



ХРОНИЧЕСКАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Абдуллаев Д.С.

Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА, Национальный хирургический центр МЗ КР, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В статье представлены различные способы хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости у 253 больных ХДН в сочетании с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

Ключевые слова: хроническая дуоденальная непроходимость, операции с сохранением дуоденального пассажа, операции с исключением дуоденального пассажа.

CHOOSING OF SURGICAL TREATING METHOD OF CHRONIC DUODENAL DISEASE

Abdullaev D.S.

Resume. The article presents different ways of surgical treating method of chronic duodenal disease in 253 patients with chronic duodenal disease combined with gastric and duodenal ulcers.

Key words: Chronic duodenal disease, operations keeping duodenal passage, operations breaking duodenal passage.

Изучены результаты диагностики и хирургического лечения 253 больных с хронической дуоденальной непроходимостью (ХДН) при сочетании с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК). При диагностике использовался алгоритм исследования, названной как метод комбинированной полиорганной полиинтраскопической диагностики ХДН (КППД ХДН). При компенсированной стадии ХДН производилось рассечение связки Трейтца (РСТ) по Стронгу с низведением дуоденоюнального перехода (ДЕП). При субкомпенсированной стадии ХДН накладывалась поперечная антиперистальтическая дуоденоюностомия (ПАДЕС) по Витебскому. При ХДН в сочетании с ЯБЖ производилась резекция желудка по Бильрот-I с сохранением пилорического жома и РСТ при компенсированной стадии или наложение ПАДЕС при субкомпенсированной стадии. При ХДН в сочетании с ЯБ ДПК производилась резекция желудка по Бильрот-II с поперечной гастроэнтеростомией (ГАЕС) по Витебскому и РСТ при компенсированной стадии ХДН или ПАДЕС при субкомпенсированной стадии ХДН. При субкомпенсированной стадии ХДН в сочетании с ЯБЖ и ЯБ ДПК производилась резекция желудка по Бильрот-II с поперечным анастомозом по Витебскому и наложением ПАДЕС. Для предупреждения формирования «порочного круга» после ПАДЕС разработан метод операции «Способ наложения поперечной антиперистальтической дуоденоюностомии». Для уменьшения проявления гастроастазы и для энтерально-зондового питания (ЭЗП) в послеоперационном периоде разработан «Способ дренирования ЖКТ для двойной декомпрессии же-

лудка и ДПК, и одновременного ЭЗП». Отдаленные результаты оценены как отличные и хорошие у 78%, удовлетворительные у 18 и неудовлетворительные у 4% обследованных пациентов.

Хроническая дуоденальная непроходимость и её сочетание с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки остается одной из сложных и актуальных проблем хирургической гастроэнтерологии.

Формирование различных болезней оперированного желудка (БОЖ) как синдром приводящей петли, рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит, рецидив язвы желудка напрямую связаны с неполноценной диагностикой и неадекватной коррекцией ХДН при её сочетании с ЯБЖ и ЯБ ДПК [3,9,6]. Развитие в раннем послеоперационном периоде различных осложнений как несостоятельность культи ДПК, нарушения эвакуации из культи желудка после резекций желудка при ЯБЖ и ДПК также зависят от наличия ХДН.

С внедрением новых диагностических технологий, совершенствуются методы диагностики ХДН [4,1,7]. Предлагаются новые тактические и технические подходы при лечении ХДН в сочетании с ЯБЖ и ДПК [5,8,2,6,10].

Материал и методы. Изучены результаты хирургического лечения 253 больных с ХДН в сочетании с ЯБЖ и ДПК за последние 15 лет, оперированных в Национальном хирургическом центре МЗ КР. Возраст больных был от 26 до 67 лет. Длительность заболевания была от 1 года до 16 лет. Мужчин было 182 (72%), женщин 71 (28%).



ХРОНИЧЕСКАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Диагностика ХДН основывается на алгоритме исследования, названной нами как: метод комбинированной полиорганной полиинтраскопической диагностики ХДН (КППД ХДН) и сочетанных с ней заболеваний соседних органов. При этом последовательно проводим эзофагогастроуденоскопию (ЭГДС), рентгеновское исследование желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), комплексное ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов и методику гидроультразвукового исследования ДПК в условиях медикаментозной гипотонии и двойного контрастирования.

Эндоскопические признаки ХДН детально разработаны. К ним относятся наличие в желудке натощак застойного содержимого с примесью желчи и дуоденогастральный рефлюкс (ДГР). Единичные забросы дуоденального содержимого в пилороантральный отдел желудка, особенно в момент продвижения и манипуляциях дистального конца фиброскопа, не считается признаками ДГР, а расценивается как адекватная реакция органов пищеварительного тракта на процедуру. Эндоскопическими признаками ДГР являются гиперемия слизистой антрального отдела желудка, постоянный заброс желчи в желудок, зияние привратника, окрашивание слизистой "озерца" в желто-зеленный цвет, желтый оттенок желудочной слизи, заполнение луковицы ДПК желчью.

После рентгеновского исследования ЖКТ проводим зондовую дуоденографию, которая делится на 3 этапа. На I этапе производим обзорную дуоденографию на зонде. Во время исследования особое внимание обращаем на время продвижения оливы дуоденального зонда по ДПК и переход её через ДЕП; форму зонда, соответствующую форме ДПК; расположение зонда относительно тел позвонков. II этапом исследования является зондовая дуоденография с контрастным веществом и III этапом является зондовая дуоденография в условиях искусственной гипотонии. При которой, после медикаментозной релаксации, путем тугого заполнения ДПК взвесью бария через зонд, изучаем ширину её просвета, наличие изгибов и деформаций, сократительную способность, скорость эвакуации и длительность задержки в ней контрастной взвеси, наличие рефлюкса в желудок, пищевод, желчный или панкреатический протоки.

Развитие ультрасонографии позволило отказаться от сложных инвазивных ангиографических исследований. УЗИ позволяет достаточно точно определить артериомезентеральный угол (АМУ, в $N = 15-30$ град.) и артериомезентеральное расстояние (АМР, в $N = 0,8-2$ см). Кроме того, УЗИ позволяет оценивать состояние соседних органов, с которыми ДПК тесно связана анатомически и функционально.

УЗИ желудка и ДПК производили натощак, определяя признаки наличия в желудке жидкости и остатка пищевых масс; утолщение или утончение стенки антрального отдела ($N = 3-4$ мм), визуализируем привратник, его месторасположение, форму, диаметр (от 0,5 до 4 см), толщину экзогенного кольца ($N = 5$ мм), амплитуду сокращений; также определяли экоструктуру луковицы ДПК, которая менялась при наличии выраженного язвенного процесса, пенетрации в ПЖ или наличии спаечного перидуоденита; измеряли диаметр различных отделов ДПК.

При гидроультразвуковом исследовании ДПК, для улучшения визуализации, применяли контрастирование ЖКТ дегазированной жидкостью (чай, кефир, соки, кисель и др.) в количестве 400-500 мл. Гидроультразвуковое исследование начинали с измерения объема содержимого желудка и степени его эвакуации через определенные промежутки времени (30, 60, 90, 120 мин и более), исследуя состояние его стенок и перистальтику, определяя признаки язвенного процесса. Далее исследовали ДПК, состояние его стенок, сужение и расширение диаметра, перистальтику и антиперистальтику, наличие ДГР.

При наличии механического препятствия в области ДЕП как трейтцит, дистальный перидуоденит, просимальный переионит, увеличение мезентериальных лимфоузлов и др. выявляется расширение ДПК вплоть до уровня связки Трейтца и появление маятникообразной перистальтики. При артериомезентеральной компрессии (АМК) выявляется уменьшение АМР и АМУ соответственно. Довольно четко определяется сдавление ДПК извне увеличенной головкой ДПК, лимфоузлами или экстрадуоденальными опухолями больших размеров.

