

УДК 616. 341 — 007. 253.

ПРО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВСМОКТУВАЛЬНОЇ ТА МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЙ ТОНКОЇ КИШКИ У ХВОРИХ ІЗ ЗОВНІШНІМИ ТОНКОКИШКОВИМИ НОРИЦЯМИ

Плаксін Є. А., Антонюк С. М., Ахрамєєв В. Б., Головня П. Ф., Чуков А. Б., Свиридов М. В., Андрієнко І. Б., Міщенко С. В.

Дорожня клінічна лікарня на станції Донецьк,
Донецький державний медичний університет

Ключові слова: тонкокишкові нориці, всмоктувальна функція, моторно-евакуаторна функція.

Проблема лікування зовнішніх кишкових нориць до цього часу залишається надзвичайно складною. Лікуючи цю патологію, потрібно розв'язувати безліч завдань, серед яких важливе значення має оцінка стану основної функції тонкої кишки — усмоктувальної, особливо, у тісному взаємозв'язку її з моторно-евакуаторною функцією [1].

Відомо, що нормальна моторика кишечника відіграє важливу роль у підтримці високої активності мембранного травлення, а ослаблення перистальтики тонкої кишки може зумовити зменшення темпів цього процесу навіть у разі нормального ферментативного шару на поверхні слизової оболонки. Зміна моторної діяльності, що супроводжується прискореною евакуацією, у поєднанні із синдромом порушеного всмоктування і метаболічними розладами різного ступеня тяжкості — найтипівіші клінічні прояви хвороб тонкої кишки різної етіології, що ще раз підкреслює важливість вивчення зазначених вище функцій за наявності зовнішніх кишкових нориць, коли порушуються механізми цих функцій, а у разі повних нориць значна частина кишки взагалі не бере участі у процесі травлення [2, 3].

Існує думка [4], що одним з найважливіших чинників, які регулюють моторику тонкої кишки, є жовч, а її утрата спричиняє порушення періодичної рухової діяльності органа. Отже, в ураженій петлі всі функції різко пригнічені.

У клініці за останні 10 років лікувалися 67 хворих із зовнішніми норицями тонкої кишки: чоловіків — 41, жінок — 26. Віком від 21 до 69 років.

Розподіл нориць за видами був таким: не сформовані — 44 (неповні — 24, повні — 20), сформовані — 18 (губоподібні — 16, трубчасті — 2), штучні — 5; нориці проксимального відділу — 21, середнього відділу — 13, дистального відділу — 33.

Функцію усмоктування у тонкій кишці визначали за допомогою проби з Д-ксилозою [5], моторно-евакуаторну функцію — за власною методикою. Ми, подібно до деяких авторів [6], вирішили вивчати безпосередньо пропульсивну здатність тонкої кишки, а

не опосередковано її рухову функцію за допомогою визначення біопотенціалів. В основі нашого методу лежить вимірювання швидкості просування тонким кишечником спеціального ніпельного градуйованого зонда, оснащеного на кінці поролоновою муфтою. Зонд вводять через норицевий отвір у петлю кишки, у дистальному напрямку. Евакуаторну функцію проксимальної петлі вивчали за допомогою метиленої синьки, яку хворі приймали через рот.

У результаті дослідження в абсолютній більшості хворих (у 37) зареєстровано середню швидкість просування зонда (до 10 см/хв), у 18 хворих — мінімальну (до 5 см/хв), у 12 — максималну (11—20 см/хв). Звичайно, результати дослідження за допомогою барвника були більш наближеними.

Якщо зіставити дані, що стосуються пропульсії привідної та відвідної кишок, то перший показник зазвичай перевищував другий. Це можна пояснити, по-перше, збереженням перистальтики до місця нориці, по-друге, більшою активністю фрагмента кишки до місця її ушкодження.

Більш істотною нам видається оцінка взаємозв'язку всмоктувальної і моторно-евакуаторної функцій.

