

УДК 616.3.

д.м.н. Нуритдинов А.Т,

Хирургическая клиника Андиганского медицинского института

**КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И
ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ,
МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА,
ГОРМОНАЛЬНОГО И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА ДО И
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Резюме: Состояние органов пищеварения и их роль в развитии метаболического синдрома (МС) мало изучены, хотя органы пищеварения имеют непосредственное отношение к развитию МС и сами становятся органами-мишенями. В последнее время большой интерес вызывает изучение роли тонкой кишки (ТК) в развитии МС, являющейся одним из центральных органов в регуляции обмена веществ.

Механизмы метаболических нарушений, обусловленные поражением тонкой кишки, представляются довольно сложными. Существует мнение, что возникновение многих клинических симптомов (болевая симптоматика и иные неприятные ощущения в области живота) и нарушения трофических процессов обусловлены нарушениями двигательной активности ТК. Однако состояние моторно-двигательной функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при МС остается еще недостаточно изученным.

Задачами нашей работы являлись изучение моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) ТК при МС, исследование роли гормональных факторов в нарушении моторной деятельности ТК и, наконец, выяснение сопряженности изменений моторной функции ТК и липидов в крови.

Ключевые слова: метаболический синдром; моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта; гормоны; вегетативный статус.

*Doctor of Medicine A. Nuritdinov,
Surgical Clinic of Andijan Medical Institute*

**QUANTITATIVE ASSESSMENT OF SENSITIVITY AND
PREDICTIVE VALUE OF GASTROINAL SECRETION, MOTOR-
EVACUATOR FUNCTIONS OF THE STOMACH, HORMONAL AND
VEGETATIVE STATUS BEFORE AND AFTER OPERATION FOR
DUAL COLOR PULSOR**

Resume: The state of the digestive organs and their role in the development of metabolic syndrome (MS) are poorly understood, although the digestive organs are directly related to the development of MS and become target organs themselves. Recently, the study of the role of the small intestine (MC) in the development of MS, which is one of the central organs in the regulation of metabolism, has been of great interest.

The mechanisms of metabolic disturbances caused by lesions of the small intestine seem to be rather complex. There is an opinion that the occurrence of many clinical symptoms (pain symptoms and other unpleasant sensations in the abdomen) and disturbances in trophic processes are caused by disturbances in the motor activity of the TC. However, the state of the motor-motor function of the gastrointestinal tract (GIT) in MS remains poorly understood.

The objectives of our work were to study the motor-evacuation function (MEF) of MC in MS, to study the role of hormonal factors in impaired motor activity of MC and, finally, to clarify the relationship between changes in the motor function of MC and blood lipids.

Key words: metabolic syndrome; motor-evacuation function of the gastrointestinal tract; hormones; vegetative status.

Введение. В основе эффективности различных методов оперативного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки лежат

отдалённые результаты, основным критерием, которого безусловно является восстановление адекватного анатомо-физиологического статуса желудочно-кишечного тракта, качество жизни и трудоспособности больного.

Колоссальный коллективный, а часто и индивидуальный опыт, накопленный к настоящему времени в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, позволили убедительно сформулировать ряд постулатов, которые единодушно приняты большинством клиницистов. Прежде всего они касаются обоснованного стремления к выполнению органосохраняющих операций или резецирующих вмешательств при язвенной болезни.

С этих позиций мы провели ретроспективный анализ данных обследования до и после оперативного лечения 325 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Нами проведена количественная оценка чувствительности (Ч) и прогностической ценности (ПЦ) каждого из отобранных показателей по методике AR. Feinstein (1975).

Чувствительность – частота встречаемости данного признака при неудовлетворительном результате оперативного лечения определялась как отношение числа больных с данным признаком и неудовлетворительным результатом.

Прогностическая ценность – вероятность неудовлетворительного результата в случае, когда имелся данный прогностический признак, определялась как отношение количества больных с неудовлетворительным результатом и данным признаком к общему числу пациентов, у которых он был обнаружен.

Числовые значения чувствительности и прогностической ценности для каждого показателя изменялись от 0 (отсутствие влияния данного признака на прогноз заболевания) до 1 (100% вероятности

неудовлетворительного результата при наличии данного признака). Статистически значимыми принято считать уровни чувствительности и прогностической ценности, превышающие 0,40.

Цель исследования. Изучение моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта при метаболическом синдроме.

Материалы и методы исследования. Обследовано 58 больных с метаболическим синдромом. При обследовании больных, помимо клинических данных, использовано комплексное исследование двигательной функции желудочно-кишечного тракта методом периферической электрогастроэнтерографии.

