



О. Б. Кутовий, Д. В. Балик,
В. І. Люлька

ДЗ «Дніпропетровська
медична академія МОЗ
України»

КЗ «Дніпропетровська обласна
клінічна лікарня
ім. Мечникова»

© Колектив авторів

ПОРУШЕННЯ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ ЗА ТЯЖКОЇ МЕХАНІЧНІЙ ЖОВТЯНИЦІ

Резюме. У роботі представлено результати оцінки порушень моторно—евакуаторної функції тонкої кишки у хворих з тяжкою механічною жовтяницею. Спостерігали 140 хворих у віці від 20 до 86 років. Хворих розділили на 4 групи в залежності від підходів та методів хірургічного лікування. Хірургічні втручання були предствалені формуванням внутрішніх біліодигестивних анастомозів, зовнішнім дренажуванням холедогу з ліквідацією причини жовтяниці, пункційним чрезнакірно-чрезпечінковим дренажуванням внутрішньопечінкових жовчних протоків, жовчного міхура. Оцінку порушень моторно—евакуаторної функції тонкої кишки проводили використовуючи клінічні, рентгенологічні та ультразвукові методи дослідження. В результаті проведеного аналізу визначено, що порушення МЕФ зустрічається у 82,7 % хворих з тяжкою механічною жовтяницею. Найбільш ефективним варіантом корекції МЕФ є декомпресія протоків з реверсією жовчі до шлунково—кишкового тракту при двухетапному підході до лікування.

Ключові слова: механічна жовтяниця, синдром ентеральної недостатності, моторно-евакуаторна функція тонкої кишки.

Вступ

Характерні для механічної жовтяниці зміни травлення, всисної функції, проліферації ентероцитів, пригнічення кишкової мікрофлори та моторики кишкової стінки призводять до розвитку синдрому ентеральної недостатності (СЕН) [1, 3]. Основною причиною СЕН за наявності механічної жовтяниці є відсутність трофічного впливу компонентів жовчі на стінку тонкої кишки [2, 9, 10]. При цьому відбуваються деструктивно-дистрофічні процеси у кишковій стінці із залученням м'язової оболонки і, як наслідок, зниження скоротливої активності [5, 7, 11].

Мета дослідження

Оцінка моторно-евакуаторної функції тонкої кишки при різних методах біліарної декомпресії у хворих із тяжкою механічною жовтяницею.

Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано результати хірургічного лікування 140 хворих на тяжку механічну жовтяницю, які знаходилися у відділенні хірургії, та трансплантації Дніпровської обласної клінічної лікарні ім. І. І. Мечникова за період з 2013 по 2016 р. Механічна жовтяниця, згідно класифікації В. А. Вишневського (2003), розцінювалася як тяжка у разі її тривалості більше 14 днів, наявності рівню загального білірубіну більше 200 мкмоль/л, альбуміну/глобулінового коефіцієнта менше 0,9. Причинами тяжкої механічної жовтяниці були: холе-

дохолітаз, стриктури великого дуоденального сосочка, псевдотуморозний панкреатит, злоякісні новоутворення голівки підшлункової залози. Критерієм виключення були пухлини T4N1M1. Усі хворі були розділені на чотири групи згідно методів хірургічного втручання, направлено на усунення біліарної декомпресії та підходів до вибору лікувальної тактики. Групи були співставні за основними критеріями ($p > 0,05$). Хворим I групи ($n = 37$), II групи ($n = 42$) та IV групи ($n = 10$) було виконано верхньосерединну лапаротомію. Для відтоку жовчі хворим I групи було накладено холедоходуоденоанастомоз, хворим II групи – виконано холецистоеюностомію, хворим IV групи – холедохолітоекстракцію із зовнішнім дренажуванням холедогу, створюючи умови для часткового відтоку жовчі до дванадцятипалої кишки. У цих груп пацієнтів лікувальна тактика була одноетапною, та хірургічні втручання виконували на висоті жовтяниці. III групу склали 50 хворих із зовнішнім дренажуванням жовчовивідних шляхів, як перший етап лікування, направлений на ліквідацію жовтяниці. З метою декомпресії жовчних протоків виконували чрезнакірно-чрезпечінкове дренажування лівого дольового чи загального печінкового протоків у 38 пацієнтів, та пункційною холецистостомією у 12 пацієнтів. Подальша підготовка до відстроченої хірургічної операції на другому етапі включала в себе повернення жовчі до шлунково—кишкового тракту разом з їжею, прийом обволікаючих та антисекреторних препаратів впродовж 20—30 діб. Хворі III

групи були розділені на дві підгрупи: III-а – 36 пацієнтів, що повертали жовч у описаний спосіб, та III-б – 14 пацієнтів, які з різних причин зовсім не повертали жовч до шлунково–кишкового тракту. Хірургічні втручання хворим I, II та IV груп і дренивання жовчних протоків у хворих III групи виконували після відповідної інтенсивної медикаментозної та інфузійної терапії на протязі 1–2 діб.

