

**ХРОНИЧЕСКАЯ ДУОДЕНАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ,
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

Абдуллаев Д.С., Тойгонбаев А.Т., Алтынбекова А.А., Токтосопиев Ч.Н.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Национальный хирургический центр

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Анализированы результаты хирургического лечения 300 больных ХДН. В контрольной группе было 215 и в основной 85 больных. При ХДН в компенсированной стадии проводили РСТ. При ХДН в суб- и декомпенсированной стадии создавали ПАДЕС. Для профилактики развития синдрома «порочного круга» при наложении ПАДЕС создавали «заглушку» отводящей петли ДПК из пряди большого сальника на ножке, суживая просвет кишки до полного ее закрытия по разработанной нами методике. Анализ послеоперационных осложнений у больных ХДН показал, что в контрольной группе панкреатит развился у 11 (5,1 %), а в основной группе у 2 (2,3 %) больных, анастомозит встречался в контрольной группе у 10 (4,7 %), в основной у 2 (2,3 %) больных. Гастростаз в контрольной группе имел место у 6 (2,8 %), в основной группе у 1 (1,2 %) больных. Мы считаем, что снижение послеоперационных осложнений является результатом применения операции ПАДЕС с заглушкой отводящей петли по нашей методике.

Ключевые слова: хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН), артериомезентеральная компрессия (АМК), двенадцатиперстной кишки (ДПК), желудочно - кишечный тракт (ЖКТ), дуоденогастральный рефлюкс (ДГР), рентгенодиагностика, беззондовая и зондовая релаксационная дуоденография, фиброгастрозндоскопия (ФГДЭС), ультразвуковое исследование (УЗИ), поперечная антиперистальтическая дуоденоюностомия (ПАДЕС), рассечение связки Трейтца (РСТ).

ӨНӨКӨТ ОН ЭКИ ЭЛИЛИК ӨТПӨСТҮК, АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛОО

Абдуллаев Д.С., Тойгонбаев А.Т., Алтынбекова А.А., Токтосопиев Ч.Н.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Улуттук хирургия борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. 12 эли ичегинин өнөкөт тоскоолдугу менен 300 бейтаптын хирургиялык дарылоосунун жыйынтыгы анализденди. Контролдук топто 215 жана негизги топто 85 бейтап болгон. 12 эли ичегинин өнөкөт тоскоолдугунун өтүшпөгөн абалында РСТ операциясы жасалды, өтүшө элек жана өтүшкөн абалында ПАДЕС операциясы жасалды. ПАДЕС жасалууда “порочный круг” синдромун алдына алуу үчүн 12 эли ичегинин аяк тарабын карын майдын парчасы менен бүтөдүк. Операциядан кийинки талдоодо жолуккан өтүшүүлөр: панкреатит контролдук топто 11 (5.1%) бейтапта, негизги топто 2 (2.3%) бейтапта болсо; анастомозит контролдук топто 10 (4.7%) бейтапта, негизги топто 2 (2.3%) бейтапта болгон. Гастростаз контролдук топто 6 (2.8%) бейтапта, негизги топто 1 (1.2%) бейтапта жолуккан. Операциядан кийинки өтүшүүлөрдүн азайганынын себеби, ПАДЕСти биздин ыкма боюнча колдонуу болду деп эсептедик.

Негизги сөздөр: өнөкөт 12-эли ичегинин тоскоолдугу, артериомезентрикалык кысуу, он эки эли ичегинин катып калуусу, зонд менен жана зондсуз 12-эли ичегинин изилдөөсү, фиброгастрозндоскопия, Трейтц байланышын кесилиши.

CHRONIC DUODINAL OBSTRUCTION, DIAGNOSIS AND TREATMENT

Abdullaev D.S., Toigonbaev A.T., Altynbekova A.A., Toktosopiev Ch.N.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

National surgical center

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. We analyze the results of surgical treatment of 300 patients with chronic duodenal obstruction. In the control group was 215 and the core 85 patients. In chronic duodenal obstruction in the compensated stage of a dissection conducted Treitz ligament. In chronic duodenal obstruction in sub- and decompensated stage created TADES. To prevent the development of the syndrome of «vicious circle» when applied TADES created a «plug» outlet duodenal loop of strands of the greater omentum on the leg, narrowing the lumen of the colon to complete its closing according to our methodology. Analysis of postoperative complications in patients with chronic duodenal obstruction in the control group, pancreatitis occurred in 11 (5.1%) and in the main group in 2 (2.3%), anastomosis met in 10 (4.7%) in the control group, in the main in 2 (2.3%). Gastrostasis in the control group occurred in 6 (2.8%), the main group in 1 (1.2%) patients. We believe that the reduction of postoperative complications is the result of the operation TADES with plug outlet for our method loop.