Исследованы особенности липидного обмена, гормонального и вегетативного статуса у больных с метаболическим синдромом.

Результаты исследования. В результате проведенных нами исследований в дооперационном периоде у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки по количественной оценке чувствительности и прогностической ценности выявлены следующие изменения: если уровень базальной свободной соляной кислоты свыше 8,0 титр. ед., то при этом Ч был равен - 0,58; в то время как ПЦ – 0,56; после стимуляции свободная соляная кислота достигало до - 15,0 титр. ед. и при этом (Ч – 0,56; ПЦ – 0,60). При содержании пепсина свыше 450ед/мл (Ч – 0,57; ПЦ – 0,50), при наличии дуоденогастрального рефлюкса (Ч – 0,54; ПЦ – 0,58), при замедлении эвакуации из желудка (Ч – 0,45; ПЦ – 0,47), при высокой обсемененности НР (Ч – 0,50; ПЦ – 0,55), содержания гастрина в дооперационном периоде составил свыше 100ng/ml и при этом (Ч – 0,52; ПЦ – 0,49), при уровне трипсина свыше 330ng/ml (Ч – 0,48; ПЦ – 0,44). При оценке вегетативного статуса у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до операции Ч был равен - 0,55, в то время как ПЦ – 0,57.

Полученные данные в дооперационном периоде у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки по количественной оценке Ч и ПЦ свидетельствовали о том, что при таких показателях повышался риск неудовлетворительных результатов в послеоперационном периоде.

Мы в своих исследованиях убедились, что весьма ценными и важными является изучение чувствительности и прогностической ценности в отдаленном послеоперационном периоде, так как происходящие изменения в этих показателях тесно были связаны и взаимообусловлены со временем прошедшем после операции.

При исследовании у 85 больных с неблагоприятными исходами как органосохраняющих, так и резецирующих способов лечения содержание базальной свободной соляной кислоты у оперированных больных, через год был равен при Ч – 0,59; ПЦ – 0,60; а через 5 лет, при Ч – 0,62; ПЦ – 0,65, в то время как стимулированная – через год - (Ч – 0,59; ПЦ – 0,57). При содержании пепсина свыше 450ед/мл через год: (Ч – 0,68; ПЦ – 0,65), а через 5 лет (Ч – 0,70; ПЦ – 0,68).

При наличии дуоденогастрального рефлюкса через год: Ч – 0,62; ПЦ – 0,60, а через 5 лет (Ч – 0,64; ПЦ – 0,69), при замедлении эвакуации из желудка через год (Ч – 0,58; ПЦ – 0,60), через 5 лет (Ч – 0,60; ПЦ – 0,59). При высокой обсемененности НР через год (Ч – 0,68; ПЦ – 0,62); через 5 лет (Ч – 0,68; ПЦ - 0,62). При уровне гастрина свыше 100ng/ml, через год: (Ч – 0,60; ПЦ – 0,74), через 5 лет (Ч – 0,60; ПЦ – 0,70); если уровень трипсина составляет свыше 350ng/ml, через год, то Ч был равен - 0,60, а ПЦ – 0,58; через 5 лет (Ч – 0,60; ПЦ – 0,65).

Эти изменения нами были выявлены у 52 больных с незажившими язвами после различных видов ваготомии в сроки 1-5 лет, у 21 больного с пептическими язвами развившиеся после ваготомии в эти же сроки. Еще у 2 пептической язвой анастомоза после резекции желудка и у 10 с рецидивными язвами после ваготомии.

У всех 85 оперированных больных с неудовлетворительными результатами оперативного лечения показатели чувствительности и прогностической ценности практически не отличались с исходными дооперационными данными.

Эти данные указывают на то, что наблюдаемые изменения могут служить как методом прогнозирования оперативных вмешательств проводимых при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Вывод. Таким образом, проведенный многофакторный анализ по количественной оценке чувствительности и прогностической ценности у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до и послеоперационном периоде позволяют нам прогнозировать эффективность того или иного метода оперативного вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Feinstein A.R. Clinical biostatistics on the biologic content of biometric literature. /Clin.Pharmacol.Ther.-1975-16-№3.P:526-540.

2. Вейн А.М. Соловьева А.Д. Методы исследования вегетативных функций при изучении надсегментарных систем мозга. \Метод.реком.\М-1980-24с.

3. Германюк Я.Л. Пептидные гормоны органов пищеварения\ «Врач .дело»-1983-№10 с.74-79.

4. Попова Ю. Болезни желудка и кишечника - 2008 г.

5. Минина Т. Гастрин и язвенная болезнь .Современный взгляд на лечение и профилактику – 2014г.