Для оцінки моторно–евакуаторної функції тонкої кишки (МЕФ) використовували клінічні (здуття живота, нудота), рентгенологічні (гіперпневматоз кишки) та ультразвукові (гіперпневматоз, наявність секвестрованої рідини у просвіті тонкої кишки, наявність зворотно-поступальних рухів вмісту кишки, збільшення діаметру тонкої кишки, товщини стінки кишки, висоти та відстані між керкрінговими складками, зменшення кількості перистальтичних хвиль) методи дослідження. Дані отримували при вступі у клініку, та на 10 добу після операції чи зовнішнього дренивання жовчних протоків.

Результати досліджень та їх обговорення

При госпіталізації у клініку у всіх хворих на тяжку механічну жовтяницю відмічалися ознаки порушення МЕФ тонкої кишки: підвищення діаметру кишки > 2 см мали місце у 110 (79,1 %) хворих, збільшення товщини стінки кишки > 3 мм – у 115 (82,7 %) хворих, підвищення висоти керкрінгових складок > 0,3 см та відстані між керкрінговими складками > 0,4 см – у 98 пацієнтів (70,5 %), зменшення кількості перистальтичних хвиль до 1–2 за хвилину – у 85 хворих (61,2 %).

Хірургічні втручання, що були виконані хворим та дренивання жовчних протоків не супроводжувались будь-якими особливостями. Серед хворих I групи у ранньому післяопераційному періоді спостерігали наступні усклад-

нення: формування підпечінкових білом у 2 хворих (5,4 %), внутрішньочеревна кровотеча у 1 (2,1 %). В II групі післяопераційний період ускладнився нагноєнням рани в 2 (4,8 %) випадках, неспроможністю холецистоеюноанастомозу в 1 (2,4 %) випадку. В III-а групі післяопераційний період ускладнився дислокацією дренажної трубки із внутрішньопечінкових жовчних протоків в 1 (2,8 %) випадку, в 1 (2,8 %) – неадекватною функціональною активністю дренажа жовчного міхура. Останнє потребувало перестановки дренажа у печінкові протоки. У хворих III-б групи в ранньому післяопераційному у періоді ускладнень не було. В IV групі післяопераційний період ускладнився внутрішньочеревною кровотечею в 1 (10,0 %) випадку, що потребувало виконання релапаротомії.

Дослідження МЕФ тонкої кишки на 10 добу після біліарної декомпресії продемонстрували різні по ступеню порушення в залежності від методів декомпресії жовчних протоків і варіанту реверсії жовчі (таб.).

Аналіз представленої частоти клінічних і ультразвукових ознак порушення МЕФ тонкої кишки у хворих досліджуваних груп дозволив виявити статистично достовірні відмінності ($p < 0,05$) відповідних показників у хворих різних груп. Так, у хворих після лапаротомії та формування білідигестивних анастомозів, а також зовнішнього дренивання холедоху, частота проявів ознак порушення МЕФ приблизно однаковими, без залежності від типу сполучення між жовчними протоками та тонкою кишкою. В той час хворі, які перенесли зовнішнє дренивання жовчовивідних шляхів і повертали жовч до ШКТ III-а група, мали ознаки порушення МЕФ у меншій кількості спостережень у порівнянні із хворими I, II та IV груп. Найгірші показники МЕФ мали ті хворі, що не повертали жовч до шлунково–

Таблиця

Частота виявлення (абс./%) ознак порушення моторно-евакуаторної функції тонкої кишки у хворих на 10 добу після хірургічного втручання з приводу тяжкої механічної жовтяниці

Ознаки	I група (n=37)		II група (n=42)		III-а група (n=36)		III-б група (n=14)		IV група (n=11)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Здуття живота	15	40,5 P_{1-3}^*	16	38,1	7	19,4 P_{3-4}^*	8	57,1	4	36,4
Гіперпневматоз тонкої кишки	10	27,2 P_{1-4}^*	14	33,3	9	25,0 P_{3-4}^*	9	64,3	5	45,5
Діаметр тонкої кишки > 2 см	7	18,9	9	21,4	6	16,7	4	28,6	2	18,9
Товщина стінки кишки > 0,3 мм	6	16,2	8	19,5	5	13,9	3	21,4	2	18,9
Висота керкрінгових складок > 0,3 см	7	18,9	10	23,8	6	16,7	4	28,6	1	9,1
Відстані між керкрінговими складками > 0,4 см	6	16,2	7	16,7	5	13,9 P_{3-4}^*	7	50,0	1	9,1 P_{4-5}^*
Кількість перистальтичних хвиль < 3 за хв	2	5,4	4	9,5	2	5,6	2	14,3	2	18,2

Примітка. * достовірність відмінностей за t–критерієм Стьюдента $p < 0,05$



кишкового тракту на етапах лікування – III-б група.

