

Роль хронического нарушения дуоденальной проходимости в развитии болезней оперированного желудка

С.А.АФЕНДУЛОВ, Г.Ю.ЖУРАВЛЁВ, К.М.КАДИРОВ

The role of chronic disorder of duodenal patency in the postgastrectomy syndromes progress

S.A.AFENDULOV, G.YU.ZURAVLEV, K.M.KADIROV

Тамбовский государственный университет им. Г.Р.Державина

На сегодняшний день нет сомнения в причастности хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП) в генезе частого рецидивирования пилородуоденальных язв и развитии целого каскада болезней оперированного желудка [1, 3, 4]. В тоже время многие практикующие хирурги недооценивают роль ХНДП [2, 5]. В экстренной хирургии дела обстоят ещё хуже, ибо критерии степени выраженности ХНДП разноречивы.

Материалы и методы

Для исследования моторно-эвакуаторной функции и выявления ХНДП использовали рентгеноскопию с релаксационной дуоденографией, радиоизотопное исследование и УЗИ. Интраоперационную оценку ХНДП проводили с использованием критериев, разработанных Н.А.Никитиным (2002).

Обследованно 638 больных с различными формами язвенной болезни: 125 человек, находящихся на лечении по поводу обострения язвенной болезни ДПК, с благоприятным типом течения язвенной болезни; 296 пациентов в контексте предоперационного обследования (из них 62 пациента после ушивания перфоративной язвы в анамнезе, 94 – с состоявшимся кровотечением и 140 больных с непрерывно рецидивирующим течением язвенной болезни ДПК и агрессивным типом течения язвенной болезни), которые готовились к плановой операции. Кроме того, обследованы 82 пациента после ваготомии, в том числе после СПВ и лапароскопической операции Тейлора, и 135 после резекции желудка по Бильрот-1.

Интраоперационная оценка ХНДП произведена у 46 человек.

Результаты и их обсуждение

Во время интраоперационной оценки ХНДП придерживались следующих критериев. При отсутствии признаков ХНДП размеры желудка обычные, привратник свободно пропускает указательный палец, сомкнут, желчный пузырь без особенностей, нисходящая и нижнегоризонтальная ветви ДПК около 3,5 см.,

различие диаметров ДПК и начального отдела тощей кишки не превышает 1 см, в ответ на раздражение ДПК тупфером, последняя сокращается на 1/3-1/2 первоначальной величины.

При компенсированной форме ХНДП характерна умеренная гипертрофия стенки желудка с небольшим его увеличением, привратник спазмирован, желчный пузырь гипертоничен, но опорожняется легко, ДПК шириной до 4,5 см, разница в диаметре с тощей кишкой около 1,5 см, в ответ на механическое раздражение кишка спазмируется более 1/2 своего диаметра.

Для субкомпенсированной формы характерно умеренное увеличение желудка с гипотрофией его стенки, привратник зияет и легко пропускает 2 пальца, стенка желчного пузыря истончена, имеется умеренный перипроцесс, опорожняется с трудом, ДПК расширена до 6 см, различие с диаметром тощей кишки до 2,5 см, при раздражении ДПК сокращается менее чем на 1/3 (гипокинетический ответ).

При декомпенсированной стадии ХНДП характерны более выраженные изменения, присущие субкомпенсации, в ответ на раздражение ДПК не реагирует (акинетический ответ).

У 18 (39,1%) больных не наблюдали интраоперационных признаков ХНДП, у 16 (34,8%) выявлена компенсация, у 12 (26,1%) - субкомпенсированная форма ХНДП и у 1 (2,2%) пациента констатирована декомпенсированная форма ХНДП. Таким образом, у 29 (63%) пациентов наблюдали интраоперационные признаки ХНДП.

Из 125 обследованных с неосложнённой язвенной болезнью ДПК и благоприятным типом течения, признаки ХНДП при обследовании выявили у 21 (16,8%) пациента, при неосложнённой язвенной болезни с агрессивным типом течения язвенной болезни ХНДП – у 30 (21,4%), после ушивания перфоративной язвы – у 18 (29%), при кровотечении - у 31 (33%) пациентов. Таким образом, при язвенной болезни ДПК, осложнённой кровотечением и после ушивания прободной язвы в анамнезе, выявлено наибольшее количество пациентов с признаками ХНДП. В то же время, этот про-

цент оказался значительно ниже выявленного ХНДП интраоперационно, что говорит о несовершенстве дооперационной рентгенологической диагностики.

