ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՍՍՀ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԿԱԴԵՄԻԱ
АКАДЕМИЯ НАУК АРМЯНСКОЙ ССР

Էքսպեր. և կլինիկ. բժշկ. հանդես

XIV, № 5, 1974

Журн. экспер. и клинич. медицины

УДК 616.33—002—089

Р. А. БАЛАЯН, В. Г. ЕГИАЗАРЯН

О СИНДРОМЕ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ И ПОКАЗАНИЯХ К ЕГО ЛЕЧЕНИЮ

Наблюдения над группой больных, страдающих функциональным синдромом приводящей петли, показали, что под влиянием лечения на курорте Джермук почти у всех больных наступило значительное улучшение общего самочувствия, смягчение или исчезновение тягостных проявлений синдрома приводящей петли. Кроме того, у многих больных с положительным рентгенологическим феноменом приводящей петли наблюдалось исчезновение или уменьшение забрасывания контрастного вещества в приводящую петлю.

Среди функциональных постгастрорезекционных осложнений синдром приводящей петли занимает особое место. В отличие от других синдромов эта патология связана с приводящей петлей и, следовательно, развивается только после операции с наложением гастроеюнального анастомоза.

Причины возникновения синдрома приводящей петли многообразны. По современным представлениям в подавляющем большинстве случаев ведущую роль в развитии этого синдрома играют функциональные моменты. Правда, опорожнение приводящей петли могут затруднять и механические препятствия: неправильно наложенный анастомоз, чрезмерное натяжение короткой петли, перекруты, деформации в результате спаечного процесса и др. Однако синдром приводящей петли механической природы встречается редко.

В большинстве случаев этот синдром имеет функциональный характер, что подтверждается не только функционально-рентгенологическими и другими специальными методами исследований, но и тем, что при повторном оперативном вмешательстве у подавляющего большинства больных не обнаруживается механическая причина желчной рвоты [2, 3].

Литературные, а также наши данные свидетельствуют о том, что синдром приводящей петли довольно часто сочетается с демпинг-синдромом, в происхождении которого ведущую роль играют функциональные моменты. Это обстоятельство дало основание В. С. Маяту с соавт. [3] выдвинуть предположение об общности механизмов этих функциональных расстройств.

Как и ряд других авторов, мы выделяем два основных типа синдрома: синдром застоя в приводящей петле и синдром рефлюкса в приводящую петлю [1, 2, 5].

Синдром застоя в приводящей петле обусловлен нарушением эвакуации из приводящей петли желчи и сока поджелудочной железы. В процессе приема пищи, особенно жирной, усиливается выделение желчи и панкреатического сока, которые накапливаются в приводящей петле. Последняя вследствие атонического состояния, развившегося, возможно, на почве пересечения вагуса, не обеспечивает нормального продвижения пищи в каудальном направлении и под давлением скапливающейся желчи и панкреатического сока растягивается, вызывая боль. Когда перерастяжение стенки приводящей петли достигает определенной степени, наступает рефлекторное сокращение кишки, содержимое которой изливается в желудок, а из желудка выбрасывается в виде желчных масс.

Чаще всего у больных, страдающих симптомом приводящей петли, через 10—25 минут после приема пищи появляется тошнота, горечь во рту, чувство распирания в эпигастральной области, а через 1—2 часа на высоте болей внезапно присоединяется обильная рвота желчью, которая, как правило, не содержит примеси пищи. Обычно рвота приносит больному облегчение.

Второй синдром—синдром рефлюкса в приводящую петлю, встречается значительно реже и развивается в результате забрасывания пищи из культи желудка в приводящую петлю с последующим растяжением ее и рвотой желчью, но уже с примесью пищи.

Клинические признаки этого синдрома имеют много общего с синдромом застоя в приводящей петле.

По интенсивности распирающих болей в правом подреберье и эпигастральной области, частоте и объему желчной рвоты, нарушениям общего состояния больного и степени потери трудоспособности различают три степени тяжести синдрома: легкую, средней тяжести, тяжелую.

Занимаясь изучением больных, страдающих постгастрорезекционными расстройствами, с целью разработки показаний к их лечению, в частности, выявления показаний к повторным оперативным вмешательствам нами было обследовано 256 больных, предъявляющих различные жалобы, связанные с перенесенной в прошлом резекцией желудка по способу Бильрот-2 по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Обследованные больные были в возрасте от 20 до 58 лет. Время, прошедшее после резекции желудка, колебалось в пределах от 3 месяцев до 20 и более лет.

