

© РЕУТ А.А., НЕРЕТИНА С.В. –
УДК 616.342-007.272-036.12-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (сообщение 2)

А.А. Реут, С.В. Неретина.

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

Резюме. Проведен анализ неудовлетворительных исходов хирургической коррекции хронической дуоденальной непроходимости у 43 больных. На основании клинических данных и функционально-морфологического исследования установлена зависимость тяжести моторно-эвакуаторных нарушений двенадцатиперстной кишки от метода операции, длительности анамнеза заболевания и наличия сопутствующей патологии органов верхнего этажа брюшной полости. На основании полученных данных разработан дифференцированный подход к лечению данной категории больных.

Хирургическое лечение нарушений моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки (МЭФ ДПК) относится к числу наиболее сложных и недостаточно разработанных проблем абдоминальной хирургии [2,3,6,7]. Интерес к ней поддерживается в последнее время значительным числом публикаций и обусловлен сохраняющейся высокой частотой (16,0-35,0%) неудовлетворительных результатов дуоденорегулирующих операций [1,4,5]. Тем не менее, сведения в отношении причин неудовлетворительных исходов немногочисленны и противоречивы. Различия в терминологии и применяемых методах исследования приводят к трудностям при сопоставлении результатов, что усугубляется большим разнообразием методов лечения. Отсутствует также единый подход к оценке морфо-функционального состояния ДПК и вопросам реабилитации больных после регулирующих операций, что и послужило побудительным мотивом для выполнения данного исследования.

Цель исследования. Изучение причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения хронических нарушений дуоденальной проходимости и разработка патогенетически обоснованной тактики лечения данной категории больных.

Материалы и методы

В основу настоящего исследования положен анализ неудовлетворительных результатов операций, изученных у 43 больных в отдаленные сроки после хирургической коррекции ХДН, что составило 31,1% от числа наблюдаемых в настоящее время (сообщение 1, Сибирский медицинский

журнал №2, 1999). Операции с сохранением дуоденального пассажа ранее были выполнены у 31 (72,1%) больных, в том числе операция Стронга – 9 (19,8%), дуоденоюностомия – 22 (52,3%). Операции с исключением дуоденального пассажа – у 12 (27,9%), из них резекция по Ру – 8 (18,6%), двойное выключение ДПК – 4 (9,3%). Женщин было 29 (66,2%), мужчин – 14 (33,8%). Средний возраст больных составил $52 \pm 2,1$ года. Группу клинического сравнения составили 20 больных, перенесшие в прошлом дуоденорегулирующие операции и не имеющие жалоб со стороны органов пищеварения. По полу, возрасту и характеру перенесенных вмешательств группы не отличались ($p > 0,1$).

При обследовании больных использовали анамнестические, общеклинические и специальные методы исследований. Изучались функциональные и органические нарушения ДПК и смежных органов. Состояние МЭФ ДПК после хирургической коррекции ХДН оценивали по данным флюорогастроэнтерографии, динамической радиогепатодуоденографии и “позажной” манометрии, морфологическое состояние – на основании изучения биопсийного материала.

Результаты и обсуждение

Клиническая картина моторно-эвакуаторных нарушений (МЭН) ДПК складывается в основном из проявлений нарушений функции ДПК и сочетанной патологии органов верхнего этажа брюшной полости. При этом дифференцировать симптомы не всегда представляется возможным. Проведенный анализ жалоб и данных объективного обследования показал, что наиболее распростра-

ненными клиническими симптомами МЭН ДПК являлись боли и чувство тяжести в животе после приема пищи с пальпаторной болезненностью в эпигастральной области и правом подреберье, что нами отмечено в 65,1% случаев, отрыжка – 55,8%, тошнота – 53,5%.

Несколько реже наблюдалась рвота (51,1%), что характеризовало преимущественно тяжелую степень патологии.

По тяжести проявлений четко прослеживались МЭН ДПК легкой степени, умеренно выраженные и тяжелые. Дальнейшие исследования показали, что такое подразделение является оправданным, т.к. позволяет дифференцированно подходить к лечению больных. Больные с легкими МЭН ДПК составили 18 (41,8%), умеренно выраженными – 14 (32,5%) и тяжелыми – 11 (25,7%). При проведении специальных исследований более выраженные функциональные и морфологические изменения были выявлены у больных с тяжелой степенью МЭН ДПК.

