протязі яких йде відновлення та формування характеру моторної функції кукси шлунка і відвідної петлі кишки.

Через 3 - 6 місяців після операції демпінг-синдром в групі хворих, яким проводилась дієтична корекція моторної і секреторної функції кукси шлунка і відвідної петлі кишки, спостерігався в 3 рази рідше ніж в групі хворих, яким корекція моторики не проводилась.

Це вказує на те, що дієтична корегуюча терапія повинна призначатися в перший період після операції, коли немає стійких органічних змін зі сторони кукси і відвідної петлі тонкої кишки. Якщо не врахувати хворих з демпінг-синдромом, що зустрічаються в ранній період після операції, то в групі хворих, обстежених через 3 - 6 місяці та більше року після операції, яким не проводилась корегуюча терапія, демпінг-синдром спостерігався у 17 чоловік (32,7%), а в групі хворих, де корекція проводилась, демпінг-синдром був встановлений у 6 чоловік (13,9%). Ці показники вказують на те, що цілеспрямована дієтична корекція секреторної і моторної функції кукси шлунка і відвідної петлі тонкої кишки має значення для профілактики пострезекційних функціональних ускладнень: атонічно-гіпокінетичного синдрому, демпінг-синдрому, діареї та функціонального синдрому привідної петлі.

Таким чином, проведені дослідження показали, що режим харчування хворих після резекції шлунка і ваготомії з приводу виразкової хвороби, які проводилися з урахуванням показників

моторно-евакуаторної функції кукси шлунка і відвідної петлі тонкої кишки є важливими профілактичними і лікувальними заходами при різних функціональних ускладненнях після операції.

ВИСНОВКИ

1. У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової задачі, що виявляється в комплексній корекції моторно-евакуаторних порушень після резекції шлунка і ваготомії з врахуванням типів моторики і секреції шлунково-кишкового комплексу, що суттєво зменшує частоту післяопераційних розладів і покращує функціональні результати хірургічного лікування виразкової хвороби.

2. Після резекції шлунка в модифікації Гофмейстера-Фінстерера в строки 14 – 21 доба після операції встановлюється гіпомоторика кукси шлунка і гіпермоторика відвідної петлі тонкої кишки, що характеризується безперервно-прискореним типом моторики. На протязі 3 – 6 місяців і 1 – 3 років відновлення моторики до нормального (періодичного) типу спостерігається у 2/3 пацієнтів.

3. Резекція шлунка в модифікації за Гаккером-Бальфуром в строки 14 – 21 доба супроводжується відносним зниженням гіпомоторики відвідної петлі тонкої кишки. В строки від трьох до шести місяців відновлення періодичної моторної діяльності виявлено у 68% оперованих, а в строки від 1 до 3 років – у 80%.

4. Селективна проксимальна ваготомія з дренажною операцією в строки 14 – 21 доба після операції супроводжується у 52% оперованих порційно-ритмічним і у 36 % сповільненим характером евакуації. Через 3 – 6 місяців і 1 – 3 роки відновлення моторно-евакуаторної функції шлунка і дванадцятипалої кишки відмічено відповідно у 86% і 91,1% випадків.

5. Після резекційних методів операцій спостерігається значне зниження секреції та кислотності шлункового соку. Через три тижні після операції дебіт-час вільної соляної кислоти в середньому на гістамін становить $1,6 \pm 0,1$ ммоль/л, через 3 – 6 місяців відповідно $1,2 \pm 0,05$ ммоль/л.

6. Залежно від стану моторної функції шлунка, дванадцятипалої і відвідної петлі кишки рекомендується три варіанти дієтичної корекції моторики: перший - при безперервному типі скорочувальної функції відвідної петлі кишки, збуджувальному характері моторики шлунка та прискореній евакуації шлункового вмісту (демпінг-синдром, ентерогенний синдром, діарея та ін.); другий - при послабленій збереженій функції шлунка і відвідної петлі кишки та уповільненій евакуації шлункового вмісту; третій - при задовільному відновленні моторики шлунка та періодичному типі скорочень відвідної петлі кишки, порційній евакуації.

7. Даларгін є універсальним коректором при збуджувальному і гальмівному типах моторної функції шлунка дванадцятипалої і відвідної петлі тонкої кишки.