Среди 71 больного, обследованных рентгенологически, у 27 выявлено заполнение приводящей петли. Степень заполнения была различной. У некоторых больных приводящая петля заполнялась на небольшом протяжении, у других контрастное вещество заполняло приводящую петлю на всем протяжении и даже доходило до 12-перстной кишки. У большинства этих больных приводящая петля была расширена и длительное время оставалась заполненной контрастной массой. В единичных случаях приводящая петля заполнялась на небольшом протяжении и не была заметно расширена.

Сопоставление степени и характера заполнения приводящей петли с жалобами больных не выявило между ними четкого параллелизма. Среди наших больных имелись лица с сравнительно тяжелыми формами синдрома приводящей петли, у которых наблюдалось небольшое и кратковременное забрасывание контрастного вещества в приводящую петлю, и наоборот. Кроме того, у некоторых больных с выраженными явлениями синдрома приводящей петли отсутствовал или слабо выявлялся рентгенологический феномен приводящей петли, т. е. не наблюдалось или отмечалось незначительное забрасывание контрастного вещества в приводящую петлю.

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о том, что феномен забрасывания в приводящую петлю имеет только относительное значение и, видимо, не всегда играет ведущую роль в происхождении синдрома приводящей петли. Иначе говоря, главным в диагностике синдрома приводящей петли является клиника заболевания. Отсутствие забрасывания контрастного вещества в приводящую петлю не исключает возникновения синдрома.

Что же касается лечения синдрома приводящей петли, то оно, по нашему мнению, должно быть, как правило, консервативным.

Среди консервативных методов лечения наиболее физиологичным и эффективным является санаторно-курортное лечение. Однако, к сожалению, этот вид лечения не получил еще должного распространения и научного обоснования. Все сказанное побудило нас в течение последних лет в условиях курорта Джермук проводить наблюдения над группой больных, страдающих синдромом приводящей петли. Всем больным наряду с применением разработанного нами комплекса лечебных мероприятий (прием внутрь минеральной воды, минеральные ванны, тюбаж, диетотерапия и др.) назначалось промывание желудка и прилегающих сегментов тонкой кишки минеральной водой утром натощак или вечером перед сном. Обычно за период лечения назначалось от 4 до 6 промываний.

Проведенные нами наблюдения показали, что лечение этих больных на курорте Джермук в подавляющем большинстве случаев приводит к выраженным положительным сдвигам в клинической картине заболевания, проявляющимся в исчезновении или значительном смягчении признаков синдрома на сроки от 6 месяцев до 1 года и более. Повторные же курсы лечения закрепляют положительный терапевтический эффект.

У многих больных с положительным рентгенологическим феноменом приводящей петли наблюдалось исчезновение или уменьшение забрасывания контрастного вещества в приводящую петлю.

Анализируя характер эвакуации бариевой взвеси из желудка больного Б. до и после лечения, мы констатируем, что контрастное вещество, поступающее до лечения в отводящую и приводящую петлю одновременно, после лечения не забрасывается в приводящую петлю и поступает только в отводящее колено (рис. 1).

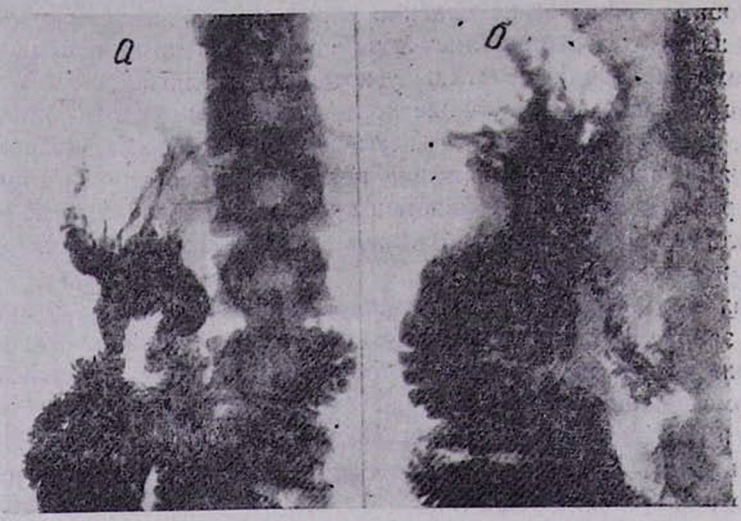

Рис. 1 а. Рентгенограмма культи желудка больного Б., произведенная до лечения вскоре после приема бария.
б. Рентгенограмма того же больного, произведенная до лечения через 20 минут после приема бария.

