

УДК 616.342-002.44-06-07-089

ДИАГНОСТИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ АРТЕРИОМЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В.Н. Репин, М.В. Репин, А.С. Ефимушкина,
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия»

Репин Василий Николаевич – e-mail: vas_repina@mail.ru

Представлен опыт лечения 189 больных язвенной болезнью, протекающей на фоне артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки. У 80,4% больных язва была осложненной. Исследована дуоденальная моторика и угол между аортой и верхней брыжеечной артерией. Выбор операции зависел от вида осложнения язвенной болезни и стадии артериомезентериальной компрессии. Представлены оригинальные методики операций при малигнизированных язвах. Отдаленные результаты у 94% больных отличные и хорошие.

Ключевые слова: язвенная болезнь, артериомезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки, дуоденоюноанастомоз.

Experience of surgical treatment of 189 patients by the duodenal and stomach ulcers combined with a compression of duodenum by the superior mesenteric artery is presented. Complications of ulcer disease were observed in 80% of patients. Applied special researches: studied duodenal motor activity and measured the angle between the superior mesenteric artery and the aorta. The differentiated choice of a way of surgical intervention, depending on a kind of complications of an ulcer and degree of a duodenal compression is offered. Original techniques of operations are presented at malignant stomach ulcers: subtotal and total gastrectomy in a combination with duodenojejunostomy. The long term results were studied at 138 (73%) patients and at 94% from them are recognized by excellent and good.

Key words: ulcerous disease, arteriomesenterical compression of duodenum.

Введение

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки представляет серьезную социальную проблему, несмотря на достижения современных методов консервативного лечения. Неуклонно увеличивается количество больных с осложненным течением заболевания, особенно с кровотечениями. При этом перфорация язв, кровотечения, рубцовые стенозы нередко возникают на фоне сопутствующей патологии, в частности – хронической дуоденальной непроходимости, одной из причин которой является артериомезентериальная компрессия (АМК) двенадцатиперстной кишки (ДПК) [1, 2, 3]. Индивидуальный выбор способа операции при сочетанной патологии чрезвычайно

сложен, а стандартные варианты операций, без учета признаков нарушения дуоденальной проходимости, представляют потенциальную угрозу развития послеоперационных осложнений и снижают качество жизни оперированных больных [4, 5, 6].

Цель исследования: уточнить клинические проявления язвенной болезни, протекающей на фоне АМК ДПК, усовершенствовать диагностику этой сочетанной патологии и обосновать выбор операции.

Материалы и методы

За период с 2008 по 2012 год проведено обследование и оперативное лечение 189 больных язвенной болезнью желудка и ДПК в сочетании с артериомезентериальной

компрессией двенадцатиперстной кишки, среди них 61 (32,3%) были женщины, 128 (67,7%) – мужчины. Возраст больных колебался от 16 до 69 лет. Язва ДПК была у 164 (86,8%) больных; желудка – у 25 (13,2%). Осложнения язвенной болезни были у 152 (80,4%) больных. Клиника является городским центром лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями.

Из числа больных язвой ДПК поступили в клинику в связи с кровотечением 56 больных, с перфорацией – 15, стенозом в разной стадии – 33. У 16 больных кровотечение было на фоне пенетрирующей и стенозирующей язвы, у 6 язва осложнилась стенозом и пенетрацией, у 3 – пенетрацией.

Из числа больных язвой желудка 16 поступили с кровотечением, 2 – со стенозом. У 5 больных выявлена малигнизированная язва желудка.

После стабилизации состояния больных проводилось комплексное клиническое обследование, включающее рентгенологическую оценку моторно-эвакуаторной функции ДПК, эзофагогастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование для измерения угла отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты. Для оценки тонуса и сократительной функции ДПК проводили дуоденоманокinezографию методом открытого катетера с использованием кремниевого датчика давления фирмы «Motorola» (MPXT 5006 D) с регистрацией результатов на установке оригинальной конструкции. Для оценки секреции желудка и рефлюксных нарушений проводилась внутрижелудочная рН-метрия системой «Гастроскан – 5М».

