

1. Лукаш Н.В. Оптимизация лечения сочетанной язвенной болезни с гепатобилиарной патологией / Н.В. Лукаш, О.Н. Крючкова, И.Л. Клярская // Вестн. физиотер. и курортол. – 2001. - №1. – С. 80-81.
2. Мала Л.Т. Найближчі перспективи розвитку гастроентерології / Л.Т. Мала, О.Я. Бабак // Журн. АМН України. – 2002. – Т. 8, №1. – С. 55-68.
3. Постникова Л.Б. Особенности метаболизма провоспалительного цитокина (интерлейкина -1 β) и оксидантной активности нейтрофилов при различных формах хронического бронхита / Л.Б. Постникова, О.П. Алексеева, Н.И. Кубышева // Терапевтический архив. – 2004. - № 3. –С. 40-43.
4. Приходько А.Г. Функциональные особенности клеточных мембран при бронхитах и пневмониях / А.Г. Приходько // Казанский медицинский журнал. – 2007. - № 4. – С. 360-362.
5. Ускова А.В. Диагностика активности воспалительного процесса у больных с хроническим бронхитом / А.В. Ускова // Российский педиатрический журнал. – 2009. - № 5. – С. 19-23.
6. Яковлева Н.Г. Клинические и патогенетические особенности разных вариантов хронического бронхита у подростков // Н.Г. Яковлева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2007. - № 3. – С. 22-27.

Усенко В.О. Профіль сироваткових цитокінів у хворих на хронічний бронхіт у сполученні з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 4. – С. 174-176.

Обстежено вміст про- (TNF α , IL-6) та протизапальних (IL-4) цитокінів у 76 хворих на хронічний бронхіт (загострення) у сполученні із пептичною виразкою дванадцятипалої кишки. Знайдено нерівнозначні значення вмісту цитокінів, що супроводжувалось зростанням показників TNF α /IL-4, IL-6/IL-4, що відобразило перевагу прозапальних потенцій крові.

Ключові слова: хронічний бронхіт, пептична виразка, цитокіни.

Усенко В.А. Профиль сывороточных цитокинов у больных хроническим бронхитом в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 4. – С.174-176.

Исследовано содержание сывороточных про- (TNF α , IL-6) и противовоспалительных (IL-4) цитокинов у 76 больных хроническим бронхитом (обострение) в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки. Выявлена неравнозначные значения содержания цитокинов, что сопровождалось увеличением показателей TNF α /IL-4, IL-6/IL-4, что ображало проеобладание воспалительных потенций крові.

Ключевые слова: хронический бронхит, пептическая язва, цитокины.

Usenko V.A. The serum cytokines profile in chronic bronchitis patients with peptic duodenal ulcer // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 4. – С. 174-176.

Serum maintenance pro- (TNF α , IL-6) and antinflammatory (IL-4) cytokines in 76 chronic bronchitis patients with peptic duodenal ulcer was obtained. Unequal maintenance cytokines are presented and accompanied increase indices TNF α /IL-4, IL-6/IL-4 and indicated prevail proinflammatory potential of blood.

Key words: chronic bronchitis, peptic ulcer, cytokines.

Надійшла 20.05.2011 р.
Рецензент: проф. Л.М.Іванова

УДК 615.84:616.33-002.44-007.271

© Ходырев В.Н., Брежнев В.П., Василенко Е.Н., Афонин Д.Н., Тютюнник А.А., Клевака И.Г., 2011

ИЗУЧЕНИЕ МОТОРНО-ТОНИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ПИЛОРОСТЕНОЗОМ С ЦЕЛЬЮ ВЫБОРА МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ходырев В.Н., Брежнев В.П., Василенко Е.Н., Афонин Д.Н., Тютюнник А.А., Клевака И.Г.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Введение. Пилородуоденальный стеноз является одним из наиболее частых показаний к оперативному вмешательству, предпринимаемому по поводу осложненной язвенной болезни. По мнению большинства хирургов [2;3;4;8], язвенный стеноз является абсолютным показанием к оперативному лечению. При этом известно, чем раньше оперируют больного со пилородуоденальным стенозом привратника, тем лучше результаты хирургического лечения [6]. Большая часть пациентов, от 50,9 до 58,4 %, подвергается оперативному лечению в субкомпенсированной или декомпенсированной стадии стеноза [7;8]. Несмотря на большое количество исследований, посвященных язвенной болезни, осложненной органическим стенозом, вопрос применения резекционных методов хирургического лечения или органосохраняющих операций

(ОСО) у таких больных до настоящего времени является одной из наиболее актуальных проблем хирургической гастроэнтерологии [1;2;3;7;8].