Такой эффект курортного лечения мы связываем с изменением функционального состояния прилегающих к желудку сегментов тонкой кишки. Как показали экспериментальные исследования С. А. Мирзояна и Р. А. Григорян [4], а также наши клинические наблюдения, под влиянием джермукской минеральной воды происходит изменение тонуса, ритмических и перистальтических сокращений кишечника. Авторы пришли к заключению о том, что функциональные изменения в кишечнике под влиянием джермукской минеральной воды во многом обусловливаются биохимическими превращениями в кишечной ткани и в рецептурных структурах кишечника, которые в основном зависят от взаимодействия микроэлементов джермукской минеральной воды с сульфгидрильными группами специфических белковых тел афферентных образований пищеварительного тракта.

Результаты сравнительных наблюдений показали, что под влиянием лечения на курорте Джермук почти у всех больных наступило значительное улучшение общего самочувствия, смягчение или исчезновение тягостных проявлений синдрома приводящей петли.

Таким образом, результаты наших клинических наблюдений дают основание прийти к заключению, что комплексное курортное лечение больных с синдромом приводящей петли является весьма эффективным. Последнее обстоятельство, по нашему мнению, может служить косвенным, но весьма убедительным фактом, свидетельствующим, что в подавляющем большинстве случаев синдром приводящей петли имеет функциональное происхождение.

Рис. 2. Рентгенограмма того же больного, произведенная после лечения сейчас же после приема бария.

С другой стороны, наши наблюдения дают право утверждать, что основным методом лечения больных, страдающих синдромом приводящей петли, должна быть комплексная консервативная терапия, в которой санаторно-курортное лечение должно занимать основное место. И только в редких случаях при наличии механической причины требуется оперативное лечение.

Кафедра госпитальной
хирургии Ереванского
медицинского института

Поступила 9/I 1974 г.

Ռ. Ա. ԲԱԼԱՅԱՆ, Վ. Գ. ԵՂԻԱԶԱՐՅԱՆ

ԲԵՐՈՂ ԳԱԼԱՐԻ ՍԻՆԴՐՈՄԸ ԵՎ ՆՐԱ ԲՈՒԺՄԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԸ

Ամփոփում

Մեր հետազոտությունները, որոնք տարվել են բերող գալարի ֆունկցիոնալ սինդրոմով տառապող մի խումբ հիվանդների մոտ, ցույց են տվել, որ Ջերմուկ կուրորտի բուժման պայմաններում գրեթե բոլոր հիվանդների մոտ տեղի է ունեցել ընդհանուր վիճակի զգալի բարելավում, մեղմանում կամ ամբողջությամբ անհայտանում են բերող գալարին հատուկ տանջող սինդրոմի արտահայտությունները։ Բացի այդ բազմաթիվ հիվանդներ, որոնք ունեին բերող գալարին հատուկ դրական ռենտգենոլոգիական ֆենոմենը, բուժումից հետո նկատվել է, որ բերող գալարի մեջ քչացել կամ լրիվ անհայտացել է կոնտրաստ նյութի անցումը։

ЛИТЕРАТУРА

1. *Караванов Г. Г., Фильц О. В.* В кн.: Еюногастропластика при гастроэктомии и резекциях желудка, 2. Симферополь, 1962, стр. 63.
2. *Маржатка З.* Практическая гастроэнтерология. Прага, 1967.
3. *Маят В. С., Панцырев Ю. М., Климинский И. В., Рябов В. И., Алексеев В. Ф.* Совет. мед., 1967, 12, стр. 29.
4. *Мирзоян С. А., Григорян Р. А.* В кн.: Курорт Джермук, в. 3. Ереван, 1957, стр. 105.
5. *Sackson S. L., Bowers W. F.* J. Internal Coll. Surg., 1962, 37, 3, 219.