8. Комплексна корекція функціональних розладів з врахуванням порушень секреторної і моторно-евакуаторної функції шлунка, дванадцятипалої і відвідної петлі тонкої кишки дозволила зменшити частоту післярезекційних і післяваготомних ускладнень в три рази, в порівнянні з групою хворих лікованих традиційним способом.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Рекомендується вдосконалений п'ятизондовий балоноелектрогастроєюно-графічний метод вивчення дії харчових речовин одночасно на моторну функцію шлунка, дванадцятипалої і відвідної кишки.

2. Запропоновано застосування універсального коректора даларгіну в дозі 1мг внутрішньом'язово протягом трьох місяців.

3. В комплексному дослідженні хворих після резекції шлунка і ваготомії з приводу виразкової хвороби рекомендується застосовувати метод синхронного дослідження моторної функції шлунка і відвідної петлі кишки та вплив на неї різних харчових речовин.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Диетическая коррекция моторно-эвакуаторных нарушений после резекции желудка и ваготомии /Дрозд В.И., Банадига И.Ф., Головатый В.Н., Хоромский Л.Н. // Вісник наукових досліджень. - 1998.- № 1-2.- С. 67 - 68.
2. Корекція моторно-евакуаторних порушень після резекції шлунку і ваготомії /Хоромський Л.М., Дрозд В.І., Головатий В.М., Бойчак М.В. // Шпитальна хірургія. - 1998. - № 2. - С. 52 - 54.
3. Медикаментозна корекція моторно-евакуаторних порушень, що виникають після виконання резекції шлунка і ваготомії /Головатий В.М., Банадига І.Ф., Вардинец І.С., Дрозд В.І. // Клінічна хірургія. - 1998. - № 8.- С. 9-10.
4. Дрозд В.И. До обоснования диетической коррекции моторно-эвакуаторных нарушений после резекции желудка и ваготомии // Вісник наукових досліджень. -1998.- № 5-6.- С. 13-14.
5. Банадига І.Ф., Головатий В.М., Дрозд В.І. Корекція моторної і секреторної функції шлунку і дванадцятипалої кишки при виразковому пілоростенозі // Вісник наукових досліджень. - 1998. - № 1- 2. - С. 68 - 69.
6. Головатий В.М., Банадига І.Ф., Дрозд В.І. Обґрунтування медикаментозної терапії моторно-евакуаторних порушень після резекції шлунку і ваготомії. // Вісник наукових досліджень. - 1998. - № 1 - 2. - С. 67.
7. Патент 22191А, Україна, МПК А61К38/00. Спосіб корекції функції шлунка і дванадцятипалої кишки після резекції шлунка і ваготомії/ Хоромський Л.М., Дрозд В.І., Скальський Т.Я. – Тернопільський державний медичний інститут ім акад. І.Я. Горбачевського. – №21191А; заявлено 22.08.95; Опубл. 30.06.98; Бюл. №3.

8. Дрозд В.И. Действие тормозящих пищевых веществ на моторную функцию желудка и отводящей петли кишки после резекции и ваготомии // Матеріали міжнародної конференції “Актуальні питання морфології”. - Том I. –Тернопіль, 1996. - С. 237 - 238.
9. Дрозд В.И. Влияние некоторых пищевых веществ на моторную функцию желудка, двенадцатиперстной и соответствующей петли кишки после резекции и ваготомии // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. - Тернопіль, 1996. - Том I.- С. 164 - 166.
10. Механізми евакуації після резекції шлунка і ваготомії /Хоромський Л.М., Дрозд В.І., Скальський Т.Я., Олесків В.І., Носко І., Масюк Л.Р. // Матеріали міжнародної конференції “Актуальні питання морфології”. - Тернопіль, 1996. - Том III. - С. 670 - 672.
11. Медикаментозна і дієтична профілактика постгастрорезекційних і постваготомних функціональних ускладнень /Хоромський Л.М., Дрозд В.І., Скальський Т.Я., Олесків В.І., Любунь В.М., Носко І.П., Масюк Л.Р. // Матеріали міжнародної конференції “Актуальні питання морфології”. - Том III. – Тернопіль, 1996. - С. 667 - 669.

АНОТАЦІЯ

Дрозд В.І. Комплексна корекція моторно-евакуаторних порушень після резекції шлунка і ваготомії. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 - хірургія. – Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, 2000.