Висновки

Клінічні та ультразвукові ознаки СЕН мають місце у всіх хворих після біліарної декомпресії з приводу тяжкої механічної жовтяниці. Частота даних ознак пропорційно зменшується у післяопераційному періоді. Хворі, які перенесли зовнішнє дренування жовчних шляхів і не повертали жовч до шлунково–кишкового

тракту, мають частоту ознак порушення МЕФ найбільшу у порівнянні із хворими які повертали жовч, а також після накладання холедоходуоденоанастомозу, холецистоеюноанастомозу та зовнішнього дренування холедоху. Найменшу кількість ускладнень у післяопераційному періоді продемонструвала двохетапна тактика лікування. Відновлення моторно-евакуаторної функції тонкої кишки у більшій мірі відбувається у хворих після зовнішнього дренування жовчних шляхів, за умов повертання жовчі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Авдеев В. Г. Клинические проявления, диагностика и лечение расстройств моторной функции двенадцатиперстной кишки / В. Г. Авдеев // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктологии. – 1997. – № 5. – С. 83-88.
2. Клыкова Е. В. Состояние моторики желудка и двенадцатиперстной кишки и оценка эффективности различных схем лечения больных с функциональной диспепсией : дисс. канд. мед. наук / Е. В. Клыкова. – М., 2002. – 158 с.
3. Моторная функция тонкой кишки в норме и при некоторых патологических состояниях / А. А. Курыгин, В. А. Батаев, А. А. Курыгин, Л. Н. Сысоева. – М., 1994. – 202 с.
4. Ультразвуковая диагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки : метод. рекоменд. / С. И. Пиманов, А. В. Шаленко. – Минск, 1996.
5. Силивончик Н. Н. Нарушения моторики желудка и возможности их коррекции / Н. Н. Силивончик // Медицинские новости. – 2001. – № 11. – С. 34-38.
6. Чумаков А. А. Малоинвазивная хирургия и энтеральная терапия печеночно - кишечной недостаточности при механической желтухе / А. А. Чумаков // Альманах клинической медицины. – 2000. – № 2. – С. 115-120.
7. Шульгай А. Г. Особливості моторно-евакуаторної функції кишки при механічній жовтяниці та після декомпресії жовчних шляхів / А. Г. Шульгай // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 1. – С. 111-115.
8. Bisset B. A. L. Differential diagnosis in abdominal ultrasound / B.A.L. Bisset, A.N. Khan // Bailliere Tendale – 1991. – 362 p.
9. Bassotti G. Of tubes and men: studing manometrically the effects of laxatives on colonic motility / G. Bassotti, M. Fratini // Eur. J. Gastroenterol. – 2001. – Vol.13, №6. – P.631-636.
10. Cuomo R. Food intake gastrointestinal motility. A complex interapy / R. Cuomo, G. Sarmelli // Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis. – 2004. – Vol.14, №4. – P. 173-179.
11. Qi Q. H. Effect of dachengqi granule on human gastrointestinal motility / Q. H. Qi, J. Wang, J. E. Hui // Zhongguo. Zhong. Xi. Yi. Lie. He. Za. Zhi. – 2004. – Vol.24, №1. – P.21-24.

НАРУШЕНИЕ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

А. Б. Кутовой, Д. В. Балык, В. И. Люлька

Резюме. В работе представлены результаты оценки нарушенной моторно - эвакуаторной функции тонкой кишки у больных с тяжелой механической желтухой. Наблюдали 140 больных в возрасте от 20 до 86 лет. Больных разделили на 4 группы в зависимости от подходов и методов хирургического лечения. Хирургические вмешательства были представлены формированием внутренних билиодигестивных анастомозов, наружным дренированием холедоха с ликвидацией причины желтухи, пункционным чрескожно-чреспеченочным дренированием внутривенных желчных протоков, желчного пузыря. Оценку нарушений моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки проводили используя клинические, рентгенологические и ультразвуковые методы исследования. Наиболее эффективным вариантом коррекции МЭФ является декомпрессия протоков с реверсией желчи в желудочно-кишечный тракт при двухэтапном подходе к лечению.

Ключевые слова: *механическая желтуха, синдром энтеральной недостаточности, моторно-эвакуаторная функция тонкой кишки.*

VIOLATION OF THE MOTOR-EVACUATION FUNCTION OF THE SMALL INTESTINE IN SEVERE OBSTRUCTIVE JAUNDICE

A. B. Kutovoi, D. V. Balyk, V. E. Lulka

Summary. The paper presents the results of assessing the violations of motor - evacuator function of the small intestine in patients with severe mechanical jaundice. 140 patients aged from 20 to 86 years were observed. Patients were divided into 4 groups, depending on the approaches and methods of surgical treatment. Surgical interventions were represented by the formation of internal biliodigestive anastomosis, external drainage of choledochus with the elimination of the cause of jaundice, puncture by percutaneous - bypassage drainage of the intrahepatic bile ducts, gall bladder. Evaluation of violations of motor - evacuation function of the small intestine was carried out using clinical, x-ray and ultrasound methods of investigation. The most effective variant of correction of MEF is decompression of ducts with bile reversal into the gastrointestinal tract with a two-stage approach to treatment.

Key words: *mechanical jaundice, enteral insufficiency syndrome, motor - evacuation function of the small intestine*