Целью исследования явилось разработка и внедрение метода оценки тонуса желудочной стенки и её резерва у больных с декомпенсированным язвенным стенозом, позволяющего оценить степень нарушения моторно-тонической функции желудка и оптимизировать тактику оперативного лечения.

Материалы и методы исследования. Для изучения моторно-тонической функции желудка нами применён электрогастрографический метод, предложенный проф. М.А. Собакиным (1956) у 52 пациентов с декомпенсированным язвенным пилородуоденальным стенозом. С этой целью использовали электрогастрограф ЭГС – 4М по стандартной методике.

Сначала записывали исходные данные. Затем всем больным проводилась атропин-прозерина проба и записывали данные ЭГГ. Атропин и прозерин вводили в дозировке 0,005 мг на 1 кг веса, в/м.

С целью расширения возможности применения органосохраняющих операций (ОСО) с иссечением язвы (ИЯ) и расширяющей пилородуоденопластикой (РПД) у больных с декомпенсированным стенозом необходимо определять резерв тонуса мышечной стенки желудка, играющего, с нашей точки зрения, важную роль в выборе метода оперативного лечения и профилактики гастростазов в раннем послеоперационном периоде (получен патент Украины № 99073979 от 4.05.2000 г. - «Спосіб визначення показань до органозберігаючої операції при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, ускладненої органічним стенозом»). Для этого мы использовали более сильный раздражитель мышечной стенки желудка - различные методы электростимуляции, разработанные на кафедре. По нашему мнению наиболее эффективным является эндогастральный способ электростимуляции при помощи аппаратов «Эндотон - 01Б» и «ЭМГСТ-01» в течение 25-30 мин. с параметрами: 50 Гц в непрерывном режиме с силой тока от 11 до 25 мА.

На электрогастрограммах (ЭГГ) определяли частоту зубцов в одну минуту (Т), максимальный (Max) и минимальный (Min) потенциал, средний потенциал (Pcp) и разность потенциалов в милливольтгах (мВ). При анализе данных ЭГГ средний биопотенциал в основном отражал тонус желудка, а разность потенциалов, по мнению В.И.Железного (1967), характеризует сократительную способность желудочной стенки.

При оценке ЭГГ мы пользовались классификацией, предложенной В.Х.Василенко (1981), включающей 3 основных типа:

1. Нормокинетический: (Pcp. - 0,2-0,3 мВ, разность биопотенциалов 0,3-0,4 мВ, ритм колебаний - 3 волны в одну минуту).
2. Гиперкинетический (Pcp. выше 0,44 мВ, разница биопотенциалов 0,2 мВ, ритм колебаний 3,1-3,2 в 1 мин).
3. Гипокинетический (Pcp.<0,2 мВ, разница биопотенциалов 0,2-0,5 мВ, ритм колебаний - 3 волны в 1 мин).

Результаты и обсуждение. При электрога-

стрографическом исследовании имели место нарушения ритма, длительные периоды невысоких колебаний с высотой зубцов от 0,28 до 0,05 мВ. Большие амплитуды от 0,5 до 0,8 мВ появлялись лишь иногда в виде отдельных волн, после которых следовали низкоамплитудные биопотенциалы, не превышающие 0,15 мВ. Средний биопотенциал составлял (0,18±0,02)мВ. Такие ЭГГ кривые указывают на истощение перистальтической деятельности стенки желудка вследствие длительного существования препятствия (сужения) в пилородуоденальной зоне.

У больных со стенозом электропотенциал после введения атропина снижался. Отсутствие реакции на введение прозерина или незначительное его повышение свидетельствовало об отрицательной пробе, а следовательно, и о значительном снижении тонуса желудка в раннем послеоперационном периоде. У 28 пациентов с декомпенсированным стенозом отмечалось незначительное повышение биопотенциала желудка, а у 24 - на введение прозерина полностью отсутствовало повышение потенциала желудка.