Флюорогастроэнтерография выполнена у 30 (69,7%) больных МЭН ДПК и у 10 практически здоровых лиц, составивших группу клинического сравнения. Проведенный анализ времени эвакуации контраста из желудка показал, что замедленная эвакуация чаще отмечается при тяжелых МЭН ДПК ($p < 0,01$). При сравнении сроков эвакуации из ДПК более длительная задержка также отмечена у больных с тяжелой степенью ФН ДПК. Пассаж бария по ДПК носил равномерно замедленный характер у 22 (36,7%), у 38 (63,3%) задержка контрастной массы отмечалась в зоне дуодено-анастомоза. Сравнение времени эвакуации контраста по тощей кишке у больных и лиц контрольной группы существенных различий не выявило, показатель значимости превышал 0,1.

Радиологическое исследование эвакуаторной функции ДПК проведено у 5 (25,0%) лиц группы клинического сравнения и 16 (37,2%) больных с неудовлетворительными результатами хирургической коррекции ХДН. Это исследование позволило нам оценить функцию ДПК не только после операций с сохранением дуоденального пассажа, но и в тех случаях, когда пассаж пищи по ДПК был исключен. При анализе времени максимальной активности РФП в ДПК и относительного выведения установлено, что данные показатели позволяют более дифференцированно оценить эвакуаторную функцию ДПК. Время нахождения РФП в ДПК у больных основной группы в целом было значимо больше в отличие от группы клинического сравнения ($p < 0,01$). Зависимость между временем задержки РФП и относительным выведением имела линейный характер ($r = -0,8$; $p < 0,05$). Результаты проведенного исследования представлены в таблице 1.

Позтажная манометрия проведена всем больным изучаемых групп. Детальное изучение результатов манометрических исследований показало характерные особенности изменения внутридуоденального давления, отражающие тяжесть заболевания. Легкой степени МЭН ДПК соответствовали изменения преимущественно нормотонического типа, что выявлено в 67,7% ($p < 0,05$) случаев. Скрытая дуоденальная гипертензия в данной группе встречалась в – 27,8%, изолированная дуоденальная гипертензия – 5,5%. В группе больных с умеренными МЭН ДПК чаще отмечалась изолированная дуоденальная гипертензия – в 85,8% ($p < 0,05$), скрытая дуоденальная гипертензия отмечена в 7,1%, дуоденальная гипертензия со сбросом в желудок – 7,1% случаев. Тяжелая степень МЭН ДПК характеризовалась в равной степени следующими вариантами манометрических кривых: дуоденальная гипертензия со сбросом в желудок выявлена в 54,5%, дуоденальная гипотония – 45,5%.

Изучение морфофункционального состояния желудка и ДПК проведено всем обследованным. Первичную оценку состояния, прежде всего грубых морфологических изменений, проводили при фиброгастроудоденоскопии.

При анализе эндоскопических признаков, выявленных у оперированных больных установлено, что наиболее часто встречаются следующие: гастрит (79,1%), дуоденит (59,3%), эрозии в антральном отделе желудка (46,5%) и недостаточность пилорического жома (45,3%), которая сопровождалась дуодено-гастральным рефлюксом у 34,8 % больных. Судить о тяжести патологического процесса на основании эндоскопического исследования не представляется возможным, поскольку лишь при тяжелых функциональных нарушениях оперированной ДПК были выявлены значимые различия в частоте различного рода патологии.

При морфологическом исследовании слизистой оболочки желудка, ДПК и тощей кишки в отдаленные сроки у больных после перенесенных ранее корригирующих операций зарегистрированы признаки хронического гастродуоденоэюнита разной степени выраженности (рис. 1).

Проведенный анализ причин неудовлетворительных результатов в изучаемой группе больных

Таблица 1

Эвакуаторная функция ДПК после хирургической коррекции ХДН по данным динамической радиогенатодуоденографии

Параметры	Группы обследования			
	клинического сравнения	основная группа		
		ТМЭН	УМЭН	ЛМЭН
Тдпк (мин)	21,3±1,6	42,5±3,2*	29,7±2,1	22,7±2,0
Трфп (мин)	5,6±2,1	35,2±2,3*	23,0±2,1	21,2±1,9
Относительное выведение (%)	48,3±4,4	13,0±1,1*	31,9±1,8	43,2±4,1

Примечание: * – $p < 0,05$ (в сравнении между подгруппами); ТМЭН – тяжелые МЭН, УМЭН – умеренные МЭН, ЛМЭН – легкие МЭН