Дисертація присвячена питанням профілактики і лікування постгастрорезекційних і постваготомних функціональних ускладнень після резекції шлунка і ваготомії. Одержано результати клінічних, гастродуоденоєнографічних, рН-метричних, ендоскопічних, рентгенологічних досліджень, які дозволили виявити механізми евакуаторної функції шлунка після резекції за методом Більтрот - II, а також після селективної проксимальної ваготомії з дренажною операцією. Встановлено, що евакуація шлункового вмісту знаходиться в тісному взаємозв'язку з моторною функцією шлунка і відповідної петлі кишки, які розглядаються одночасно в єдиному комплексі. Це дозволило виявити, що пострезекційні і постваготомні функціональні ускладнення залежать від поєднання типів моторики шлунка і відповідної петлі кишки.

Встановлено що даларгін є універсальним коректором при збуджувальному і гальмівному типах моторної функції шлунка дванадцятипалої і відповідної петлі тонкої кишки.

На основі отриманих даних обґрунтовано доцільність і патогенетичність застосування дієтичної корекції і корекції даларгіном порушень моторно-евакуаторної функції шлунка, дванадцятипалої і відповідної петлі кишки для профілактики пострезекційних і постваготомних функціональних ускладнень.

Рекомендовано три варіанти дієтотерапії, в залежності від показників моторики. Харчові продукти підбираються з урахуванням стимулюючої та гальмуючої дії на моторику шлунка і відповідної петлі кишки, що дозволило зменшити частоту функціональних ускладнень в три рази після резекції шлунка і ваготомії.

Ключові слова: резекція шлунка, ваготомія, моторно-евакуаторна функція, комплексна корекція.

АННОТАЦІЯ

Дрозд В.И. Комплексная коррекция моторно-эвакуаторных нарушений после резекции желудка и ваготомии. - Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 - хирургия. – Тернопольская государственная медицинская академия им. И.Я. Горбачевского МЗ Украины, Тернополь, 2000.

Диссертация посвящена вопросам профилактики и лечения постгастрорезекционных и постваготомных функциональных осложнений после резекции желудка и ваготомии. Полученные результаты клинических, гастродуоденоюнографических, рН-метрических, эндоскопических, рентгенологических исследований позволили выяснить механизмы эвакуаторной функции желудка после резекции по способу Бильрот-II и после селективной проксимальной ваготомии с дренирующей операцией. Установлено, что тонус культи желудка вероятно низкий ($42,4 \pm 2,3$ мм.вод.ст.), но выраженной атонии не встречали ни в одном случае .

Моторная функция отводящей петли тонкой кишки характеризовалась непрерывным характером сокращений. Амплитуда перистальтических волн значительно колебалась (от 10 до 70 мм.вод.ст.), а тонус – от 40 до 160 мм.вод.ст. У 12% больных выявлено стойкий гипертонус, что сопровождалось редкими аритмическими сокращениями.

Через 3 – 6 месяцев восстановление периодической моторной деятельности отводящей петли тонкой кишки встречалось в 29,4% больных, непрерывный характер сокращений – 58,8% и замедленный – в остальных случаях.

В сроки от 1 до 3 лет возобновление удовлетворительной моторной функции встречалось в 2/3 больных, при этом порционно-ритмический характер эвакуации выявлено в 19,6% больных.

Во II группе пациентов (41) которые перенесли резекцию желудка по Б-II в модификации Гаккера-Бальфура состояние моторики культи желудка (14-21 день) приближалось к таковым в I группе больных, однако замедленный тип эвакуации встречался у 31,7% больных, порционно-ритмический- у 22% и непрерывно-периодический у 46,3% Клинические проявления демпинг-синдрома отмечались только у 1/3 пациентов.

В период с 3 до 6 месяцев имело место восстановление моторики культы желудка в 68% больных и соответственно отобразилось на характере эвакуации по порционно-ритмическому характеру и встречалось в 64%, а замедленный – в 22% случаев.

В сроки от 1 до 3 лет после операции порционно-ритмический характер эвакуации был выявлен в 80% больных.

У больных III группы (45 больных), которым выполнена селективная проксимальная ваготомия с дренирующей операцией в сроки 14-21 день после операции отмечено более благоприятное восстановление моторики по сравнению с резекционными типами операций, что характеризовалось восстановлением нормотонуса ($134 \pm 4,4$ мм.вод.ст.), частоты и амплитуды кишечных сокращений в 56% больных, периодической моторной деятельности двенадцатиперстной кишки в 50% больных, и в 30% – непрерывно-ускоренный, и в 20% – непрерывно-периодический.