У 16 пациентов после эндогастральной электростимуляции биопотенциал возвращался к норме, что свидетельствовало о сохранённом резерве тонуса желудочной стенки. У 20 больных с декомпенсированным стенозом выявлено повышение биопотенциала желудка до 60 % от величины исходного уровня, а у 16 больных была отрицательная реакция на электростимуляцию.

На основании проведенного исследования выявлены 3 степени нарушения тонуса желудочной стенки:

1. Больные с декомпенсированным стенозом, у которых после применения эндогастральной электростимуляции биопотенциал желудочной стенки был полностью восстановлен - 1-я степень нарушения тонуса желудка (стимулированный тонус сохранён);
2. Больные, у которых отмечено повышение биопотенциала желудочной стенки до 60% от исходного уровня - 2-я степень нарушения тонуса желудка (стимулированный тонус снижен);
3. Больные, у которых полностью отсутствовало повышение биопотенциала желудка после проведения электростимуляции расценена как 3-я степень нарушения тонуса желудочной стенки (атония желудка).

Таблица 1. Определение резерва тонуса желудочной стенки у больных с декомпенсированным стенозом до операции (M±m)

| Стадия стеноза | Мак-ли ЭГГ Коэф. вобольных | Исходные показатели I | | | | | После атропина II P I-II<0,05 | | | | | После прозерина III P I-III<0,05 P II-III>0,05 | | | | | После эндогастральной электростимуляции IV | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|-----------------------|------------|-------------------|--------------------|----------------|-------------------------------|------------|-------------------|--------------------|----------------|--|------------|-------------------|--------------------|----------------|--|--------------|-------------------|--------------------|----------------|
| | | Max (мВ) | Min (мВ) | Разн. потенц (мВ) | Средн. потенц (мВ) | Ритм (в 1 мин) | Max (мВ) | Min (мВ) | Разн. потенц (мВ) | Средн. потенц (мВ) | Ритм (в 1 мин) | Max (мВ) | Min (мВ) | Разн. потенц (мВ) | Средн. потенц (мВ) | Ритм (в 1 мин) | Max (мВ) | Min (мВ) | Разн. потенц (мВ) | Средн. потенц (мВ) | Ритм (в 1 мин) |
| Декомпенсированный стеноз n=52 | Антрум n=16 | 0,62±0,07 | 0,20±0,02 | 0,40±0,04 | 0,34±0,03 | 2,6±0,2 | 0,30±0,03 | 0,10±0,01 | 0,09±0,02 | 0,14±0,01 | 1,8±0,16 | 0,34±0,03 | 0,09±0,009 | 0,21±0,024 | 0,19±0,02 | 2,0±0,2 | 0,64±0,05* | 0,22±0,002* | 0,41±0,04* | 0,35±0,03* | 2,7±0,2* |
| | Тело n=16 | 0,28±0,03 | 0,08±0,009 | 0,20±0,02 | 0,18±0,02 | 1,6±0,1 | 0,19±0,02 | 0,05±0,008 | 0,12±0,014 | 0,10±0,01 | 1,2±0,14 | 0,22±0,02 | 0,06±0,006 | 0,14±0,014 | 0,12±0,01 | 1,1±0,1 | 0,28±0,03* | 0,08±0,008* | 0,20±0,02* | 0,18±0,02* | 1,5±0,1* |
| | Антрум n=20 | 0,42±0,05 | 0,12±0,014 | 0,24±0,03 | 0,22±0,02 | 2,3±0,2 | 0,18±0,02 | 0,07±0,008 | 0,11±0,01 | 0,10±0,01 | 1,5±0,18 | 0,22±0,02 | 0,08±0,008 | 0,14±0,015 | 0,12±0,014 | 1,6±0,1 | 0,24±0,03** | 0,09±0,01** | 0,18±0,02** | 0,16±0,01** | 2,0±0,2** |
| | Тело n=20 | 0,18±0,02 | 0,04±0,006 | 0,14±0,018 | 0,12±0,014 | 1,4±0,1 | 0,11±0,01 | 0,02±0,003 | 0,08±0,009 | 0,07±0,009 | 0,9±0,1 | 0,13±0,01 | 0,03±0,003 | 0,10±0,011 | 0,09±0,009 | 1,0±0,1 | 0,16±0,018* | 0,05±0,005* | 0,11±0,01* | 0,10±0,01* | 1,1±0,1** |
| | Антрум n=16 | 0,28±0,03 | 0,06±0,008 | 0,20±0,02 | 0,18±0,02 | 2,0±0,2 | 0,14±0,016 | 0,03±0,005 | 0,10±0,014 | 0,08±0,008 | 1,2±0,1 | 0,14±0,015 | 0,03±0,003 | 0,12±0,012 | 0,09±0,010 | 1,3±0,1 | 0,16±0,018** | 0,03±0,003** | 0,13±0,014** | 0,11±0,01** | 1,3±0,1** |
| | Тело n=16 | 0,14±0,016 | 0,03±0,004 | 0,11±0,011 | 0,10±0,01 | 1,2±0,1 | 0,10±0,01 | 0,01±0,002 | 0,08±0,009 | 0,07±0,007 | 0,8±0,019 | 0,10±0,01 | 0,02±0,002 | 0,08±0,009 | 0,07±0,008 | 0,8±0,09 | 0,12±0,01* | 0,02±0,002* | 0,10±0,01* | 0,07±0,009** | 0,9±0,1** |