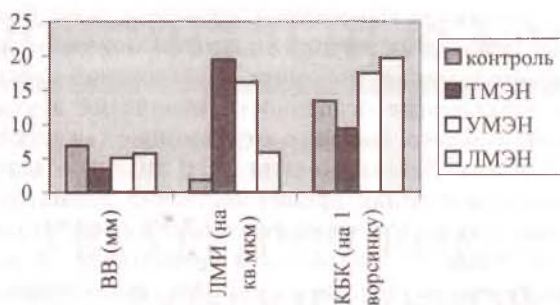


Рис.1. Данные морфометрии слизистой двенадцатиперстной кишки
ВВ – высота ворсинок, ЛМИ – лимфоцитарно-макрофагальная инфильтрация, КБК – количество бокаловидных клеток.

показал зависимость тяжести МЭН ДПК после хирургической коррекции ХДН от длительности анамнеза заболевания, способа произведенной операции и наличия сопутствующей патологии органов верхнего этажа брюшной полости.

Установлено, что удельный вес МЭН ДПК тяжелой степени был значимо выше в группе больных после операций с сохранением дуоденального пассажа ($p < 0,05$) и составил 62,5% при операции Стронга и 30,4% – при дуоденоюностомии. В то время как, после операций с исключением дуоденального пассажа МЭН ДПК тяжелой степени встретились в 1 случае после резекции по Ру.

Патология органов верхнего этажа брюшной полости выявлена у 28 (65,1 %) больных, из них 22 (51,2 %) – после операций с сохранением дуоденального пассажа и 6 (13,9 %) – после операций с исключением дуоденального пассажа. По характеру сопутствующей патологии больные распределились следующим образом: язвенная болезнь ДПК – 6 (21,5 %), желчекаменная болезнь – 8 (28,6%), хронический панкреатит – 10 (35,7 %), прочие – 4 (14,2 %). К категории прочих мы отне-

сли дистальный катаральный эзофагит, выявленный у 2 больных и демпинг-синдром, установленный также в 2 случаях.

Тяжесть МЭН оперированной ДПК в некоторой степени зависела от характера сочетанной патологии. Проведенный анализ, позволил установить, что ЯБ в наибольшей степени вызывает нарушения моторно-эвакуаторной функции ДПК, приводя к МЭН тяжелой степени, показатель значимости различий был менее 0,05.

Лечение больным проводили консервативное и хирургическое. Консервативное лечение было направлено на нормализацию функции ДПК и смежных органов и применялось у больных с легкой и средней степенью МЭН оперированной ДПК. Как правило, в данной группе больных оно было эффективным. При тяжелых МЭН ДПК и наличии сопутствующей патологии, требующей хирургического лечения, делали повторное оперативное вмешательство. Всего оперировано 8 (18,6%). Реконструктивные операции произведены у 5 больных, из них резекция желудка по Ру – 3, резекция желудка с двойным выключением ДПК – 2. У 3 больных выполнена холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита. Ближайший и отдаленный послеоперационный период протекали благоприятно.

Таким образом, для диагностики МЭН ДПК после хирургической коррекции ХДН необходимо применение комплекса специальных методов исследований. Причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения являются выбор неадекватного способа коррекции и наличие сопутствующей патологии органов верхнего этажа брюшной полости. Лечение больных с неудовлетворительными результатами хирургического лечения ХДН должно осуществляться с учетом тяжести нарушений МЭН ДПК.

SURGICAL TREATMENT OF THE CHRONIC DUODENAL OBSTRUCTION (message 1)

A.A. Reut, S.V. Neretya

(Irkutsk State Medical University)

Unsatisfactorily corrected chronic duodenal obstruction cases (43) were studied. The dependence of motor-evacuator disorders of duodenum on a method of the operation, the duration of disease and associated pathology of upper abdominal organs was established basing on clinical findings and instrumental investigation of duodenum. Differential approach to treatment of this category patients was worked out.