Через 3–6 месяцев наступает восстановление моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки в 86% больных. Через 1-3 года после операции выявлен порционно ритмический тип эвакуации в 91,1% случаев.

Изучение секреторной функции желудка показало, что резекция по способу Бильрот-II в различных модификациях в 68% оперированных больных приводит к значительному снижению выделения соляной кислоты и перетравливающего действия желудочного сока, о чем свидетельствовали низкие показатели дебит-часа соляной кислоты и количества пепсина, общего количества желудочного сока.

Исходя из этого для коррекции основных нарушений моторики у больных в послеоперационном периоде были разработаны следующие режимы питания:

В ранние сроки после резекции желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера, которые характеризовались гипомоторикой культы желудка и непрерывно-ускоренным типом моторики отводящей петли тонкой кишки в 70,6% больных, после резекции желудка по Б-II в модификации Гаккера-Бальфура – 46,3% мы рекомендуем второй режим питания. Больным этой группы необходимо включать в рацион продукты, которые угнетают сократительную функцию двенадцатиперстной кишки и верхнего отдела тонкого кишечника, и способствуют восстановлению периодического характера кишечных сокращений.

При замедленном типе эвакуации, который отмечался в 11,8% больных после резекции желудка по Гофмейстеру-Финстереру, в 32,7% пациентов – по Гаккер-Бальфуру и в 36,1% случаев после селективной проксимальной ваготомии с дренирующими операциями в сроки от 14 до 21 дня после операции рекомендуется первый режим питания. В диету необходимо включать пищевые продукты со стимулирующим влиянием на моторную функцию.

Даларгин в дозе 1 мг, введенный внутримышечно положительно влияет на сократительную функцию двенадцатиперстной и отводящей петли тонкой кишки. При гиперкинетических сокращениях происходит снижение амплитуды колебаний на 20 – 30 мм.вод.ст. (0,19 – 0,29 кПа), а при акинези и гипокинезии наоборот – усиление моторной функции. Тонус желудка соответственно снижается при гиперкинезии и повышается при акинезии. В двенадцатиперстной кишке даларгин действует аналогично как в желудке, то есть переводит непрерывные сокращения в периодические, наиболее выгодные в функциональном отношении. Даларгин рекомендуется для коррекции как усиленной так и ослабленной моторной функции желудка и отводящей петли тонкой кишки.

Диетическая коррекция моторной функции желудка и отводящей петли кишки после операции позволяет уменьшить в три раза частоту функциональных осложнений после резекции и ваготомии.

Ключевые слова: резекция желудка, ваготомия, моторно-эвакуаторная функция, комплексная коррекция.

SUMMARY

Drozd V. I. Complex Correction Motor-Evacuating Breaches after Resections of Stomach and Vagotomy. - Manuscript.

Thesis for Candidate's Degree of Medical Sciences in Speciality 14.01.03 - surgery. Ternopol State Medical Academy named after I.Ya Gorbachevsky. Ministry of Health of Ukraine, Ternopol, 2000.

Thesis is devoted questions of preventive maintenance and treatments postgastroresectional and postvagotomical functional complications after resections of stomach and vagotomy. Obtain results of clinical, gastroduodenojejunalographic, pH-metric, endoscopic, roentgenological studies have allowed to realize mechanisms an evacuating function of stomach after resections according to Bilrot - II and after C.P.V. with drainig operation. To install that evacuation of the gastric contents bases in close-fitting intercoupling with motoring function of stomach and outlet loop of gut, which are considered in the united complex.

This has allowed to realize that postresectional and postvagotomical functional complications depend from types of combinations of stomach motoring function and conducting loops of gut.

Studied action of number of food materials and dalargin on motoring function of stomach simultaneously and conducting loops of gut. All food materials are divided on stimulant, braking and weakind action on motoring function.

For the preventive maintenance and treatment postresectional and postvagotomical functional complications are designed ways of diet correcting and correction with dalargin the breaching motor-evacuating functions stomach, duodenal and conducting guts.

Recommended three variants an diet therapy, depending from factors motor-evacuating functions of stomach and conducting loops of gut. Food materials were selected with the account stimulant and braking action on motoring function of stomach and conducting loops of gut.

Dietary correction of motoring function of stomach and conducting gut after operation allows to reduce in three times functional complication frequency after resections and vagotomy.

Key words: gastric resection, vagotomy, motor-evacuational function, complex correction.