Примечание: *p>0,05 - относительно исходных данных; *p<0,05 - относительно данных после введения прозерина; **p<0,05 - относительно исходных данных; **p>0,05 - относительно данных после введения прозерина

Больные со 2-й, и, особенно, с 3-й степенью нарушения тонуса желудка нуждаются в тщательной предоперационной подготовке, включающей в себя коррекцию белкового и водно-электролитного баланса, проведение стоков из желудка 2 раза в сутки с целью повышения тонуса желудочной стенки.

Данные электрогастрографии, свидетельствующие, о выявлении резерва тонуса желудочной стенки у больных с декомпенсированным стенозом представлены в таблице 1.

Из 52 больных с декомпенсированным стенозом у 16 выявлена первая степень нарушения моторики желудка (тонус сохранён), у 20 – вторая степень (тонус понижен) и у 16 – 3-я степень нарушения моторики желудка (атония желудка).

Выводы:

1. Выделение трёх степеней тонуса желудочной стенки в стадии декомпенсации являет-

ся, по нашему мнению, определяющим моментом в выборе метода и объёма хирургического лечения, а также проведения профилактики с целью предупреждения нарушения моторики желудка в раннем послеоперационном периоде.

2. Больным с язвенной болезнью, у которых определялся сохранённый или сниженный тонус желудочной стенки, по нашему мнению, показано выполнение органосохраняющих операций типа селективной проксимальной ваготомии или комбинированной селективной проксимальной ваготомии с иссечением язвы и расширяющей пилородуоденопластикой.

3. У больных с атонией желудка до операции резерв мышечного тонуса не выявлялся, а следовательно, отсутствовала возможность восстановления тонуса в раннем послеоперационном периоде. Таким больным показана классическая резекция 2/3 желудка.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Гринберг А.А.** Ваготомия в неотложной хирургии осложнённой дуоденальной язвы // Хирургия. – 2006. - № 7. – с. 20-24.
 2. **Гринберг А.А.** Органосохраняющие операции с ваготомией в хирургии осложнённых пилородуоденальных язв: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М., 1976. – 35 с.
 3. **Джумбаев С.У.** Хирургическая тактика при язвенных пилородуоденальных стенозах / Джумбаев С.У., Нура-татдинов А.Т., Шерматов А.Ш. // Мед. журнал Узбекистана. – 2005. -№ 10. – с. 8-10.
 4. **Железный В.И.** Моторная функция желудка до и после радикальных операций на нём по данным электрогастрографии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. / М., 1978. – 18с.
 5. **Зайцев В.Т.** Расширяющая пилородуоденопластика в

