

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛОВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Р.Ш. Шаймарданов, Л.С. Фассахова

*Кафедра общей и неотложной хирургии (зав. - доц. Р.Ш. Шаймарданов) Казанской
государственной медицинской академии последипломного образования*

Дивертикулы двенадцатиперстной кишки (ДДК) не представляют большой редкости, однако единого мнения о клиническом их значении нет [2]. Вопросы диагностики и лечения ДДК до настоящего времени разработаны недостаточно. В частности, отсутствуют объективные методы исследования моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки, нет ясности в определении объема оперативных вмешательств с учетом количества дивертикулов, нарушения проходимости общего желчного и панкреатических протоков, состояния моторной функции двенадцатиперстной кишки.

Цель исследования заключалась в оценке частоты осложнений ДДК, определении информативности известных диагностических методов, разработке новых принципов выбора методов лечения при осложненных ДДК.

Нами проанализированы результаты лечения 148 больных с ДДК, находившихся на лечении с 1990 по 2001 г. в клинике общей и неотложной хирургии КГМА на базе городской больницы № 7. По локализации ДДК распределялись так: в верхней горизонтальной части - у 29 (19,5%) больных, в нисходящей - у 87 (58,3%), в нижней горизонтальной - у 32 (21,4%). Количество дивертикулов колебалось от 1 до 5. По форме они были округлыми, овальными, цилиндрическими, воронкообразными, грушевидными, грибовидными. В неотложном порядке поступили 62 (41,7%) человека, в плановом - 87 (58,3%). 124 (83,0%) человека были госпитализированы с различными осложнениями дивертикулов. Из поступивших как в экстренном, так и в плановом порядке 44,9% больных были направлены с установленным ДДК, а остальные 36,2% - с диагнозами острого панкреатита, обострения язвенной болезни, острого холецистопанкреатита, кишечной непроходимости.

Для диагностики ДДК применяли следующие методы: зондовую и беззондовую дуоденографию, дуоденоскопию, поэтажную манометрию ЖКТ. С целью определения моторной функции двенадцатиперстной кишки регистрировались

ее биопотенциалы при помощи компьютерного энтерографа, разработанного в клинике совместно с сотрудниками КГТУ (патент РФ № 2088147 МПК 6А61В504). Проводились дуоденальное зондирование и анализ желудочного сока.

Анализ результатов наших исследований показал, что наиболее информативным методом в установлении ДДК является релаксационная дуоденография, которую выполняли в 100% случаях: в 63,7% - сразу после госпитализации, в 20,8% - в сочетании с рентгеноскопией желудка; 18 (12%) больных поступили с имеющимися снимками. Кроме установления наличия ДДК, релаксационная дуоденография позволяет определить размеры, локализацию и форму дивертикула, размеры двенадцатиперстной кишки, наличие дуоденогастрального рефлюкса, по которым можно косвенно судить о функциональном состоянии двенадцатиперстной кишки.

Методом дуоденоскопии ДДК выявлены у 103 (69,1%) больных. При дуоденоскопии устанавливали отношение БДС к ДДК, наличие осложнений ДДК (дивертикулит, кровотечение).

76 (51,0%) больным с ДДК проводилась дуоденоманометрия методом открытого катетера, который устанавливается эндоскопическим путем. Давление в двенадцатиперстной кишке регистрировали с помощью оригинального манометра в компьютеризированной системе. У 41 (20,7%) больных при этом выявлено повышение внутридуоденального давления до 180 мм вод. ст. натощак и 260 мм вод. ст. после приема пищи (в норме - соответственно от 80 до 130 и от 120 до 140 мм вод. ст.).

Кислотно-пептическую активность желудочного сока изучали с целью выбора метода выключения двенадцатиперстной кишки. По нашему мнению, при сохраненной кислотопродукции показана резекция желудка в одном из вариантов, а при низкой кислотности методом выбора выключения двенадцати-

типерстной кишки является дуодено-еюноанастомоз по А. Г. Земляному [1]. У 55,7% больных с ДДК имела место низкая кислотность, у 12,7% - нормальная, у 27,5% - повышенная. У 29 (19,4%) больных с повышенной кислотностью ДДК сочетались с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

При исследовании дуоденального содержимого у 56 (37,5%) выявлено наличие хлопьев, плоского эпителия, лямблий, кристаллов холестерина и повышенное содержание лейкоцитов, что указывало на явления дуоденита на фоне дивертикула.