Спостереження виявили, що у разі несформованих повних нориць найнижчі показники усмоктування в більшості хворих були зумовлені, в основному, двома чинниками: значним зменшенням фізіологічної поверхні усмоктування і прискореною перистальтикою проксимальної петлі одночасно з мінімальною швидкістю дистальної.

У хворих із повними норицями середнього та дистального відділів тонкої кишки загалом співвідношення обох функцій було аналогічним, однак у міру наближення нориці до дистальних відділів кишки відзначалася тенденція до уповільнення перистальтики.

При неповних норицях різних відділів тонкої кишки функція всмоктування була порушена тим більше, чим швидшою була перистальтика, що, у свою чергу, залежала переважно від дебіту нориці.

Таким чином, за наявності несформованих нориць основними чинниками, котрі визначають стан усмоктувальної і моторної функцій тонкої кишки, були рівень нориці, його дебіт і швидкість перистальтики. Останній показник залежав також і від деяких ускладнень — наявності гнійного процесу в черевній порожнині (перитоніт, абсцес, особливо в зоні привідної петлі, ентерит). Перитоніт мали 6 хворих, міжпетельний абсцес — 5, ентерит — 9.

Наявність перитоніту зумовила пригнічення перистальтики, міжпетельний абсцес здебільшого спричиняв прискорення перистальтики і пропульсивної здатності кишки.

Крім того, у більшості хворих літнього віку, незалежно від виду нориць, всмоктувальна функція була виразно нижчою, ніж в інших вікових групах. Ми вважаємо це проявом атрофічних процесів у залозистому апараті кишки, хоча в деяких пацієнтів картина була зворотною: мінімальна швидкість перистальтики поєднувалася із незначними порушеннями усмоктування навіть у разі високого дебіту нориці. Мабуть, у цих хворих інволютивні процеси більшою мірою зачепили м'язовий апарат кишки, ніж залозистий, що позначилося на її пропульсивній здатності.

Щодо сформованих нориць, то названі вище показники були вже під впливом лікувальних заходів: закриття поролоном нориці, застосування спеціального зонда для повернення хімусу та ентерального харчування за наявності повних нориць проксимального і середнього відділів кишки. Як і слід було очікувати, ці заходи внесли певні корективи в початкові показники. У хворих із повними норицями як проксимального, так і середнього рівнів, зберігалася швидкість перистальтики проксимальної петлі і виразно «активізувалася» перистальтика дистальної. Залучення до процесу травлення всієї тонкої кишки зумовило поліпшення функції усмоктування у більшості хворих, за винятком тих, у кого тривав або уперше виник ентерит. Вікову особливість, яку відзначено вище, спостерігали і в цій групі хворих.

Оцінка взаємозв'язку всмоктувальної і моторно-евакуаторної функцій є одним з найважливіших моментів для розв'язання проблеми вибору тактики лікування хворих на зовнішні кишкові нориці. Цю оцінку покладено в основу критеріїв для призначення операції і визначення термінів її виконання. Насамперед це стосується хворих із несформованими норицями. У разі визначення у хворого нормальних

показників усмоктування чи з незначним порушенням оперативне втручання рекомендовано провести через 2—2,5 місяця від моменту виникнення нориці, особливо якщо її поява супроводжувалася широким перитонітом. У хворих зі значним порушенням усмоктування доцільні два варіанти розв'язання проблеми: якщо корекція функціонування нориці (закриття поролоном неповної нориці, застосування спеціального зонда для повернення хімусу і кишкове харчування за наявності повних нориць) можлива, то застосовують консервативне лікування; у разі неможливості такої корекції (непрохідність відвідної петлі, неможливість закриття нориці поролоном у глибокій порожнині, неможливість уведення спеціального зонда) здійснюють невідкладне оперативне лікування. У ході консервативного лікування хворих з нормальними чи незначно порушеними показниками усмоктування, контрольні дослідження виконують через 20—30 днів після первинного, для хворих зі значними порушеннями — через кожні три дні (всього 2—3 рази). При цьому, у разі виявлення погіршення показників, варто вдаватися до операції. Основним видом оперативного втручання є резекція кишки з норицею. Обсяг операції для кожного хворого має визначатися індивідуально, тобто бути адекватним захворюванню, стану організму тощо.