хирургическом лечении кровоточащих и стенозирующих язв двенадцатиперстной кишки / Зайцев В.Т., Велигоцкий Н.Н. // Хирургия. – 2005. - №2. – с. 34-37.
 6. **Козлов М.Н.** Органосохраняющие операции при пилородуоденальном стенозе язвенной этиологии: Автореф. дис. канд. мед. наук. / Куйбышев, 1987. – 28 с.
 7. **Кузин М.И.** Лечение язвенной болезни, осложнённой пилородуоденальным стенозом / Кузин М.И., Помелов В.С., Булгаков, Г.А. Алексеев А.А. // Сов. медицина. - 1989. - №2. – С. 72-75.
 8. **Dittrich K.** Highly selective vagotomy plus Jaboulay: a possible alternative in patients with benign stenosis secondary to duodenal ulceration / Dittrich K., Blauensteiner W., Schrutka-Kolbl C. et al. // Jornal of the am. College of Surgeon. – 2009. – vol. 180. - №. 6. – P. 654-658.

Ходырев В.Н., Брежнев В.П., Василенко Е.Н., Афонин Д.Н., Тютюнник А.А., Клевака И.Г. Изучение моторно-тонической функции желудка у больных с язвенным декомпенсированным пилоростенозом с целью выбора метода оперативного лечения // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Том 14, № 4. – С. 176-178.

Для изучения моторно-тонической функции желудка нами применён электрогастрографический метод у пациентов с декомпенсированным язвенным пилородуоденальным стенозом. С целью расширения возможности применения органосохраняющих операций с иссечением язвы и расширяющей пилородуоденопластикой у больных декомпенсированным стенозом необходимо определять резерв тонуса мышечной стенки желудка, играющего, с нашей точки зрения, важную роль в выборе метода оперативного лечения и профилактики гастростазов в раннем послеоперационном периоде. На основании проведенного исследования состояния резервного потенциала мышц желудочной стенки с применением различных способов электростимуляции разработана методика выбора способа оперативного лечения.

Ключевые слова: электростимуляция, моторно-тоническая функция, пилородуоденальный стеноз

Ходирев В.М., Брежнев В.П., Василенко Е.М., Афонин Д.М., Тютюнник А.А., Клевака И.Г. Вивчення моторно-тонічної функції шлунка у хворих з виразковим декомпенсованим пілоростенозом з метою вибору способу оперативного лікування // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 4. – С. 176-178.

Для вивчення моторно-тонічної функції шлунка нами застосований електрогастрографічний метод у пацієнтів на декомпенсований виразковий пілородуоденальний стеноз. З метою розширення можливості застосування органозберігальних операцій з видаленням виразки і розширеною пілородуоденопластикою у хворих на декомпенсований стеноз необхідно визначити резерв тонусу м'язової стінки шлунка, що грає, з нашої точки зору, важливу роль у виборі методу оперативного лікування і профілактики гастростазу в ранньому післяопераційному періоді. На підставі проведеного дослідження стану резервного потенціалу м'язів шлункової стінки із застосуванням різних способів електростимуляції розроблено методику вибору способу оперативного лікування.

Ключові слова: електростимуляція, моторно-тонічна функція, пілородуоденальний стеноз.

Hodirev V.N., Brezhnev V.P., Vasilenko E.N., Afonin D.N., Tyutyunnik A.A., Klevaka I.G. Study of motor-tonic function of the stomach in patients with ulcerative pyloric stenosis decompensated to select methods of surgical treatment // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 4. – С. 176-178.

For the study of motor-tonic function of the stomach we used electrogastrography method in patients with decompensated ulcerative pyloric stenosis. In order to promote the use of organic save operations with excision of the ulcer and extending pyloroduodenoplastik surgery in patients with decompensated stenosis is necessary to determine a reserve of muscle tone of the stomach wall, which plays in our view, an important role in choosing the method of surgical treatment and prevention of gastrostasis in the early postoperative period. Based on the investigation of the state of emergency standby capacities muscle gastric wall using various methods of electrical stimulation technique of choice method of surgical treatment.

Key words: electrical stimulation, motor-tonic function, pyloric stenosis

Надійшла 14.06.2011 р.
 Рецензент: проф. В.І.Бондарев