

СОСТОЯНИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНО-ТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ И ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Усманов М.М., Рузиметов Х.Ф.

ТМА, Кафедра хирургических болезней, Ташкент, Узбекистан

Клиническая практика показывает, что у многих больных с дуоденальной язвой (ДЯ) или после различных способов оперативного лечения её, в наблюдаемом симптомокомплексе выделяется энтеральный синдром (ЭС), отражающий поражение тонкой кишки (ТК) с различными степенями пищеварительно-транспортных расстройств (ПТР). Однако, эти нарушения до настоящего времени остаются без должного внимания, в лучшем случае они расцениваются как особенности симптоматики язвенной болезни или же болезни оперированного желудка.

Цель – определить причины ЭС путем изучения функционального состояния пищеварительно-транспортного конвейера (ПТК) у больных с осложненной дуоденальной язвой (ОДЯ) оперированные различными способами резекции желудка (РЖ). Материал и методы исследования. Методом углеводных нагрузок с последующим определением прироста уровня гликемии, нами проведено исследование функционального состояния ПТК - полостное, мембранное пищеварение и всасывание.

Так, из общего количества исследуемых 232 больных: 27 составляли больные с ДЯ без каких-либо осложнений (возраст больных варьировал с 20 по 60 лет; 17 мужчин и 10 женщин), 205 больные с различными видами осложнений (возраст больных от 20 до 80 лет, из них 96 мужчин и 27 женщин): 45 – с кровотечением (15 – легкой, 16 – средней и 14 – тяжелой степени), 122 – со стенозом (компенсированный - 37, субкомпенсированный – 69 и декомпенсированный – 16), 38 – с перфорацией язвы (у 13 больных был местный перитонит, у 15 – диффузный, у 10 – разлитой). Из общего количество больных, 91 больные лечились резекционными методами (возраст больных 20-80 лет, 61 мужчин и 30 женщин): Из них 30 больным было произведено резекция желудка РЖ по Б-I, 31 - РЖ по Б-II, 30 - модифицированный способ резекции желудка (МСРЖ) по Б-II. Примечание: с целью повышения эффективности операции РЖ по Б-II, сотрудниками нашей кафедры: проф. Аталиевым А.Е., проф. Мавляновым О.Р. и Касимовым Л. модифицированы некоторые этапы РЖ-II. Суть МСРЖ по Б-II заключается в том, что после обработки культи ДПК и культи желудка, последняя низводится через окно, образованное в мезоколон. Далее накладывается гастроэнтероанастомоз на ультракороткой петле в косопоперечном или в поперечном направлении.

На основании наших исследований получены новые данные о механизмах нарушения физиологического взаимоотношения между различными звеньями ПТК (полостное, мембранное пищеварение и всасывания) у больных ОДЯ оперированных различными способами РЖ.

ВЫВОД

1. Установлено, что тяжесть нарушения кишечного пищеварения зависит от типа и степени осложнения ДЯ и способов РЖ.
2. Не осложненная ДЯ, осложненная кровотечением легкой степени, компенсированный стенозом и перфорация язвы с местным перитонитом, селективно поражает то или иное звено ПТК.
3. ОДЯ кровотечением тяжелой степени, декомпенсированным стенозом и перфорацией язвы с разлитым перитонитом сопровождаются одновременным поражением всех звеньев пищеварительно-транспортного конвейера кишечника. При этом, установлено не однонаправленная степень восстановления и компенсации каждого звена ПТК в динамике после различных способов РЖ.
4. По степени восстановления функция ПТК и физиологическое взаимоотношения между звеньями полостного, мембранного пищеварения и всасывания, адекватным способом является РЖ по Б-I и МСРЖ.