Keywords: chronic duodenal obstruction, arteriomezenterical compression, duodenal reflux, tubeless and tube relaxation duodenography, fibrogastroendoscopy, dissection of Treitz ligament.

Введение.

Хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) в литературе упоминают как синдром Wilkie, синдром верхней брыжеечной артерии или синдром артериомезентериальной компрессии (АМК) (14, 25). ХДН является распространенной патологией в структуре всей патологии ЖКТ и наблюдается у 0,09-2,5% больных, а во всей популяции - в пределах 0,013-0,3%, что подтверждено рентгенологически. Наиболее частой причиной ХДН является АМК. В основе АМК лежит сосудистое сдавление

нижней горизонтальной части ДПК между ВБА с одной стороны, аортой и позвоночником с другой. (5, 14,17,22).

Цель исследования.

Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости.

Методы исследования.

Наряду с клиническими проявлениями ХДН, используются инструментальные методы исследования как рентгенодиагностика (7,9), эндоскопия, ультразвуковое

исследование, дуоденоманометрия, КТ, МРТ и другие (15,22,24). При АМК, на рентгенограмме определяется сдавление нижней горизонтальной части ДПК в проекции верхней брыжеечной артерии. Оно короткое (1,5-2,5 см) с ровным чётким оральным контуром или линией обрыва эвакуации химуса. В зоне сдавления складки слизистой оболочки продольно перестроены. Мартынов В.Л.(8) и др.(2005) рекомендуют диагностику ХДН проводить комплексно и поэтапно с применением беззондовой и зондовой релаксационной дуоденографии с двойным контрастированием (рис.1.)

ФЭГДС позволяет выявить наличие содержимого в желудке натощак, степень ДГР, зияние привратника, обнаружить эрозии и наличие язв. (4,6). А. Mansberger и J. Hearn (1968) выполнив артериомезентерикографию с одновременным контрастированием ДПК, показали, что в норме угол между ВБА и аортой (АМУ) составляет 45-60°, а у пациентов с признаками АМК нижней горизонтальной части ДПК 10-20°. Расстояние между ВБА и аортой (АМР) на участке пересечения с ДПК составляет в норме 7-20 мм, у пациентов с АМК - 2-3 мм. В настоящее время для диагностики АМК широко используется УЗИ (12, 14). С помощью УЗИ можно диагностировать АМК путём определения АМУ и АМР. (рис 2) Гидроультразвуковое исследование желудка и ДПК позволяет улучшить

визуализацию желудка и ДПК (рис. 3).

Большинство абдоминальных хирургов считают, что ХДН требует хирургического лечения (21). Все операции при ХДН разделяются на две группы: первая операции сохраняющие пассаж пищи по ДПК, вторая, операции, выключаящие из пищеварения ДПК. Операции первой группы направлены на дренирование ДПК путём наложения ДЕС или рассечения спаек и связочного аппарата кишки (18). Я.Д. Витебский (3) рекомендует операцию наложения ПАДЕС. В последние годы стали применяться лапароскопические методы лечения ХДН (1,16). Это лапароскопическое РСТ и лапароскопическая ДЕС (13,19). К операциям с выключением ДПК из зоны пассажа пищи относятся: гастроеюностомия (10), РЖ по Бильрот II, РЖ по Ру (23) и её модификации (20). Также проводятся комбинированные операции на желудке и ДПК, сочетание РЖ с ДЕС (24), двустороннее выключение ДПК с ДЕС (11).

Материалы исследования.