Разработанная в НХЦ методика УЗИ ДПК в условиях искусственной гипотонии и двойного контрастирования заключается в следующем. После зондовой релаксационной дуоденографии большой переводится в кабинет УЗИ и через зонд в ДПК вводится дегазированная жидкость в количестве 200 мл. При этом бариевая взвесь перегоняется из ДПК в кишечник, но на стенке её слизистой остается слой бария, который помогает при УЗИ четче визуализировать контуры стенок ДПК.

Результаты и их обсуждение. Алгоритм КППД ХДН и методику УЗИ ДПК в условиях искусственной гипотонии и двойного контрастирования при обследовании 83 больных с ХДН. Результаты исследования оказались более эффективными по сравнению с традиционными. Точная причина ХДН до операции была установлена у 75 (90%), стадия компенсации определена у 78 (94%) и наличие сопутствующей патологии выявлена у 80 (96,3%) больных.

Из 253 больных с ХДН сопутствующая ЯБ ДПК имела у 188 (74,3%) больных, а ЯБЖ у 65 (25,7%). Компенсированная стадия ХДН была выявлена у 202 (79,8%), субкомпенсированная стадия у 42 (16,6%), а декомпенсированная стадия у 9 (3,6%) больных.

Показания к операции, метод и объем оперативного вмешательства выбирался индивидуально, в зависимости от стадии компенсации и характера сочетанной патологии. При этом старались максимально восстановить физиологический пассаж пищи по ДПК или сохранить порционный тип эвакуации и уменьшить риск развития БОЖ.

Компенсированная стадия ХДН в основном лечится консервативно. Хирургическое лечение производилось при её сочетаниях с другой хирургической патологией, требующей радикального лечения и сводилось к устранению механического препятствия с минимальной травмой для больного. Так рассечение спаек - дуоденолиз, фибролиз, и рассечение связки Трейтца (РСТ) по Стронгу с низведением ДЕП произведена у 202 (79,8%) больных, из них у 159 (62,8%) больных при ЯБ ДПК в

лании с ХДН и у 43 (17%) больных с ЯБЖ в сочетании с ХДН.

При субкомпенсированной стадии ХДН у 42 (16,6%) больных производили дренирующие операции, наложение поперечной антиперистальтической дуоденоюностомии (ПАДЕС) по Витебскому. Из них у 24 (9,5%) больных с ЯБ ДПК в сочетании с ХДН и у 18 (7,1%) больных с ЯБЖ в сочетании с ХДН.

При декомпенсированной стадии ХДН 9 больным, из них 5 (2%) с ЯБ ДПК и 4 (1,5%) с ЯБЖ, была произведена резекция желудка по Бильрот – 2 с поперечным анастомозом по Витебскому с наложением ПАДЕС.

У больных с ХДН после наложения ПАДЕС бок в бок на короткой петле сохраняется функционирующее кишечное «кольцо», при котором часть пищевого химуса эвакуируется по ДПК, а ретроградное движение его через анастомоз приводит к формированию «порочного круга». Это проявляется в раннем послеоперационном периоде клиникой гастростаза и характеризуется рвотой с примесью желчи, которое наблюдалось нами у 6 (14,3%) после наложения ПАДЕС и лечение которой требовало определенного терпения со стороны врачей и больных. В отдаленном периоде у этих больных отмечалось чувство тяжести и боли в левом подреберье после приема пищи, изредка сопровождающееся тошнотой.

Для предупреждения формирования «порочного круга» нами разработан метод операции «Способ наложения поперечной антиперистальтической дуоденоюностомии», патент на изобретение в Кыргызпатенте № 832 от 30.10.05.). При этом, после наложения ПАДЕС, выкраивается лоскут из большого сальника на питающей ножке, который в виде манжеты циркулярно охватывает ДПК в нижней горизонтальной части, дистальнее дуоденоюноанастомоза, создавая полную непроходимость «заглушку» в этом участке.