Все 46 пациентов, кому проводилась интраоперационная оценка ХНДП, были обследованы до операции. Ложно отрицательного результата мы не наблюдали, у всех больных с выявленной до операции ХНДП, последняя была подтверждена интраоперационно. Основной причиной ХНДП явился рубцово-спаечный процесс и перидуоденит в области связки Трейца – 24 (52,2%) пациента, у 8 (17,4%) больных выявили артериомезентериальную компрессию ДПК, у 10 (21,7%) больных имело место сочетание указанных причин, у 4 (8,9%) - явной причины ХНДП не выявили.

Всем пациентам, по возможности, проводили интраоперационную коррекцию ХНДП, или же выполнялась резекция с исключением ДПК из пассажа.

Из 135 обследованных после резекции желудка по Бильрот-1 признаки ХНДП наблюдали у 21 (15,6%) пациента, при этом из 36 больных с пептической язвой после резекции по Бильрот-1 – у 4 (11,1%). В целом ХНДП, как причина развития пептической язвы после резекции по Бильрот-1, стоит в наших исследованиях на 3 месте.

Из 33 больных с пептической язвой после ваготомии у 6 (18,2%) мы выявили те или иные изменения

гастродуоденальной зоны, приведшие, на наш взгляд, к развитию пептической язвы. В частности, у 3 (9,1%) из них диагностировали компенсированный стеноз привратника, при этом замедленная эвакуация бария по ДПК и дилатация её были выявлены у 4 (12,1%) пациентов, у 3 (9,1%) – наблюдали выраженный дуоденгастральный рефлюкс и, как правило, все изменения носили сочетанный характер.

Относительно малый процент выявленного ХНДП у больных с пептической язвой связан, видимо, с тем, что у большинства больных с выявленными признаками дуоденостаза проводилась интраоперационная коррекция ХНДП, в силу чего ХНДП, как причина пептической язвы, имело место только у 11,1% обследованных после резекции желудка и у 12,1% после ваготомии.

Вывод

С учётом того, что фактически ХНДП встречается чаще диагностированной до операции и имеет место более чем у 60% пациентов, необходимо во время вмешательства в обязательном порядке проводить оценку признаков ХНДП и, по возможности, проводить их коррекцию. При невозможности интраоперационной коррекции оперативное лечение должно осуществляться способом, выключающим двенадцатиперстную кишку из пассажа пищи.

Информация об авторах

1. Афендулов Сергей Алексеевич – д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургии с анестезиологией Тамбовского государственного университета им. Г.Р.Державина, заслуженный врач Российской Федерации; e-mail: kadirov@list.ru
2. Журавлев Герман Юрьевич – д.м.н., проф. кафедры хирургии с анестезиологией Тамбовского государственного университета им. Г.Р.Державина; e-mail: kadirov@list.ru
3. Кадиров Казим Магомедович – соискатель кафедры хирургии с анестезиологией Тамбовского государственного университета им. Г.Р.Державина; e-mail: kadirov@list.ru

Список литературы

1. Затолокин В.Д. Профилактика и лечение постваготомических нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка. Тез. докл. 8-й Всерос. съезда хирургов. Краснодар 1995; 98-99.
2. Никитин Н.А. Недостаточность швов дуоденальной культи в urgentной хирургии язвенной болезни. Киров 2002; 216.
3. Оскретков В.И., Шмарина И.В., Саданов В.С. Пептические язвы гастроэнтероанастомоза и тощей кишки. Барнаул 2004; 101.
4. Chan W.H. et al. Adverse operative risk factors for perforated peptic ulcer. Ann. Acad. Med. Singapore 2000; 29: 2: 164-167.
5. Siu W.T. et al. Routine use of laparoscopic repair for perforated peptic ulcer. Br. J. Surg. 2004; 91: 4: 481-484.

Поступила 16.04.2011 г.