

РУБЦОВАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

И.Н. Агаев, Н.А. Велиев, И.С. Малков

*Кафедра общей и неотложной хирургии (зав. — доц. Р.Ш.Шаймарданов)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования,
кафедра хирургических болезней № 3 (зав. — проф. И.Н. Агаев) Азербайджанского
медицинского университета им. Н. Нариманова, г. Баку*

Ввиду анатомических особенностей двенадцатиперстной кишки оперативные вмешательства на ней являются наиболее сложными в абдоминальной хирургии. “Ахиллесовой пятой” для хирургов всегда считалась задняя ее стенка, которая на всем протяжении соприкасается с головкой поджелудочной железы, крупными сосудами и внепеченочными желчными протоками.

Известно, что в мышечной оболочке гастродуоденального перехода продольная мускулатура сосредоточена главным образом на большой и малой кривизне желудка. Продольная мускулатура пилорической части желудка в виде ленты доходит до сфинктера привратника и далее переходит на двенадцатиперстную кишку, совершая спиралевидный поворот на 90° по ходу часовой стрелки — с малой кривизны желудка на ее заднюю стенку, а с большой кривизны желудка — на переднюю стенку луковицы двенадцатиперстной кишки. Пилорический сфинктер располагается под углом к оси гастродуоденального перехода, а полуокружность сфинктера со стороны малой кривизны желудка — проксимальнее, чем со стороны большой кривизны. Кроме того, для пилорического сфинктера характерна асимметричность толщины его стенок, которая наиболее выражена на передней и верхней стенках [1].

По мнению В.Н. Оноприева [2, 3], рубцовое поле в сегменте язвы замыкается в кольцо, которое поэтапно сужается, формируя стеноз. Интраоперационное изучение особенностей рубцовой деформации двенадцатиперстной кишки при осложненных дуоденальных язвах у 122 больных, а также исследование аутопсийного материала позволили нам выявить определенную закономерность ее развития. Было установлено, что процесс рубцовой деформации всегда

происходит по направлению часовой стрелки, снизу вверх. Этому способствуют более развитая сеть мышечных волокон пилорического отдела и луковицы двенадцатиперстной кишки со стороны малой кривизны желудка и слабость этих волокон со стороны большой кривизны. Поэтому при язвенном поражении двенадцатиперстной кишки и дальнейшем развитии воспалительно-рубцовых изменений из-за нарушения целостности мышечного слоя в указанных участках происходит ослабление стенки пилорического отдела и луковицы кишки. Это приводит к перемещению органа по направлению наименьшего сопротивления: он как бы поворачивается вокруг вертикальной оси тела. Если пенетрирующая язва расположена на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, то происходит прочная фиксация эпицентра рубцового процесса к капсуле головки поджелудочной железы. При этом задняя стенка кишки практически остается неподвижной, и деформация происходит за счет перемещения ее переднебоковой стенки в направлении слева направо, снизу вверх.

Как указано на рис. 1, перемещение вверх и ротация переднебоковой стенки двенадцатиперстной кишки вокруг вертикальной оси создают условия для того, чтобы с ней спаялись гепатодуоденальная связка и близлежащие органы. При этом на передней стенке кишки образуется складка (карман), которая в зависимости от вида пенетрации может перемещаться либо к терминальному отделу гепатодуоденальной связки, либо к головке поджелудочной железы за счет ротации двенадцатиперстной кишки вокруг горизонтальной оси (рис. 2). Такое смещение двенадцатиперстной кишки приводит к тому, что при визуальном осмотре и пальпации язвы создается впечатление о локализации ее в по-

