

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (сообщение 1)

А.А. Реут, С.В. Неретина, В.Я. Булыгин

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра факультетской хирургии, зав. – проф. А.А. Реут)

Резюме. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 138 больных, оперированных за период 1982 – 1998 гг. в факультетской хирургической клинике по поводу хронической дуоденальной непроходимости (ХДН). Представлены данные инструментальных исследований, позволяющих диагностировать ХДН. Изолированная форма ХДН установлена у 40 (28,9%) больных, сочетанная ХДН – у 98 (71,1%). Заболевание в стадии компенсации было у 27 (19,5%), субкомпенсации – у 68 (49,3%) и декомпенсации – у 43 (29,8%). Показания к операции определяли с учетом формы и стадии ХДН. Операции с сохранением дуоденального пассажа выполнены 101 (73,2%) больному, с исключением дуоденального пассажа – 37 (26,8%).

Хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) является одной из составляющих гастропанкреатобилиарной патологии и довольно частым осложнением болезней этой зоны. Этиопатогенетические механизмы ХДН сложны, многообразны и раскрыты далеко не полностью. Большинство авторов указывают на существенную взаимосвязь ХДН с такими распространенными заболеваниями как язвенная болезнь, хронический холецистит, панкреатит, в связи с чем сформировались новые подходы к лечению указанных заболеваний [1,3,7].

Что касается показаний и выбора метода хирургической коррекции ХДН, то этот вопрос является, пожалуй, самым сложным и нерешенным до настоящего времени. Ряд хирургов считает, что оперативное лечение показано больным с механической формой, другие – что при выборе метода лечения следует учитывать не только форму ХДН, но и стадию развития заболевания [6,8].

В целом, несмотря на высокую хирургическую активность, результаты лечения ХДН остаются в 16 – 35 % случаев неудовлетворительными, что указывает на необходимость дальнейшего изучения данной проблемы [2,4,5]. Целью исследования являлось определение адекватности выбора метода хирургической коррекции у больных ХДН на основании изучения отдаленных результатов.

Материалы и методы

Изучением ХДН факультетская хирургическая клиника ИГМУ занимается с 1982 года. За период 1982 – 1998 гг. корригирующие ХДН операции выполнены 417 больным. Учитывая миграционный процесс и естественную убыль населения, в настоящее время под нашим наблюдением находятся 138 человек. Из них 80 (57,9%) составляют женщины, 58 (42,1%) – мужчины.

При ретроспективном анализе историй болезни больные распределены по характеру патологического процесса, длительности заболевания и способу хирургической коррекции. Распределение по характеру патологического процесса и анамнезу заболевания представлено в таблице 1.

Результаты и обсуждение

Клиническая картина ХДН складывается, в основном, из двух групп признаков: нарушения опорожнения ДПК и заболеваний органов гастропанкреатобилиарной зоны. Наиболее частым являлся болевой синдром, который отмечен был среди всех исследуемых. Боли локализовались в эпигастральной области – у 53 (38,3%) больных, в эпигастральной области и правом подреберье – у 51 (37,8%), нелокализованные боли в животе – у 34 (23,9%).

Диспептический синдром: жалобы в виде тошноты обнаружены у 59 (42,7%), изжоги – у 80 (58,2 %), отрыжки – у 30 (22,6%), сухости и горечи во рту – у 23 (16,8%) больных. Дискомфорт в эпигастральной области, проявляющийся чувством тяжести, переполнения и вздутия живота выявлен у 48 (35,1%) больных. Другие симптомы (слабость, утомляемость, головные боли, эмоциональная неустойчивость), характеризующие астеноневротический синдром, выявлены у 34 (23,9%) больных.

Многообразие клинической симптоматики обуславливает необходимость применения дополнительных исследований. В этот комплекс были включены: рентгенологические исследования желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), эзофагогастродуоденоскопия, «позтажная манометрия», исследование желудочной секреции и некоторые другие.