Оценка отдаленных результатов проводилась по системе Visick, модифицированной Ю.М. Панцыревым и соавторами (1989). Качество жизни оценивали путем анкетирования по интегральным значениям оценочных шкал в баллах.

Результаты и их обсуждение

Для анализа клинических особенностей язвенной болезни на фоне АМК ДПК выделили группу сравнения из 58 пациентов с язвенной болезнью без признаков АМК. Группы сопоставимы по полу и возрасту. Средняя продолжительность язвенного анамнеза в основной группе составила 6,0 лет, в группе сравнения – 5,2 года ($p < 0,05$). При оценке жалоб больных выделены четыре клинических синдрома, характерных для АМК ДПК: болевой, синдром моторно-эвакуаторных нарушений, синдром дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюкса, синдром недостаточности питания и астено-невротических расстройств. Жалобы, относящиеся к конкретному синдрому, оценивали в баллах.

У пациентов основной группы более выражен болевой синдром – 91,5% больных предъявляли жалобы на боли, не имеющие отчетливой связи с приемом пищи, часто постоянные, усиливающиеся после еды и принимающие распирающий характер. Синдром моторно-эвакуаторных нарушений, выявленный у 80,4% больных АМК ДПК, проявлялся чувством тяжести в эпигастрии и правом подреберье после приема пищи, чувством быстрого насыщения, дискомфорта в верхних отделах живота, рвоты на высоте болей с обильной примесью желчи в рвотных массах. Синдром дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюкса чаще наблюдался в основной группе. Эти пациенты отмечали постоянную горечь во рту, отрыжку и упор-

ную изжогу, которая усиливалась после приема пищи, обладающей желчегонным действием, плохую переносимость молочных и жирных блюд.

Синдром недостаточности питания и астено-невротических расстройств был обнаружен у 40,2% больных основной группы. Индекс массы тела этих пациентов составил $20,7 \text{ кг/м}^2$, а в группе сравнения – $23,4 \text{ кг/м}^2$ ($p < 0,05$). Наряду с уменьшением массы тела у больных снижалась трудоспособность, развивались депрессивные состояния.

В зависимости от тяжести клинических проявлений и результатов специальных исследований определяли стадию хронической дуоденальной непроходимости. Компенсированные расстройства были выявлены у 37 (19,6%) больных, стадия субкомпенсации установлена у 126 (66,6%), декомпенсации – у 26 (13,8%) больных. Стадия АМК и тяжесть клинических проявлений в какой-то мере коррелировали с возрастом больных. В возрасте 20–25 лет нарушения дуоденальной проходимости были в стадии компенсации. Субкомпенсированные расстройства чаще устанавливали у больных в возрасте 30–35 лет, а после 40 лет, как правило, наблюдались тяжелые нарушения моторики желудка и ДПК, истощение и снижение трудоспособности больных.

Патология является врожденной и относится к одной из разновидностей синдрома дисплазии соединительной ткани [7]. Она начинает проявляться с раннего возраста, но больные, как правило, лечатся с диагнозами: «рефлюкс гастрит», «хронический панкреатит», при появлении язвы – «язвенная болезнь».

Информативным методом диагностики АМК ДПК является рентгенологическое исследование желудка и ДПК. В стадии компенсации желудок был обычных размеров, наблюдалось замедленное поступление контраста в ДПК, задержка первых его порций на уровне мезентериальных сосудов до 60 секунд. Наблюдалась усиленная антиперистальтика, которая у всех больных сопровождалась дуоденогастральными рефлюксами. При проведении дуоденоманометрии у больных в стадии компенсации базальное давление составило $117 \pm 24,5$ мм водного столба, а после нагрузочной пробы – $147 \pm 5,6$ мм водного столба, тогда как в группе сравнения показатели интрадуоденального давления натощак составляли $94,5 \pm 3,8$ мм водного столба, а после нагрузки $106,5 \pm 5,2$ мм водного столба.

