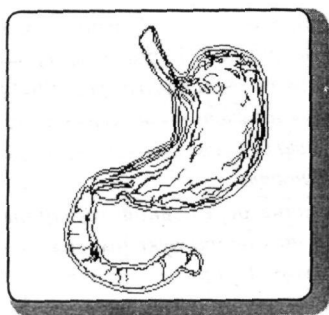


В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, Д.С. Чернышев

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, СОЧЕТАЕМЫЕ ЯЗВЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ПОРАЖЕНИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ЕЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск



Понимание возникающих при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) патологических морфофункциональных изменений является важным аспектом ее оперативного лечения.

Нами были проанализированы 724 случая оперативного лечения перфорации язвы (ПЯ) ДПК. Первую группу составили 513 пациентов, которым выполнено ушивание ПЯ ДПК без интраоперационной интрадуоденальной ревизии, и вторую группу — 211 больных после радикальной дуоденопластики (РДП) по В.И. Оноприеву с интрадуоденальной ревизией.

Морфологическое исследование изменений слизистой оболочки ДПК выявило резко выраженное воспаление во всех препаратах и в 97,6% препаратов — умеренную и резко выраженную инфильтрацию нейтрофилов (активность), что подтверждало наличие в иссеченных препаратах обострения хронического воспалительного процесса (рис. 1), а в 1 случае имела место малигнизация хронической ПЯ ДПК у больного 32 лет с клиническими и интраоперационными признаками острой дуоденальной язвы.

В выполненных патогистологических исследованиях удаленных ПЯ ДПК у больных 2 группы во всех 211 случаях нами была выявлена хроническая язва ДПК в стадии обострения. Нам неоднократно приходилось оперировать так называемые «немые» язвы, при которых характер выявленных интраоперационных изменений показал не только длительное существование язвы ДПК, но и наличие рубцово-язвенного стеноза с надстенотической трансформацией ДПК.

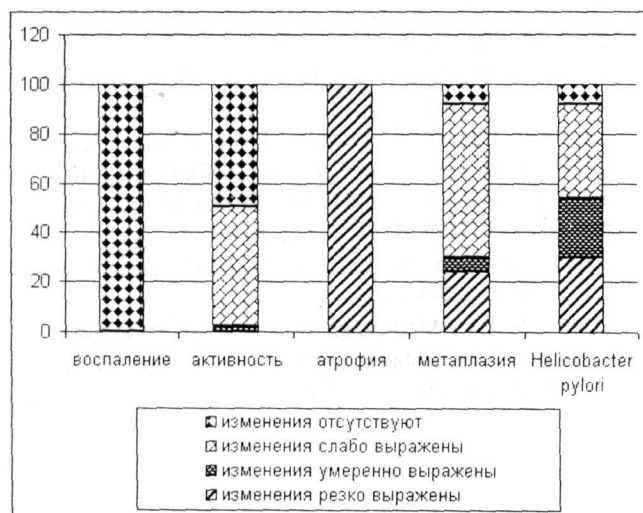


Рис. 1. Характер морфологических изменений слизистой оболочки ДПК в препаратах, удаленных при РДП: 1 — воспаление, 2 — активность, 3 — атрофия, 4 — метаплазия, 5 — *Helicobacter pylori*

Во всех случаях нами выявлен адгезивный процесс, который был представлен как плоскими нежными, просвечивающимися и смещающимися наложениями на серозном слое, так и рубцово-спаечной мантией (рис. 2). Тяжи язвенного перипроцесса распространялись и фиксировались на окружающих и прилегающих к стенкам ДПК органах, в том числе и к задней брюшной стенке.