Таблица 1

Распределение больных по характеру и длительности патологического процесса

Группы	Давность заболевания (продолжительность)			
	До 3-х лет	3-5 лет	Более 5 лет	Всего
Язвенная болезнь	9 (6,5%)	15 (10,8%)	11 (7,9%)	35 (25,2%)
Хронический калькулезный холецистит	5 (3,6%)	18 (13,2%)	11 (7,9%)	34 (24,7%)
Постхолецистэктомический синдром	6 (4,3%)	7 (5,1%)	—	13 (9,4%)
Пострезекционный синдром	—	2 (1,4%)	4 (2,8%)	6 (4,3%)
Постваготомический синдром	—	7 (5,1%)	3 (2,3%)	10 (7,4%)
Изолированная ХДН	7 (5,1%)	19 (13,8%)	14 (10,2%)	40 (29,0%)
Итого:	27 (19,5%)	68 (49,4%)	43 (31,2%)	138 (100%)

При рентгенологическом исследовании желудка и ДПК признаки дуоденальной дискинезии отмечались в 84,3% случаев. Наиболее часто встречающимися признаками ХДН были: увеличение размеров желудка в 41,7% случаев, замедление пассажа контрастной массы по ДПК — 48,3%, антиперистальтика ДПК — 14,1%. Стандартный рентгенологический метод исследования желудка и ДПК дополнялся релаксационной дуоденографией. Признаками ХДН на дуоденограмме были: проксимальный перидуоденит — в 51,6%, дуоденогастральный рефлюкс — в 34,4%, рубцово-спаечный процесс в зоне дуоденоюнального перехода (ДЕП) — в 30,3%, высокое расположение дуоденоюнального перехода — в 20,3%, признаки артериомезентериальной компрессии — 23,7%, перестройка слизистой оболочки ДПК по продольному типу — в 36,9% случаев.

При исследовании желудочного сока ахлоргидрия определена у 20,4%, гипохлоргидрия — у 57,1%, нормохлоргидрия — у 7,5% и гиперхлоргидрия — у 15% больных. Кроме того, в тощачном желудочном содержимом обнаружена щелочная фосфатаза в 40,1% случаев, из них имелась термостабильная фракция щелочной фосфатазы у 28,7%.

Эндоскопическая картина выглядела следующим образом: атрофический гастрит диагностирован у 57% больных, эрозии желудка — у 37,8%, хроническая язва ДПК — у 25,1%, дуоденогастральный рефлюкс — у 52% и гастроэзофагеальный рефлюкс — у 5,6 % больных. Гистологическое исследование слизистой желудка показало, что в 69,2% случаев отмечались метапластические изменения.

Одним из ранних признаков нарушения дуоденальной проходимости является дуоденальная гипертензия. В связи с этим больным проводилось последовательное измерение внутриполостного давления в ДПК, желудке и пищеводе. При этом выявлены достоверные различия показателей внутриполостного давления в зависимости от стадии ХДН. Так, у 27 больных в стадии компенсации отмечалась умеренная дуоденальная гипертензия (175,5 мм.водн.ст.); у 70 в стадии субком-

пенсации обнаружена выраженная дуоденальная гипертензия (223 мм.водн.ст.). Из 43 больных в стадии декомпенсации дуоденальная гипотония (40-50 мм.водн.ст.) выявлена у 12, дуоденальная гипертензия (в пределах 300 мм.водн.ст.) — у 31.

Показания к операции определялись с учетом тяжести течения заболевания и характера патологических изменений в органах, взаимосвязанных с ДПК. Все применяемые нами операции разделены на дренирующие и выключающие ДПК. Дренирующие операции направлены на улучшение опорожнения ДПК. К таким операциям относим операцию Стронга и нижний дуоденоюноанастомоз (ДЕА). Этот анастомоз выполнялся в трех вариантах: поперечный по Витебскому (ПАДЕА), дуоденоюноанастомоз по Робинсону и латеротерминальная дуоденоюностомия (модифицированная в клинике операция Робинсона). Выключение ДПК из пассажа пищи производили посредством резекции желудка по Ру, либо двойного выключения ДПК (табл. 2).

В стадии компенсации при неэффективности терапевтического лечения, а также как дополнение к другим хирургическим вмешательствам, выполняли коррекцию с применением операции Стронга (38 операций).

В стадии субкомпенсации выполняли нижний дуоденоюноанастомоз в одном из перечисленных вариантов (61 операция).