Литература

- Алибеков Р.А., Касумьян С.А. Диагностика хронической дуоденальной непроходимости // Хирургия. – 1998. – №4. – С.17-20.
- Благитко Е.М. Хроническая дуоденальная непроходимость и способы ее коррекции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 1994. – 50с.
- Зайцев В.Т., Пеев Б.И., Бойко В.В. и др. Хирургическое лечение больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, сочетающейся с дуоденостазом // Клини. хирургия. – 1993. – №3. – С.12-14.
- Оскретков В.И., Вильгельм Н.П. Хирургическое лечение хронической язвы двенадцатиперстной кишки, сочетанной с хронической дуоденальной непроходимостью // Хирургия. – 1998. – №3. – С.41-44.
- Сергеев И.В., Баулин Н.А., Парамонова Т.И. О целесообразности применения дуоденоюностомии при хронической дуоденальной непроходимости // Хирургия. – 1991. – №12. – С.98-101.
- Carlo V.M.; Vargas O.; Rameres Schon G.; Maldonado I.; Pequero J. Proximal duodeno-jejunosomy for the safe management of the difficult duodenal stump // Bol. Asoc. Med. – 1996. – Vol.88, N.10-12. – P.89-91.
- Massoud W.Z. Laparoscopic management of superior mesenteric artery syndrome // Int. Surg. – 1995. – Vol.80, N.4. – P.322-327.

ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ, ОСЛОЖНИВШЕЙ ЗАДНИЙ МЕДИАСТИНИТ

А.А. Залевский.

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор – акад. РАЕН, проф. В.И. Прохоренков; кафедра общей хирургии, зав. – проф. М.И.Гульман, дорожная больница станции Красноярск, гл. врач – Ю.Н. Балабаев)

Резюме. В статье приведено описание методики дренирования плевральной полости при гнойном плеврите, осложнившем течение заднего гнойного медиастинита, со стороны заднего средостения после обнажения наддиафрагмального его отдела передним внеплевральным доступом. Методики защищены патентами на изобретение. Патентообладатель – автор статьи.

Плевральную полость при острой эмпиеме плевры обычно дренируют трубчатым дренажом через прокол грудной стенки в VI-IX межреберье между средней подмышечной и лопаточной линиями. Как правило, способ достаточно эффективен в сочетании с активной аспирацией гнойного содержимого и комплексной консервативной терапией [2,5].

Особенностью патогенеза гнойного плеврита, осложнившего течение заднего гнойного медиастинита, является то, что источник инфицирования плевральной полости продолжает существовать после ее дренирования. Происходит прямой заброс гноя из средостения через дефект, образовавшийся в медиастинальной плевре после ее перфорации инструментом или инородным телом вместе со стенкой пищевода или вследствие операции на пищеводе и несостоятельности его швов. Распространение гноя в плевральном мешке идет от средостения к периферии. Установка дренажа в латеральной его части способствует этому [3,4]. Если гнойный очаг в средостении дренирован в другом направлении недостаточно эффективно и заброс гноя в плевральную полость продолжается, эмпиема плевры принимает затяжное течение. Нередко резерв жизненных сил больного заканчивается раньше, чем удастся санировать эти гнойные очаги [2].

Существенно отягощают процесс лечения осложнения связанные с проколом грудной стенки, установкой и удержанием дренажной трубки в нужном положении. К ним относятся частичное или полное ее выпадение из плевральной полости, пневмоторакс и ателектаз легкого, нагноение тканей вокруг дренажа [2]. Все это отрицательно влияет на исход заболевания и побуждает хирур-

гов к поиску новых путей дренирования, лишенных этих недостатков.

Многую применено дренирование плевральной полости со стороны заднего средостения, в случае гнойного плеврита, осложнившего течение заднего гнойного медиастинита (положительное решение о выдаче патента по заявке на изобретение № 97111108/14 (011695) от 01.07.1997). Этот путь дренирования плевральной полости целесообразен, когда дренирование заднего средостения осуществляют через передний внеплевральный наддиафрагмальный доступ (Патент на изобретение № 2137425 от 28 июня 1996 г.).

Материалы и методы

Доступ к заднему средостению осуществляют следующим образом. Наркоз эндотрахеальный с ИВЛ. Линейным разрезом от середины левого края мечевидного отростка до внутреннего края левой прямой мышцы живота послойно рассекают мягкие ткани в подреберье до предбрюшинного жирового слоя. Через реберно-грудинный треугольник диафрагмальной мышцы (щель Ларрея) вводят кончики браншей корнцанга в переднее средостение и, прижимая их к нижней поверхности реберной дуги, тупым способом расширяют его до размеров кожной раны. Средостенный участок диафрагмы отводят книзу и обнажают переднее средостение. Очищают от жировой клетчатки линию сращения перикарда с диафрагмой. От нижней грудино-перикардальной связки на 4-5 см влево от нее тупым и острым способами разделяют переднюю линию сращения перикарда с диафрагмой. Далее разделяют сращения кзади от этой линии, по направлению на пищевод. По мере углубления доступа его суживают слева направо. По правому краю придерживаются линии прочного