Традиционно считается [1], что главными наружными ориентирами для определения привратника, стенок луковицы, большого дуоденального сосочка (БДС) и уровня рубцово-язвенного очага являются парадуоденальные магистральные сосуды, поджелудочная железа (ПЖ) и холедох. Однако, по нашим наблюдениям (рис. 3), перидуоденальный рубцово-спаечный процесс, помимо внешних сращений с другими органами, в области печечно-дуоденальной связки и забрюшинно — в области внелуковичных ее отделов — выраженным рубцовым процессом с образованием фиброзных тяжей подтягивает луковицу ДПК к воротам печени. Эти изменения, с одной стороны, создают ее V-образную деформацию с моторно-эвакуаторными нарушениями в области ДПК даже при сохранении ее абсолютной проходимости, а с другой стороны — вызывают смещение внелуковичной части ДПК и нисходящей части ДПК по направлению к задней брюшной стенке с ротационным смещением стенок ДПК вокруг ее оси выраженным рубцовым перипроцессом в забрюшинной клетчатке.

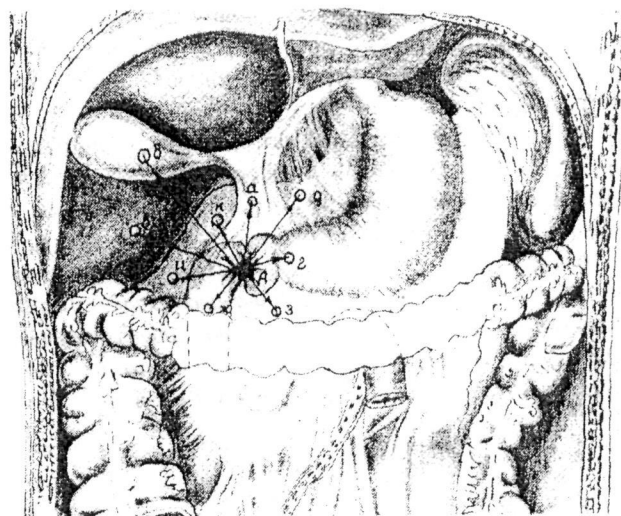


Рис. 2. Пути распространения и фиксации рубцово-спаечных наложений на окружающих и прилегающих к стенкам ДПК органах (по В.И. Оноприеву [1])

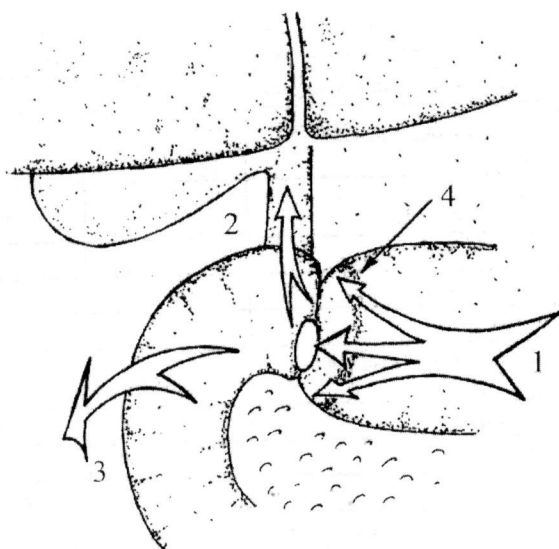


Рис. 3. Направления деформации ДПК рубцовыми перидуоденальными сращениями (собственное наблюдение):
1 — смещение ДПК повышенным интрагастральным давлением;
2 — направление рубцового смещения (деформации) луковицы ДПК в области печеночно-двенадцатиперстной связки; 3 — направление забрюшинного смещения нисходящей части ДПК;
4 — дилатация истинного привратника

При низких пенетрирующих язвах грубый рубцово-спаечный процесс фиксировал к задней брюшной стенке головку ПЖ, гепатодуоденальную связку и заднюю стенку ДПК в этом сегменте. Одновременно с этим формирование зоны язвенного стеноза ДПК способствовало смещению привратниковой и надстенотической частей ДПК повышенным интрагастральным давлением в этом же направлении, вызывало укорочение длины луковицы ДПК и расстояния от привратника до БДС на 1-1,5 см.