Приводим результаты лечения 300 больных с ХДН. В контрольной группе из 215 пациентов с ХДН было 161 (74,3 %) мужчин и 54 (25,7 %) женщин. Компенсированная стадия ХДН была у 141(78,8%), субкомпенсированная у 52 (21,2%) и декомпенсированная у 22 (10,2%) больного. В основной клинической группе было 85 пациентов с ХДН,

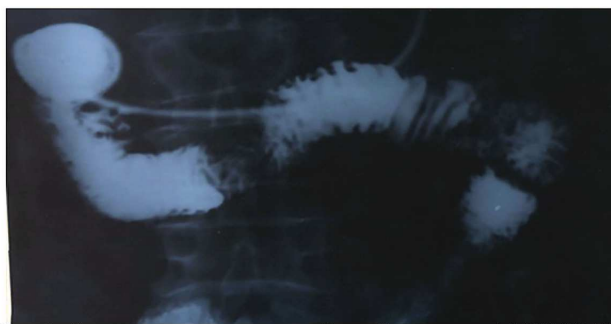


Рис.1. Зондовая дуоденография больного АМК ДПК. Компенсированная стадия

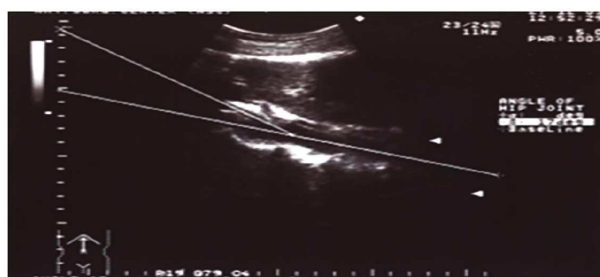


Рис 2. УЗИ доплерограмма, определение АМУ и АМР при ХДН.



Рис.3. Гидроультразвуковое исследование ДПК при ХДН.

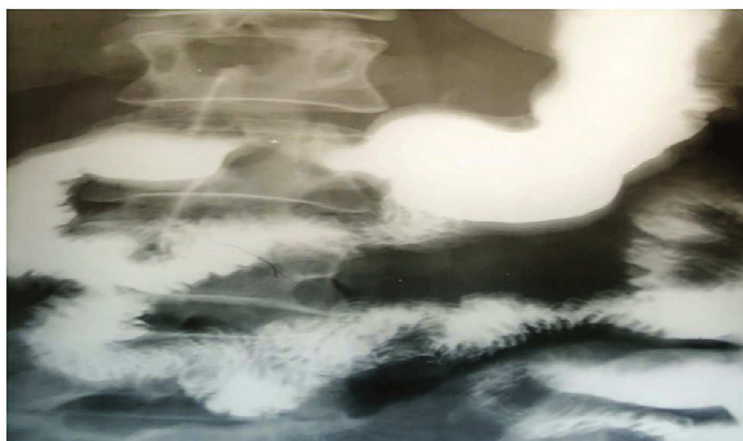


Рис. 4. Рентгенограмма больного после операции ПАДЕС. Имеется выраженный синдром «слепого мешка»

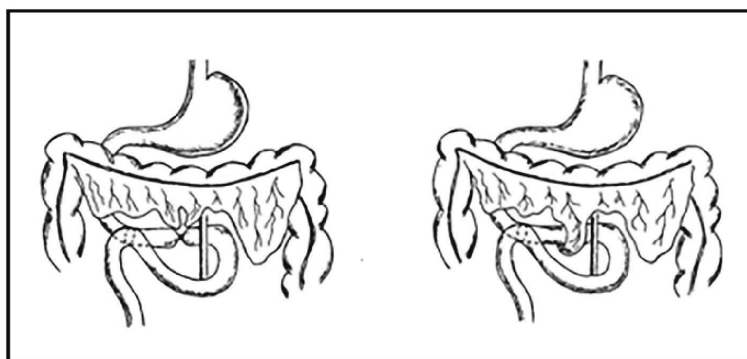


Рис.5. Схема операции ПАДЕС с заглушкой отводящей петли ДПК.



Рис. 6. Рентгенограмма больного с АМК после наложения ДЕС с заглушкой отводящей петли ДПК по нашей методике. Синдром «порочного круга» не определяется.

из них 71 (83,5 %) мужчины и 14 (16,5 %) женщины. В основной клинической группе компенсированная стадия ХДН была у 57 (67%) больных, субкомпенсированная у 21(24,2%) и у 7 (5,9%) декомпенсированная. Всем больным проведено комплексное инструментальное обследование: Из-за малодоступности для основной массы больных КТ и МРТ обследование не проводилось.

