

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Сочетание хронической дуоденальной непроходимости (ХДН) с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) является одной из сложных и малоизученных проблем современной гастроэнтерологии. По данным Ю.А. Нестеренко и соавт. [10] из 167 больных с ХДН у 86 (51,5%) была установлена язвенная болезнь желудка и ДПК. По сводным данным Р.А.Алибегова и С.А. Касумяна [1], Барт И.И [3], Я.Д.Витебского [4], Е.М.Благитко [5], Х.Д.Джумабаева [6], гастродуоденальные язвы в 5,66-50% наблюдений сочетаются с ХДН.

Вопросы этиопатогенетических взаимоотношений ХДН с язвенной болезнью желудка и ДПК, в частности её роль в язвообразовании, остаются не полностью изученными. Недооценка клинических значений ХДН и необходимости её адекватной коррекции во время операции по поводу язвенной болезни желудка и ДПК чревато высоким риском развития осложнений как несостоятельность культи ДПК, нарушения эвакуации из культи желудка в раннем послеоперационном периоде или формированию болезней оперированного желудка (БОЖ) как: синдром приводящей петли, рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит, рецидив язвы желудка и другим в отдаленном периоде [4,5,6].

В связи с внедрением новых технологий совершенствуются методы диагностики ХДН [1,2,4]. Предлагаются новые тактические и технические подходы при лечении ХДН в сочетании с язвенной болезнью желудка и ДПК [3,6,7,8].

Приводим результаты хирургического лечения 253 больных с ХДН в сочетании с язвенной болезнью желудка и ДПК, находившихся на стационарном лечении в Национальном хирургическом центре (НХЦ) МЗ КР за последние 15 лет. Возраст больных был от 26 до 67 лет. Длительность заболевания была от 1 года до 16 лет. Мужчин было 182 (72%), женщин 71 (28%).

Из 253 больных с ХДН, у 188 (74,3%) имелась сопутствующая язвенная болезнь ДПК, а язвенная болезнь желудка 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.

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 применяем фиброэндо-скопии, рентген-исследование ЖКТ с дуоденографией, комплексное УЗИ и методику гидроультразвукового исследования ДПК в условиях медикаментозной гипотонии и двойного контрастирования. Эндоскопическое исследование проводили фиброскопом фирмы «Олимпус» и «Пентакс». К эндоскопическим признакам ХДН относятся: наличие в желудке натощак застойного содержимого с примесью желчи и дуоденогастрального рефлюкса (ДГР). Эндоскопическими признаками ДГР являются постоянный заброс желчи в желудок с гиперемией слизистой антрального отдела желудка, зияние привратника, окрашивание слизистой "озерца" в желто-зеленный цвет, желтый оттенок желудочной слизи, заполнение луковицы ДПК желчью.

Дуоденографию для изучения моторной функции ДПК проводили по методике, описанной Я.Д.Витебским (1980). Дуоденографию производим в 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 дуоденоюнальный переход; форму зонда, соответствующую форме ДПК; расположение зонда относительно тел позвонков (топическое расположение ДПК). II этапом исследования является зондовая дуоденография 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 проводили на аппарате Aloka SSD-200 при цветном доплеровском сканировании, что позволяет достаточно точно определить артериомезентеральный угол (АМУ), в $N = 15-30$ град.) и артериомезентеральное расстояние (АМР), в $N = 0,8-2$ см).

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 эхогенного кольца ($N=5$ мм), амплитуду сокращений; также определяли эхоструктуру луковицы ДПК, которая менялась при наличии выраженного язвенного процесса, пенетрации в поджелудочную железу или наличии спаечного перидуоденита; измеряли диаметр различных отделов ДПК.

Для улучшения визуализации производили 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, 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. выявляли расширение ДПК вплоть до уровня связки Трейтца и появление маятникообразной перистальтики. При артериомезентериальной компрессии (АМК) выявляли 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 больной 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.

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

Всем пациентам выполняли операцию направленную на ликвидацию язвенной болезни и коррекцию ХДН. С этой целью в клинике используется ряд оперативных пособий, обеспечивающих сохранение или восстановление естественных сфинктерных структур и полноценную адекватную коррекцию дуоденального пассажа.

Корректирующие операции на ДПК позволили избежать выключения из пассажа пищи этой кишки с её обширной рефлексогенной зоной, что в свою очередь способствовало наиболее адекватной реабилитации пациентов, особенно в отдаленные сроки.

Операции дуоденолиза и рассечение связки Трейтца по Стронгу (РСТ) применяем при компенсированной стадии ХДН, была произведена у 202 (79,8%) больных, из них у 159 (62,8%) больных при язвенной болезни ДПК в сочетании с ХДН и у 43 (17%) больных при язвенной болезни желудка в сочетании с ХДН.

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

При декомпенсированной стадии ХДН была произведена резекция желудка по Бильрот - 2 с гастроэнтеростомией по Ру 9 (3,6%) больным, из них у 5 (2%) в сочетании с ЯБ ДПК и у 4 (1,6%) в сочетании с ЯБЖ.

При субкомпенсированной и декомпенсированной стадиях ХДН в производим ПАДЕС по Витебскому Д.Я. Способ Робинсона, резекция желудка с гастро-энтеростомией по Ру, как достаточно травматичные применяются редко. При сочетании ХДН с язвенной болезнью ДПК наиболее часто производим резекцию желудка по Бильрот-II с поперечным анастомозом по Д.Я.Витебскому в сочетании с РСТ или ПАДЕС, а при локализации язвы на передней стенке ДПК производим иссечение язвы с пилоро-дуоденопластикой и проксимальной селективной ваготомией.