В стадии субкомпенсации желудок умеренно увеличен в размерах, тонус его сохранен, первые порции контраста задерживались на уровне мезентериальных сосудов не менее 3 минут, при этом тонус кишки сохранен и наблюдались дуоденогастральные рефлюксы. Базальное интрадуоденальное давление составило $206,0 \pm 22,3$ мм водного столба, а постнагрузочное $230,4 \pm 23,6$ мм водного столба.

В стадии декомпенсации желудок был атоничен, бошая кривизна провисала в полость малого таза. ДПК была расширена до 5–6 см, контраст останавливался в нижнегоризонтальной части в виде горизонтального уровня, с задержкой эвакуации в течение нескольких часов. При дуоденоманометрии наблюдалась гипотония ДПК, базальное давление было в пределах 70–80 мм водного столба, без существенных изменений после нагрузочной пробы.

Анализ эндоскопических изменений у 177 больных в

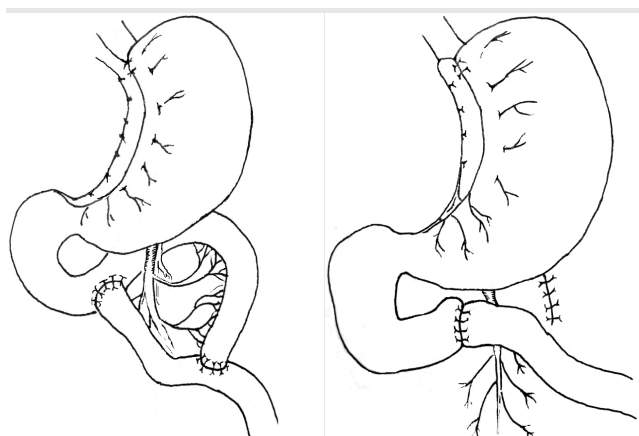
зависимости от стадии АМК показал достоверные отличия по ряду параметров в зависимости от тяжести заболевания, при этом тяжесть рефлюкс-гастрита коррелирует с недостаточностью привратника ($r=0,45$; $p<0,001$) и дуоденогастральным рефлюксом ($r=0,42$; $p<0,002$).

Ультразвуковое определение угла отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты показало среднее значение $20,2\pm 0,9^\circ$, а в группе сравнения $38,3\pm 2,7^\circ$. Обнаружена корреляция между величиной угла и рентгенологическими признаками замедления эвакуации из желудка ($r=0,34$; $p<0,001$); эрозивными изменениями слизистой оболочки желудка ($r=-0,32$; $p<0,001$) и интрадуоденальным давлением ($r=-0,27$; $p<0,001$).

Результаты проведения внутрижелудочной рН метрии показали, что у больных с язвенной болезнью ДПК на фоне АМК секреция желудка находится на гиперацидном или нормацидном уровне даже натощак. Регистрация щелочного рефлюкса подтверждала наличие хронической дуоденальной непроходимости.

Больным с язвенной болезнью желудка и ДПК, протекающей на фоне АМК, показано оперативное лечение. Выбор операции проводился с учетом стадии хронической дуоденальной непроходимости и локализации язвы. У больных с дуоденальной язвой и АМК в стадии компенсации, субкомпенсации адекватной операцией является селективная проксимальная ваготомия в сочетании с дуоденоюноанастомозом по Грегори-Смирнову или по Робинсону (рис. 1).

При первом варианте формируется петля тощей кишки по Ру, которая подводится к нижнегоризонтальному отделу ДПК впереди брыжейки тонкой кишки и формируется соустье справа от брыжеечных сосудов. При втором проводится резекция дуоденоюноального перехода и формируется дуоденоюноанастомоз впереди брыжеечных сосудов. Предпочтение заслуживает дуоденоюноанастомоз по Грегори-Смирнову, который наиболее надежен в функциональном плане и менее травматичен.