У випадках поширеної резекції кишки ми застосовуємо розроблений нами спосіб сповільнення тонкокишкового пасажу хірургічним шляхом (Деклараційний патент на винахід від 15.05.2001. Бюл. № 4).

Суть способу полягає в тому, що для сповільнення тонкокишкового пасажу перерізаємо поздовжній м'язовий шар стінки тонкої кишки у двох-трьох місцях і відразу ж зшиваємо перерізані краї між собою. Щоб запобігти відновленню безперервності поздовжнього м'язового шару та нервової провідності його, шви накладаємо таким чином, щоб проміж краями перерізаного м'язового шару інвагував край перерізаного серозного шару.

Таким чином, застосування запропонованого комплексу заходів, спрямованих на вивчення взаємозв'язку всмоктувальної і моторно-евакуаторної функцій, прийняття рішення щодо термінів і методу оперативного втручання дає змогу поліпшити якість надання медичної допомоги цій групі хворих, знизити кількість післяопераційних ускладнень з 23,6 до 8,7 %, а операційну летальність — з 18,3 до 4,8 %.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Грицман Ю. Я., Борисов А. И. Послеоперационные кишечные свищи.— М.: Медицина, 1972.— 160 с.
2. Груздков А. А. Взаимоотношение пищеварительно-всасывательной и моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки // Современ. проблемы гастроэнтерологии.— Петрозаводск, 1989.— С. 140—148.
3. Златкина А. Р. Терапевтическая стратегия при хронических энтеропатиях // Доктор.— 2002.— №2.— С.12—14.

4. Кадыров У. З. Об участии желчи в регуляции моторики тонкого кишечника // Физиол. журн. СССР им. И. М. Сеченова.— 1969.— Т. 55, № 4.— С. 491—495.
5. Канищев П. А., Береза Н. М. Лабораторные методы диагностики и гастроэнтерологии: Метод. рекомендации.— Днепропетровск, 1987.— С. 33—35.
6. Кудряшов Г. П. Новый способ изучения моторной и эвакуаторной (пропульсивной) деятельности тонкой кишки и его клиническое обоснование // Сб. науч. тр. Ленингр. сан.-гигиен. мед. ин-та.— Л., 1981.— С. 57—60.

О ВЗАИМОСВЯЗИ ВСАСЫВАТЕЛЬНОЙ И МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИЙ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМИ ТОНКОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

Плаксин Е. А., Антонюк С. М., Ахрамеев В. Б., Головня П. Ф., Чуков А. Б., Свиридов Н. В., Андриенко И. Б., Мищенко С. В.

Приведены результаты исследований всасывательной и моторно-эвакуаторной функций тонкой кишки у 67 больных с наружными тонкокишечными свищами различного уровня. Обнаружена четкая взаимосвязь между этими функциями у большинства больных, особенно при свищах проксимального и среднего отделов кишки.

Авторы приходят к убеждению, что полученные результаты должны лечь в основу разработки объективных критериев, определяющих хирургическую тактику в каждом конкретном случае.

ABOUT THE CORRELATION OF THE ABSORPTION AND MOTILITY OF THE SMALL INTESTINE AT THE PATIENTS WITH THE EXTERNAL SMALL BOWEL FISTULAS

Plaksin E. A., Antonuyk S. M., Achrameev V. B., Golovnya P. F., Chukov A. B., Sviridow N. V., Andrienko I. B., Mishenko S. V.

The was of improving of the results of the examination of the absorption and motility at 67 patients with the external small bowel fistulas. The authors has revealed the evident relation this functions at the patients with proximal and middle part of the intestine.

They consider that the results of this examination are the important tests for the planning of the treatment at the patients.