Обсуждение.

В контрольной и основной группе больных проводилась коррекция ХДН в зависимости от стадии компенсации. При ХДН в компенсированной стадии производили РСТ или дуоденолиз, что было проведено у 53 (24,6%) больных. При ХДН в субкомпенсированной или

декомпенсированной стадии выполняли ПАДЕС, что было произведено у 162 (75,4%) больных.. После наложения ПАДЕС у 27 (12,6%) больных в послеоперационном периоде возникали функциональные нарушения дуоденальной проходимости в виде тяжести в эпигастрии после еды, тошноты, рвоты желчью. Это можно объяснить тем, что после ПАДЕС сохраняется функционирующим кишечное «кольцо» и часть химуса эвакуируется по ДПК, а ретроградное движение его через анастомоз приводит к формированию синдрома «порочного круга» (3). В контрольной группе эти проявления оценивались как панкреатит у 11 (5,1 %), анастомозит у 10 (4,7 %) и гастростаз у 6 (2,8 %) больных.

Для профилактики развития синдрома «порочного круга» нами был разработан метод операции «Способ дуоденоеюностомии при АМК». Патент № 832. - Бишкек – 2005. После наложения ПАДЕС создаем «заглушку» отводящей петли ДПК из пряди большого сальника на ножке. Из которого выкраиваем лоскут с питающим сосудом, кончик разделяем на два лоскута и циркулярно окутываем в виде манжетки ДПК отступя на 2-3 см дистальнее ДЕА, суживая просвет кишки до полного ее закрытия. Концы лоскута фиксируем друг к другу. Тем самым исключается развитие синдрома «порочного круга».

В основной группе при ХДН субкомпенсированной или декомпенсированной стадии выполняли ПАДЕС по нашему методу, что было произведено у 67 (78,8%) больных. В компенсированной стадии у 18 (21,2%) больных производили РСТ или дуоденолиз.

Анализ характера послеоперационных осложнений у больных ХДН контрольной и основной групп показал, что явления панкреатита в контрольной группе выявлялись у 11 (5,1 %), а в основной группе у 2 (2,3 %) больных. Клиника анастомозита встречалась в контрольной группе у 10 (4,7 %), в основной у 2 (2,3%). Клиника гастростаза в контрольной группе имела место у 6 (2,8 %) и в основной группе у 1 (1,2 %). Всего функциональные нарушения встречались у 27 (12,6%) больных в контрольной группе и у 5 (5,9%) в основной группе.

Мы считаем это результатом применения операции ПАДЕС с заглушкой отводящей петли по нашей методике.

Выводы:

1. Для полноценной диагностики и оценки степени тяжести течения у больных ХДН необходимо комплексное использование всех доступных методов инструментального обследования.

2. При хирургическом лечении ХДН в стадии компенсации необходимо производить операции дуоденолиза или РСТ по Стронгу, а при суб- и декомпенсированных стадиях необходимо наложение ПАДЕС с формированием «заглушки» отводящей петли двенадцатиперстной кишки из пряди большого сальника для предупреждения формирования синдрома «слепого мешка».

Литература:

1. Абдуллаев Д.С. Роль лапароскопии в лечении хронической дуоденальной непроходимости. *Материалы I Всероссийской конференции по эндоскопии*. - Москва. - 1997. Эндоскопическая хирургия. - 1997. - №1. С. 38.
2. Алиев М.А., Арынов Н.М., Хроническая дуоденальная непроходимость механического генеза. - Алматы. - 1997. - 192 С.
3. Витебский Я.Д. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта. - Медицина. - Москва. 1988- 112 С.
4. Ермолов А.С. Особенности диагностики и лечения кровоточащих пенетрирующих язв желудка и двенадцатиперстной кишки / А.С. Ермолов, Г.В. Пахомова, Л.Ф. Тверитнева. *Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений*. - М. - 2002. - С. 5 - 8.
5. Ефимушкина А.С. Результаты хирургического лечения язвенной болезни и ее осложнений в сочетании с артериомезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки // *дис. канд. мед. наук*. Пермь. - 2011. - 133с.