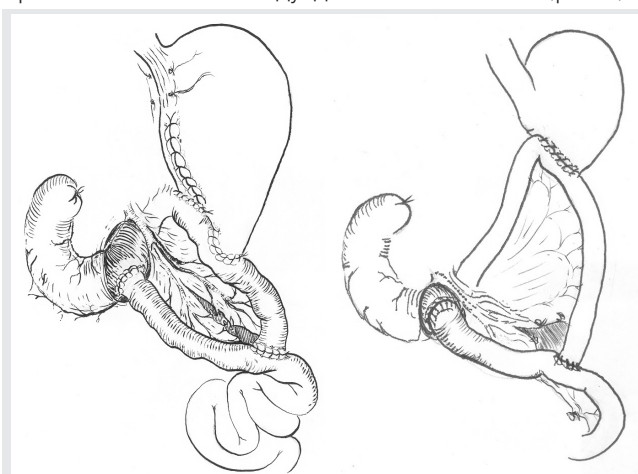


А
РИС. 1.
Селективная проксимальная ваготомия в сочетании с дуоденоюноанастомозом: а) по Грегори-Смирнову; б) по Робинсону.

Резецирующие операции в сочетании с дуоденоюноанастомозом проводили при язвах желудочной локализации и дуоденальной непроходимости в стадии декомпенсации независимо от локализации язвы. Мы называем их

комбинированными. При этом объем резекции желудка определяли с учетом локализации язвы. Расширенную ДПК выключали из пассажа и формировали гастроэнтероанастомоз по Финстереру. Отводящую кишку пересекали и накладывали дуоденоюноанастомоз по Грегори-Смирнову (рис. 2).

Двум больным с малигнизированными язвами тела и кардиального отдела желудка выполнен оригинальный вариант гастрэктомии с формированием резервуарного эзофагоюноанастомоза и дуоденоюноанастомоза (рис. 3).



А
РИС. 2.
Схема комбинированной операции: а) антрумэктомия, ваготомия и дуоденоюноанастомоз; б) субтотальная резекция желудка и дуоденоюноанастомоз.

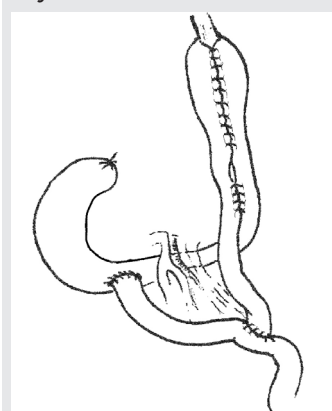


РИС. 3.
Гастрэктомия с формированием резервуарного эзофагоюноанастомоза и дуоденоюноанастомоза.

Варианты проведенных операций представлены в таблице.

Всем больным во время операции устанавливали ирригатор в тощую кишку дистальнее межикишечного анастомоза для проведения энтерального зондового питания в раннем послеоперационном периоде.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 11 (5,8%) больных: обострение хронического панкреатита – у 4; моторно-эвакуаторные нарушения – у 4; инвагинация тощей кишки – у 1; ранняя спаечная непроходимость – у 1; повреждение стенки общего желчного протока при пенетрирующей язве – у 1. Умер 1 (0,5%) больной. Осложнения чаще возникали после комбинированных операций, выполненных по поводу декомпенсированной АМК.

ТАБЛИЦА.