При язвенной болезни желудка производим пилоруссохраняющую резекцию 1/2 желудка (ПСРЖ) в сочетании с РСТ или ПАДЕС.

Но после наложения поперечной 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 у части больных в раннем послеоперационном периоде клиникой дуодено- и гастростаза с формированием дуоденогастрального рефлюкса и характеризуется рвотой с примесью желчи, лечение которой требовало определенного терпения со стороны врачей и больных. В отдаленном периоде у этих больных отмечались чувство тяжести и боли в левом подреберье после приема пищи, изредка сопровождающиеся тошнотой.

Для предупреждения формирования «порочного круга» и устранения вышеуказанных недостатков, нами разработан новый метод операции (Абдуллаев Д.С., Ниязов Б.С. «Способ наложения дуоденоюностомии при хронической дуоденальной непроходимости»), Патент на изобретение №831, выданный Кыргызпатентом в 2005.

Техника операции заключается в следующем: после наложения боковой поперечной антиперистальтической дуоденоюностомии на короткой петле, из большого сальника выкраивается лоскут с питающим сосудом, шириной 2-3 см и длиной 8-10 см. Дефект сальника ушивается. Лоскут укладывается на брыжейку поперечноободочной кишки и фиксируется к ней узловыми швами. Кончик лоскута расщепляется на протяжении 4-5 см и охватывает циркулярно в виде манжетки спереди и сзади двенадцатиперстную кишку в нижнегоризонтальной её части на расстоянии 2,0-2,5 см дистальнее дуоденоюноанастомоза, создавая сужение просвета кишки и полную непроходимость в этом участке. Концы лоскута фиксируются узловыми швами друг к другу.

Для профилактики ранних послеоперационных функциональных нарушений пассажа дуоденального содержимого нами разработан «Способ дренирования желудочно-кишечного тракта для энтерально-зондового питания и двойной декомпрессии двенадцатиперстной кишки после операции дуоденоюностомии при хронической дуоденальной непроходимости» (Абдуллаев Д.С., Ниязов Б.С., Сыдыгалиев К.С. Патент на изобретение №832. Кыргызпатент. Бишкек. 2005).

При операции во время наложения ПАДЕС производится проведение назо-гастроэнтерального двухпросветного дренирующего зонда в тонкую кишку. Для устранения дуоденальной гипертензии на стенке дренирующего канала зонда продельваем 5-6 отверстий на протяжении 40 см от терминального конца зонда. На вторые сутки после операции начинаем ЭЗП через подводящий канал, а через дренирующий канал происходит сброс дуоденального содержимого в просвет тонкой кишки и нормализуется процесс пищеварения. При наличии гипертензии в просвете тонкой кишки содержимое ДПК сбрасывается наружу через дренирующий канал до восстановления функции тонкой кишки.

При отсутствии стандартных двухпросветных зондов применяются два отдельных стандартных, одноканальных тонкостенных зонда диаметром от 2 до 6 мм или зонды, приготовленные из одноразовой системы для внутривенного вливания.

Отдаленные результаты были изучены у 50 оперированных пациентов 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.

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алибегов Р.А., Касумян С.А. Диагностика хронической дуоденальной непроходимости. // Хирургия. – 1998. - №4. – С.17-10.
- 2 Алиев М.А., Арынов Н.М. Хроническая дуоденальная непроходимость механического генеза. Алматы, 1997. - 192 с.

- 3 Барт И.И. Коррекция ХНДП при хирургическом лечении язвенной болезни: Автореф. дис. канд. мед. наук. Воронеж, 2000.
- 4 Витебский Я.Д. Хронические нарушения дуоденальной проходимости и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Челябинск, 1976. - 190 с.
- 5 Блажитко Е.М. Хроническая дуоденальная непроходимость и способы её коррекции. Новосибирск, 1993. - 234 с.
- 6 Джумабаев Х.Д. Диагностика и выбор метода хирургического лечения ХДН при сочетании с ЯБ ДПК: Автореф. дис. д-ра мед. наук. Иркутск, 1997.
- 7 Жерлов Г.К., Кошель А.П., Помыткин А.В. и др. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне хронической дуоденальной непроходимости.// Хирургия. – 2003. - №5. – С. 19-23.
- 8 Ждановский О.М. Применение ПСРЖ в сочетании с коррекцией ХНДП при хирургическом лечении ЯБЖ и ДПК: Автореф. дис. канд. мед. наук. Курск, 2002.
- 9 Касумян С.А., Алибегов Р.А. Функциональные и органические нарушения проходимости ДПК. Смоленск, 1997. - 136 с.
- 10 Костылев Л.М. Хирургическая тактика при ЯБЖ и ДПК, протекающей на фоне ХДН: Автореф. дис. канд. мед. наук. Пермь, 1998.
- 11 Нестеренко Ю.А., Ступин В.А., Федоров А.В. Богданов А.В. Хроническая дуоденальная непроходимость. М.: Медицина, 1990. - 238 с.
- 12 Петухов И.М. Диагностика и лечение нарушений дуоденальной проходимости у больных язвенной болезнью, осложненной перфорацией: Автореф. дис. канд. мед. наук. Воронеж, 2002.