6. Жерлов Г.К. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне хронической дуоденальной непроходимости / Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, А.В. Помяткин // - *Хирургия*. - 2003. - №5. - С. 19 - 24.
7. Маркелов О. А. Артериомезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки (диагностика и лечение) // *дис. канд. мед. наук*. Иркутск. - 2000. - 178с.
8. Мартынов В.Л. Диагностика хронической дуоденальной непроходимости / В.Л. Мартынов, С.Г. Измайлов, Д.Г. Колчин, А.А. Бодров, В.П. Ильченко, А.Г. Семенов, Д.И. Булдаков // *Хирургия*. - 2005. - №4. - С. 15 - 19.
9. Репин В. Н. Артериомезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки / В. Н. Репин, М. В. Репин, Н. С. Ефимова // *Пермь*, 2009. 232
10. Попандопуло К.И. Качество жизни больных осложненной болезнью двенадцатиперстной кишки / К.И. Попандопуло, Н.В. Корочанская, С.А. Оноприева // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. - 2006. - №5. - С. 48.
11. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Соколова С.Н., Афтаев В.Б., Баконина И.В. Выбор метода резекции желудка в условиях хронической дуоденальной непроходимости. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2010. Т. 3. № 4. С. 335-338.
12. Avinash Shetty (2006-07-16). «Superior Mesenteric Artery Syndrome». *eMedicine*. WebMD
13. Brian J. Pottorf, MD¹; Farah A. Husain, MD²; H. Whitton Hollis Jr, MD¹; Edward Lin, DO, MBA³ *Laparoscopic Management of Duodenal Obstruction Resulting From Superior Mesenteric Artery Syndrome JAMA Surg*. 2014;149 (12):1319-1322
14. Fernandez Lopez M.T., Lopez Otero M.J., Bardasco Alonso M.L., Alvarez Vazquez P, Rivero Luis M.T., Garcia Barros G. *Wilkie syndrome: Report of a case. Nutr. Hosp.* 2011;26:646-9.
15. Lau H. *Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: a meta-analysis / H. Lau // Surg. Endosc.* - 2004. - V.18. - P. 1013 - 1021.
16. Millat B. *Surgical treatment of complicated duodenal ulcers controlled trials B. Millat, A. Fingerhut, F. Borie // World J. Surg.* - 2000. - T.24. - №3. - P. 299 - 306.
17. Morkevicius M. *Systematic review comparing laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer / M. Morkevicius // Br. J. Surg.* - 2005. - V.92.- P. 1195- 1207.
18. Morioka Q. *Gastric emptying for liquids and solids after distal gastrectomy with Billroth-I reconstruction / Q. Morioka, M. Miyachi, M. Niwa // Hepatogastroenterology.* - 2008. - V.55. - №84. - P. 1136 - 1139.
19. Munene G, Knab M, Parag B. *Laparoscopic duodenojejunostomy for superior mesenteric artery syndrome. Am. Surg.* 2010;76:321-324.
20. Reyes C.D. *Laparoscopic vs open gastrectomy: a retrospective review / C.D. Reyes, K.J. Weber, M. Cagner, C.M. Divino // Surg. Endosc.* - 2001. - V.15. - №9. - P. 928 - 931.
21. Sarosi G.A. *Surgical therapy of peptic ulcers in the 21st century: more common than you think / G.A. Sarosi, K.R. Jaiswal, F.E. Nwariaku // Am.J. Surg.* - 2005. - V.190. - №5. - P. 775 - 779.
22. Singal R, Sahu P.K., Goyal S.L., Gupta S, Gupta R, Gupta A, Sekhon M.S., Mukesh Goel M. *Superior mesenteric artery syndrome: A case report // North Am. J. Med. Sci.* 2010. - Vol. 2 - P. 392-394.
23. Smith B.M. *Superior mesenteric artery syndrome: an underrecognized entity in the trauma population/ B.M. Smith, N.J. Zyromski, M.A. Purtill // J. Trauma.* - 2008. - V.64.-№3.-P.827-830
24. *Superior Mesenteric Artery Syndrome / A. Shetty, I.D. Itill et al. // Wake Forest University School of Medicine.* -2003. P. 1-6.
25. Wilkie D.P. *Chronic duodenal ileus. Am J. Med Sci.* 1927 - Vol. 173. - № 5. -P 643-649.