Варианты операций у больных язвенной болезнью в зависимости от стадии АМК

Варианты операций	Стадия АМК			
	комп.	субкомп.	декомп.	Всего
СПВ+ДЕА по Грегори-Смирнову	13	28	-	41
СПВ+Дуоденопластика+ДЕА по Грегори-Смирнову	3	12	-	15
СПВ+Холецистэктомия+ДЕА по Грегори-Смирнову	2	2	-	4
СПВ+ДЕА по Робинсону	8	8	-	16
СПВ+Дуоденопластика + ДЕА по Робинсону	-	5	-	5
Ушивание перфорации + СПВ+ДЕА по Грегори-Смирнову	3	11	-	14
Ушивание перфорации + СПВ+ДЕА по Робинсону	1	-	-	1
Антрэктомия или резекция желудка+ ДЕА по Грегори-Смирнову	7	57	23	88
Субтотальная резекция + ДЕА по Грегори-Смирнову	-	1	2	3
Гастрэктомия + ДЕА по Грегори-Смирнову	-	-	2	2
Всего	37	125	27	189

Примечание: ДЕА - дуоденоюноанастомоз, СПВ - селективная проксимальная ваготомия.

Отдаленные результаты изучены у 138 (73%) больных в сроки от 1 до 5 лет. Каждый больной заполнял анкету, позволяющую оценить качество жизни после операции, а для объективной оценки проводились эндоскопические, рентгенологические исследования.

У 130 (94,2%) больных результаты операции были отличные и хорошие. Удовлетворительные результаты у 5 (3,6%) были связаны с сохраняющимися проявлениями хронического панкреатита, рефлюкс-гастрита и демпинг-синдрома после комбинированных операций. Неудовлетворительные результаты у 3 (2,2%) связаны с рецидивом язвы. Больные находятся под наблюдением, получают антисекреторную и противоязвенную терапию, показаний для повторных операций не установлено. В целом, операции при язвенной болезни, направленные на коррекцию артериомезентериальной компрессии, привели к выздоровлению в 84,9–97,7% больных и повысили

качество жизни в 2–4 раза. Отдаленные результаты как после дренирующих, так и после комбинированных операций зависят от стадии артериомезентериальной компрессии и эффективности восстановления моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки.

Заключение

Таким образом, моторно-эвакуаторные нарушения двенадцатиперстной кишки при артериомезентериальной компрессии изменяют типичную клиническую картину язвенной болезни, отягощают ее течение, затрудняют консервативное лечение и predispose к развитию осложнений, включая перфорацию, пенетрацию, кровотечения и малигнизацию желудочных язв. Это позволило расширить показания к оперативному лечению больных с неосложненными формами язвенной болезни для предупреждения прогрессирования заболевания, развития осложнений и сопутствующей патологии. Операции должны дополняться коррекцией артериомезентериальной компрессии в зависимости от ее стадии.



ЛИТЕРАТУРА

1. Мартынов В.Л., Измайлов С.Г., Ильченко В.П. и др. Диагностика хронической дуоденальной непроходимости. Хирургия. 2005. № 4. С. 20-23.
2. Насиров М.Я., Абдиева Г.Х. Сравнительная диагностика артериомезентериальной дуоденальной компрессии у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2009. № 1. С. 59-62.
3. 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.
4. Никитин Н.А., Коршунова Т.П., Онучин М.А., Головизин А.А. Хирургическое лечение сочетанных осложнений язвенной болезни при пилородуоденальной локализации. Медицинский альманах. 2010. № 1. С. 121-125.
5. Сергеев И.В., Баулин Н.А., Зайцева М.И. и др. Роль способа операции при язвенной болезни в достижении благоприятного послеоперационного результата. Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Материалы Всероссийской конф. хирургов. Саратов, 2003. С. 214-215.
6. Wei-Liang Yang, Xin-Chen Zhang. Assessment of duodenal circular drainage in treatment of superior mesenteric artery syndrome. World J Gastroenterol. 2008. Vol. 14. № 2. P. 303-306.
7. Репин В.Н., Усольцева Л.В., Репин М.В. и др. Артериомезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки как патология, ассоциированная с дисплазией соединительной ткани. Пермский медицинский журнал. 2005. № 1. С. 37-42.