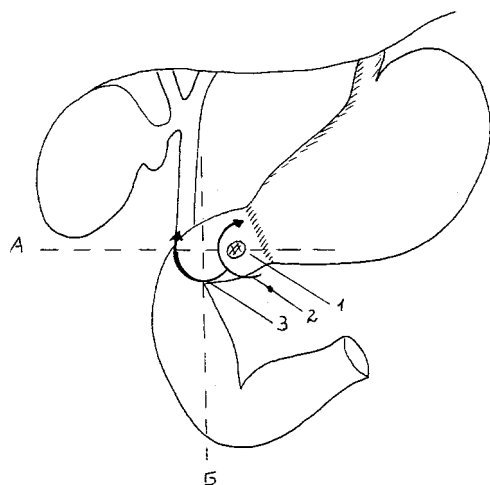


Рис. 1. Направления рубцовых деформаций двенадцатиперстной кишки вокруг горизонтальной (А) и вертикальной (Б) осей при язвенной болезни: 1 — дуоденальная язва, 2 — ротация переднебоковой стенки двенадцатиперстной кишки по горизонтальной оси, 3 — ротация переднебоковой стенки двенадцатиперстной кишки по вертикальной оси.

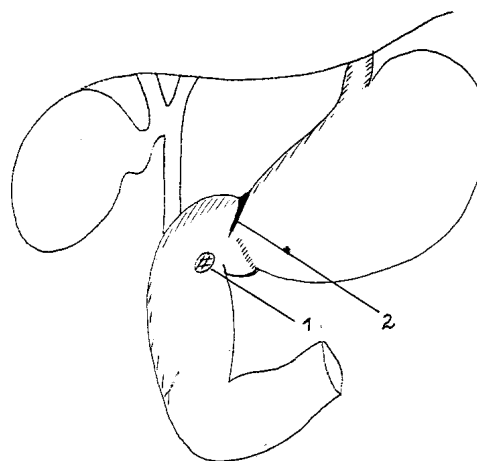


Рис. 2. Рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки с перемещением ее передней стенки к гепатодуоденальной связке и привратнику: 1 — дуоденальная язва, 2 — складка (карман), которая образовалась вследствие ротации двенадцатиперстной кишки вокруг горизонтальной оси.

стбильбарном отделе. Степень рубцовой деформации во многом зависит от длительности воспалительного процесса. Так, застарелые язвы часто сопровождаются грубой деформацией пилородуоденальной зоны. Степень перемещения переднебоковой стенки двенадцатиперстной кишки к зоне гепатодуоденальной связки и правому краю головки поджелудочной железы является ключевым моментом в определении уровня локализации язвы. Именно в связи с отмеченными особенностями происходит неправильное представление о так называемых залуковичных язвах, поскольку с помощью рентгенографии и фиброгастродуоденоскопии ввиду грубой рубцовой деформации двенадцатиперстной кишки бывает достаточно сложно установить уровень язвенного поражения и адекватно оценить ситуацию.

У 32 (26,2%) из 122 больных с осложненными пилородуоденальными язвами на основании визуального осмотра и пальпаторного исследования первоначально показалось, что язва расположена в постбильбарном отделе и является трудноудалимой. Однако оценка особенностей анатомического строения гастродуоденального перехода и механизма формирования рубцовой деформации двенадцатиперстной кишки позволила

нам определить истинную локализацию язвы у 30 больных. У 21 больного язва располагалась в луковице двенадцатиперстной кишки и только у 9 — в ее нисходящем отделе. У 2 больных установить точную локализацию язв не удалось, и их охарактеризовали как трудноудалимые. Полученные данные указывают на то, что имеющаяся в литературе информация о частоте залуковичных или трудноудалимых язвах явно преувеличена.

С целью преодоления технических трудностей при выполнении резекции 2/3 части желудка при так называемых трудноудалимых язвах нами использовались следующие технические приемы:

1. Скелетизация дистальных 2/3 желудка до уровня инфильтративно-рубцовых изменений вокруг язвы и проведение его резекции. Часть культи желудка от малой кривизны ушивали аппаратным способом. Участок со стороны большой кривизны, который использовался для анастомозирования, не ушивали, он соответствовал по ширине просвету двенадцатиперстной кишки. Предварительное пересечение желудка значительно упрощает выделение язвы, так как создаются условия для свободной манипуляции на двенадцатиперстной кишке, что особенно важно при так называемых залуковичных язвах.