124 (83,0%) пациента поступили в клинику с различными формами осложнений ДДК: дивертикулиты - острый (26,6%) и хронический (36,2%), механическая желтуха (20,9%), кровотечение (2,4%), дивертикулохоледохеальные свищи (3,2%), стеноз БДС (10,4%).

Наиболее распространенным осложнением ДДК являются дивертикулиты, которые возникли, по нашим наблюдениям, вследствие нарушения эвакуации пищевых масс из дивертикула. Клиническая картина при дивертикулитах зависит от их локализации. При расположении в верхней горизонтальной части или в верхней трети нисходящей части двенадцатиперстной кишки и развитии в нем воспалительного процесса у больных отмечаются боли в эпигастрии, тошнота, чувство тяжести, отрыжка, иногда рвота. При расположении в средней трети нисходящей части двенадцатиперстной кишки, т.е. в области расположения фатерова соска, клиническая картина напоминает приступ печеночной колики, холецистита или панкреатита, а в нижней горизонтальной и нижней трети нисходящей частей - дуоденальную непроходимость, так как протекает с болью и рвотой. Рентгенологически дивертикулит характеризуется длительной задержкой в нем контрастной массы, наличием грубых складок, болезненностью при пальпации.

Другим наиболее распространенным осложнением ДДК является острый панкреатит. Его развитие обусловлено нарушением оттока желчи и панкреатических соков, особенно при впадении БДС в дивертикул, а также сдавлением панкреатических протоков воспаленным дивертикулом и контактным воспалением поджелудочной железы при обострении дивертикулита.

У 4 (2,6%) больных с ДДК были обнаружены дивертикулохоледохеальные свищи. Все больные поступили в экстренном порядке с клиникой холангита (2) и холецистопанкреатита (2), осложненного механической желтухой. Им были наложены микрохолецистостомы: 2 - под лапароскопическим контролем, 2 - под УЗИ-контролем. После разрешения острых явлений (холангита, панкреатита) проводилось прямое рентгенконтрастирование желчевыводящих путей, при котором были обнаружены дивертикулохоледохеальные свищи.

Следующим осложнением дивертикулов является механическая желтуха. Таких больных было 26 (17,4%). Это осложнение возникает в результате сдавления общего желчного протока, распространения отека на БДС, приводящего к нарушению оттока желчи. Наблюдается оно при локализации дивертикула в области фатерова соска - это так называемые парафатеральные дивертикулы.

Желтуха при ДДК появляется, как правило, на фоне приступообразных болей в правом подреберье и подложечной области, носит неинтенсивный характер, длится недолго (3-4 дня). Уровень билирубина колеблется от 80 до 260 мкмоль/л (I-II степень по Гилевичу.)

Иногда воспалительно-деструктивные процессы в стенке дивертикула приводят к образованию острых эрозий и язв с последующим хроническим или профузным кровотечением. У 3 (2,0%) больных дивертикулы осложнились кровотечением, источник которого был установлен эндоскопическим путем и устранен консервативным методом. Во всех трех случаях наблюдалась легкая степень кровопотери.

У 13 (8,7%) больных ДДК сочетался со стриктурой БДС и терминального отдела холедоха. Диагноз стриктуры был установлен при плановом обследовании (РПХГ) путем антероградной холангиографии через холецистостому после купирования острых явлений.

Мы считаем, что при ДДК, особенно при парафатеральной локализации и впадении БДС в дивертикул, исследование желчевыводящих путей на предмет нарушения их проходимости является обязательным.

Из 149 больных 61 (40,9%) человек были прооперированы. Основными показаниями к оперативному лечению были часто повторяющиеся дивертикулиты, сочетание дивертикула с холедо-

холитиазом, нарушением дуоденальной проходимости, стенозом терминального отдела холедоха II-III ст., впадение БДС в дивертикул с неоднократными приступами механической желтухи, множественные дивертикулы двенадцатиперстной кишки, осложненные дивертикулитами [3].