Для уменьшения тяжелых проявлений гастростаза и для энтерально-зондового питания в послеоперационном периоде нами разработан «Способ дренирования ЖКТ для двойной декомпрессии желудка и ДПК, и одновременного ЭЗП», патент на изобретение в Кыргызпатенте № 831 от 30.10.05.).

Из 253 больных с ХДН сопутствующая ЯБ ДПК имела у 188 (74,3%) больных, а ЯБЖ у 65 (25,7%). Компенсированная стадия ХДН была выявлена у 202 (79,8%), субкомпенсированная стадия у 42 (16,6%), а декомпенсированная стадия у 9 (3,6%) больных.

При ХДН в сочетании с ЯБЖ 61 (24,1%) больному была произведена резекция желудка по Б-I с сохранением пилорического жома. Из них 43 (17%) больным с компенсированной ХДН было дополнительно произведено рассечение связки Трейтца (РСТ) по Стронгу. И 18 (7,1%) больным с субкомпенсированной ХДН резекция желудка была дополнена ПАДЕС по Витебскому. Ещё 4 (1,5%) больным с декомпенсированной ХДН была произведена резекция желудка по Б-II с ГАЕС по Ру.

При ХДН в сочетании с ЯБ ДПК 183 (72,3%) больным производилась резекция желудка по Б-II с поперечной ГАЕС по Витебскому. Из них у 159 (62,8%) больных с компенсированной ХДН ГАЕС была дополнена РСТ, а у 24 (9,5%) больных с субкомпенсированной ХДН ГАЕС дополнена ПАДЕС. Также 5 (2%) больным с декомпенсированной ХДН и ЯБДПК была произведена резекция желудка по Б-II с ГАЕС по Ру.

Отдаленные результаты были изучены у 50 оперированных больных через 1-3-5 лет. Из них отличные и хорошие результаты по шкале Visik были обнаружены у 39 (78%) обследованных и удовлетворительные результаты у 9 (18%) обследованных пациентов. Неудовлетворительные результаты были обнаружены у 2 (4%) больных.

Выводы. Таким образом, применение алгоритма комплексной полиорганной полиинтраскопической диагностики ХДН в сочетании с ЯБЖ и ДПК и адекватная её коррекция при резекции желудка с использованием новых, разработанных в НИЦ МЗ КР методов операций позволяет значительно улучшить функциональные результаты их хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.А., Арынов Н.М. Хроническая дуоденальная непроходимость механического генеза. Алматы. 1997. 192 с.
2. Барт И.И. Коррекция ХНДП при хирургическом лечении язвенной болезни. Автореф. дис. канд. мед. наук. Воронеж, 2000, 23 с.
3. Витебский Я.Д. Хронические нарушения дуоденальной проходимости и язвенная болезнь желудка и ДПК. Челябинск. 1976. 190 с.
4. Блажитко Е.М. Хроническая дуоденальная непроходимость и способы её коррекции. Новосибирск. 1993. 234 с.
5. Джумабаев Х.Д. Диагностика и выбор метода хирургического лечения ХДН при сочетании с ЯБ ДПК. Автореф. дис. д-ра мед. наук. Иркутск, 1998, 32 с.
6. Ждановский О.М. Применение ПСРЖ в сочетании с коррекцией ХНДП при хирургическом лечении ЯБЖ и ДПК. Автореф. дис. канд. мед. наук. Курск. 2002, 24 с.
7. Касумян С.А., Алибегов Р.А. Функциональные и органические нарушения проходимости ДПК. Смоленск. 1997. 136 с.
8. Костылев Л.М. Хирургическая тактика при ЯБЖ и ДПК, протекающей на фоне ХДН. Автореф. дис. канд. мед. наук. Пермь, 1998, 25 с.
9. Нестеренко Ю.А., Ступин В.А., Федоров А.В. Богданов А.В. Хроническая дуоденальная непроходимость. Медицина. Москва. 1990. 238 с.
10. Петухов И.М. Диагностика и лечение нарушений дуоденальной проходимости у больных язвенной болезнью, осложненной перфорацией. Автореф. дис. канд. мед. наук, Воронеж, 2002. 23 с.