В стадии декомпенсации, а также у больных с постгастрорезекционными и постваготомическим синдромами выполняли двойное выключение ДПК, либо резекцию желудка по Ру (37 операций). У больных язвенной болезнью ДПК вмешательства дополняли селективной проксимальной ваготомией.

Таким образом, обилие методов корригирующих ХДН операций ставит хирурга перед выбором в каждом конкретном случае. Оценить эффективность различных методов и выявить объективные причины неудовлетворительных результатов можно на основании изучения отдаленных результатов, о чем будет сообщено в следующем сообщении.

Таблица 2.

Виды хирургической коррекции ХДН у изучаемой группы больных.

Группы	Виды операций		Количество	
	Сохраняющие пассаж по ДПК	Выключающие пассаж по ДПК	n	%
Язвенная болезнь	СПВ + Стронга		6	4,3%
	СПВ + ПАДЕА		3	2,2%
	СПВ + ЛТДЕА		10	7,2%
		Двойное выключение	8	5,9%
		Резекция по РУ	8	5,9%
Хронический калькулезный холецистит	ХЭ + Стронга		11	7,9%
	ХЭ + ПАДЕА		12	8,7%
	ХЭ + ЛТДЕА		11	7,9%
Постхолецистэктомический синдром	Операция Стронга		6	4,3%
	ПАДЕА		4	2,9%
	ЛТДЕА		3	2,2%
Пострезекционный синдром		Двойное выключение	2	1,4%
		Резекция по РУ	4	2,9%
Постваготомический синдром		Двойное выключение	5	3,6%
		Резекция по РУ	5	3,6%
Изолированная хроническая дуоденальная непроходимость	Операция Стронга		15	10,8
	ПАДЕА		8	5,9%
	ЛТДЕА		8	5,9%
	Операция Робинсона		4	2,9%
		Двойное выключение	4	2,9%
		Резекция по РУ	1	0,7%
Итого:	101 (73,2%)	37 (26,8%)	138 (100%)	

Примечание: СПВ - селективная проксимальная ваготомия; ПАДЕА - поперечный антиперистальтический дуоденоюноанастомоз; ЛТДЕА - латеротерминальный дуоденоюноанастомоз; ХЭ - холецистэктомия.

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC DUODENAL OBSTRUCTION (message 1)

A. A. Reut, S. V. Neretina, V. Ya. Buligin

(Irkutsk State Medical University)

The comparative analyses of recods data of 138 patients with chronic duodenal obstruction (CDO) for a period 1982-1998 is presented. Surgical correction were performed in all the patients. Available are the results of tool method of research allowing to diagnose CDO. The isolated form CDO is established at 40 (28,9%) patients, combined form - at 98 (71,1%). The disease in a stage of compensation was at 27 (19,5%), subcompensation - 68 (49,3%), decompensation - at 43 (31,2%). The indication to surgical treatment determined in view of the form and stage of CDO. Operation with preservation of duodenal passage was carried from 101 (73,2%) patients. Exclusion of the duodenum from passage was carried from 37(26,8%).

Литература

1. Амеличев Б.Д., Ганькин А.В. // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. - Харьков, 1988. - С. 3-5.
2. Блажитко Е.М. Хроническая дуоденальная непроходимость и способы ее коррекции. - Новосибирск, 1993. - 221с.
3. Петросян Г.М. // Журнал эксп. и клин. Медицины. - 1988. - Т. 22, вып. 3. - С. 213-217.
4. Репин В.Н., Рыжаков И.С., Репин М.В. // Вестник хирургии. - 1995. - № 2. - С. 17-20.
5. Саенко В.Ф., Маркулан Л.Ю., Тутченко Н.И. и др. // Клин. хирургия. - 1985. - № 2. - С. 10-13
6. Сергеев И.В., Баулин Н.А., Парамонова Т.И. // Хирургия. - 1991. - № 12. - С.98-101.
7. Allescher H.D., Safrany L., Neuhaus H. et all. // Gastroenterology. - 1992. - Vol. 102. - N 5. - P. 1782-1787.
8. Ross T, Fazio Y., Farmer R. // Ann. Surg. - 1983. - V. 197. - № 4. - P. 399-406.