Были выполнены следующие операции: 6 дивертикулэктомий с одним летальным исходом, 8 выключений двенадцатиперстной кишки по А.Г. Земляному, 16 резекций 2/3 желудка по Бальфуру, 14 резекций 2/3 желудка по Ру, 10 резекций 2/3 желудка по Бальфуру в сочетании с холедоходуоденоанастомозом (ХДА), 7 выключений двенадцатиперстной кишки по Бальфуру в сочетании с дуоденоюностомией в модификации клиники.

Нами были выполнены 6 дивертикулэктомий, которые во всех случаях сопровождались клиникой острого панкреатита, в 3 случаях развился панкреонекроз. Один больной умер от тотального панкреонекроза. Эта операция характеризуется высокой травматичностью и техническими трудностями. Поэтому в последние 6 лет от дивертикулэктомии, кроме случаев внутрибрюшинной локализации (передняя стенка), мы отказались, и оптимальным методом выбора считаем выключение двенадцатиперстной кишки по А.Г.Земляному с прямым дуоденоюностомозом. Показанием к этой операции являются пониженная кислотопродукция (при сохраненной кислотности имеется опасность развития пептической язвы), отсутствие гастроптоза и нарушения моторной функции желудка.

При сочетании ДДК с язвенной болезнью желудка и при сохраненной и повышенной кислотопродукции методом выбора является резекция 2/3 желудка с гастродуоденоанастомозом по Бальфуру или по Ру. Анастомоз на короткой петле нежелателен из-за ретроградного заброса желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку. В случаях, когда ДДК сочетается со стриктурой БДС и терминального отдела холедоха, показано выключение двенадцатиперстной кишки в сочетании с ХДА.

Показаниями к выключению двенадцатиперстной кишки в сочетании с дуоденоюностомией были ДДК и дивертикулез двенадцатиперстной кишки с режимом нарушением моторно-эвакуатор-

ной функции двенадцатиперстной кишки (хроническая дуоденальная непроходимость III-IV степени).

Отдаленные результаты хирургического лечения ДДК были изучены у 52 (85,2%) больных. Хорошим результатом мы считаем отсутствие болей без соблюдения диеты и сохранение трудоспособности, удовлетворительным - когда у больных отсутствуют приступы острых болей, но имеется дискомфорт при алиментарной нагрузке и больные вынуждены соблюдать диету. Результаты считаем неудовлетворительными при отсутствии особого улучшения после операции, что бывает связано с развитием необратимых моторно-функциональных изменений в органах панкреатобилиарной зоны (хронический индуративный панкреатит). Хорошие результаты были получены у 32 (61,5%), удовлетворительные - у 15 (28,8%) и неудовлетворительные - у 5 (9,6%) больных.

Таким образом, ДДК является достаточно часто встречающейся патологией. 83% случаев ДДК сопровождаются различными осложнениями. Около 41% больных с ДДК нуждаются в оперативном лечении. Методом выбора операции мы считаем выключение двенадцатиперстной кишки в сочетании с оперативными вмешательствами, направленными на восстановление пассажа желчи и декомпрессии двенадцатиперстной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Земляной А.Г. Учение о дивертикулах. - Л., 1991.
2. Шалимов А.А., Мамыкин С.Н., Диброва Ю.А. Дивертикулы пищеварительного тракта. - Киев, 1985.
2. Шаймарданов Р.Ш., Зарипова Л.С. Материалы Всероссийской практической конференции хирургов./ Актуальные вопросы хирургии поджелудочной железы и брюшной аорты. - Пятигорск, 1999. - С.76—77.

Поступила 29.01.02.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COMPLICATIONS OF DIVERTICULA OF DUODENUM

R.Sh. Shaimardanov, L.S. Fassakhova

Summary

The results of diagnosis and treatment of 149 patients with diverticula of duodenum are analysed. The typical clinical picture and complications of diverticula of duodenum depending on localization are established. The basic diagnosis methods are described and their informativity is estimated. The indications to surgical treatment and the principles of choosing the form of operative interventions are concretized.