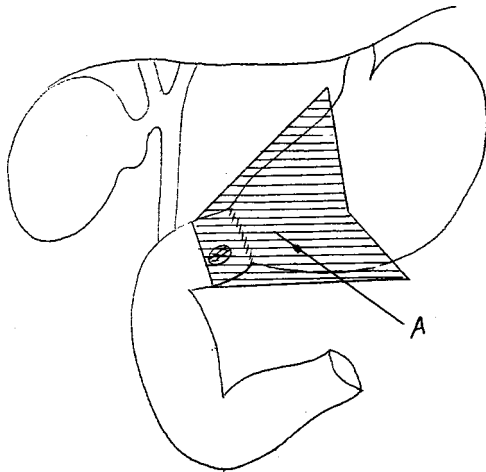


Рис. 3. Резекция 2/3 желудка вместе с дуоденальной язвой после устранения рубцовой деформации: А — зона резекции (заштрихована).

2. Проведение одновременной тракции за удаляемую часть желудка и пересечение спаек вокруг пилорoduоденального отдела. Это позволяет под визуальным контролем выполнять мобилизацию начальных отделов двенадцатиперстной кишки.

3. Дополнительная мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру.

4. Пересечение утолщенных рубцовых тканей в дистальном отделе гепатoduоденальной связки до мелких сосудов головки поджелудочной железы, что позволяет ликвидировать ротацию двенадцатиперстной кишки вокруг вертикальной оси.

6. Рассечение рубцового утолщения в области поперечной складки на передней стенке двенадцатиперстной кишки, которое устраняет ее деформацию вокруг горизонтальной оси.

Использование данных приемов позволяет в значительной степени восстановить первоначальное анатомическое расположение двенадцатиперстной кишки и определить истинную локализацию язвенного процесса. Затем бульбарный отдел двенадцатиперстной кишки вместе с язвой выделяют от капсулы головки поджелудочной железы, пересекают и перевязывают тонкие артериальные сосуды, при этом особое внимание следует уделять двум важным обстоятельствам. Во-первых, выделение должно проводиться строго по стенке двенадцатиперстной кишки на границе ин-

фильтративно-рубцовых утолщений, оставляя последние в стороне. Во-вторых, если язвенный дефект в головке поджелудочной железы имеет большие размеры, тогда для адекватной васкуляризации задней стенки двенадцатиперстной кишки ниже язвы необходимо щадить питающие артериальные сосуды, производя мобилизацию сверху вниз, строго по кишечной стенке. Соблюдение указанных выше приемов позволяет полностью освободить кишку от обширных инфильтративно-рубцовых утолщений и сохранить достаточно жизнеспособный материал для наложения гастрoduоденоанастомоза (рис. 3). Анастомоз обычно накладывается нами двухрядными швами.

ВЫВОДЫ

1. Деформация двенадцатиперстной кишки при осложненных язвах происходит как в вертикальном, так и в горизонтальном направлениях.

2. Выявленный механизм формирования деформации в гастрoduоденальном переходе показал, что “трудноудаляемая” постбульбарная язва носит в основном условный характер и при соблюдении разработанных технических приемов позволяет хирургу в большинстве случаев выполнить резекцию желудка по Бильрот I.

ЛИТЕРАТУРА

1. Задорожный Ф.Ф., Ефимов А.А., Байнигер В.Ф. // Вестн. хир. — 1987. — № 11. — С. 41—45.
2. Оноприев В.Н. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. - Краснодар, 1995.
3. Оноприев В.Н., Абакар М.С. Дуоденопластика и селективная проксимальная ваготомия в лечении осложненных дуоденальных язв. - Краснодар, 1984.

Поступила 10.06.02

SCARRY DEFORMATION OF DUODENUM IN SURGERY OF PEPTIC ULCER

I.N. Agaeu, N.A. Ueliev, I.S. Malkov

Summary

Definite laws of development of scarry deformation are found on the basis of intraoperative examinations in 122 patients with peptic ulcer of duodenum, complicated by penetration of ulcer in the pancreas head. Deformation formation mechanism revealed in gastroduodenal zone showed that “difficult to ablate” postbulbar ulcer is rather relative and in case of use of developed technical methods allows a surgeon to carry out the Bilrot I stomach resection in most cases.