Рубцово-спаечный процесс при ЯБ ДПК и дивертикулы надстенотической части ДПК изменяли и нормальное анатомическое расположение сосудов по отношению к ДПК, вовлекая их в зону язвенного инфильтрата и приближая к стенке ДПК. Интраоперационно выявлено, что забрюшинные параязвенные рубцово-спаечные изменения ограничивали подвижность стенок ДПК и деформировали их, вызывая явления дуоденального стаза. После выделения внелуковичной забрюшинной части ДПК из рубцовых сращений происходило уменьшение ее диаметра и появление активной перистальтики, что



Рис. 4. Рентгенограммы желудка и ДПК больных после РСДП (собственные наблюдения). Стрелками указаны участки нормальной вышедшей мобилизованной и расширенной с явлениями дуоденостаза нижерасположенной не мобилизованной забрюшинной части ДПК

подтверждалось данными послеоперационного рентгенологического и эндоскопического обследования больных (рис. 4).

При ПЯ ДПК в результате перитонита отечные брюшина и мантия создают впечатление распространенного парадуоденального инфильтрата и ложного заключения о невозможности иссечения язвы [1]. У большинства больных рубцово-деформированная луковица, и тем более зона ее стеноза, полностью закрыта рубцово-спаечной мантией. В связи с этим последняя должна быть прецизионно иссечена, что открывает контуры стенок, сегмент сужения и зону язвы (рубца) интимным сращением мантии. При этом после иссечения отечной, рыхло связанной со стенкой ДПК рубцовой мантии патологические изменения оказываются менее выраженными.

Однако нами замечено, что одно только иссечение рубцовой мантии само по себе еще не является информативным при экстрадуденальной ревизии рубцово-язвенных поражений ДПК, которое мы связываем с наличием спаечного процесса между стенками вторичной шпоры

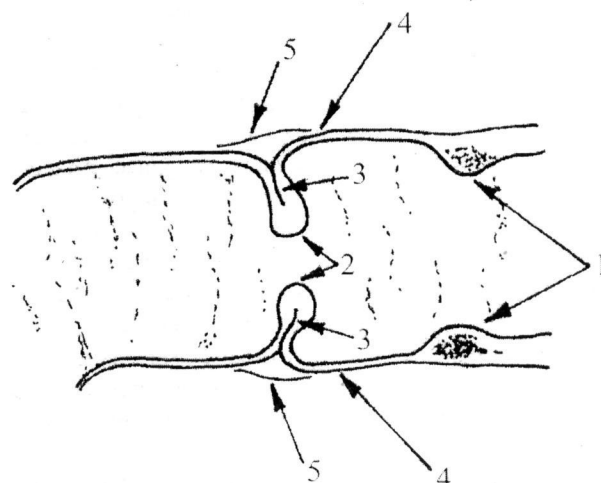


Рис. 5. Схема рубцово-язвенных изменений в области стеноза луковицы ДПК: 1 — дилатация истинного привратника, 2 — зона сужения просвета ДПК, 3 — сращение серозных оболочек стенок ДПК в области вторичной шпоры, 4 — псевдодивертикулы ДПК (симметричная деформация ДПК), 5 — рубцовые наложения

Таблица 1

Характер описания локализации ПЯ у больных 1 и 2 групп

Локализация язвы, отдел	1 группа		2 группа	
	n	%	n	%
Антральный	2	0,4	-	-
Препилорический	23	4,5	-	-
Пилорический	71	13,8	5	2,4
Базальный	139	27,1	67	31,7
Корпоральный	227	44,2	121	57,3
Апикальный	48	9,4	13	6,2
Постбульбарный	3	0,6	5	2,4
Итого	513	100	211	100

Таблица 2

**Характер интраоперационно выявленных
сочетанных осложнений ЯБ ДПК в 1 группе больных**

Характер осложнения	Кол-во больных	%
Пенетрация	5	1,0
Стеноз	5	1,0
- компенсированный		
- субкомпенсированный		
- декомпенсированный	3	0,6
Кровотечение	1	0,2
Итого	21	4,0

Примечание. n=513 больных (100%)

в области стеноза ДПК (рис. 5). В таких случаях стенки формирующихся псевдивертикулов, плотно прилегая к стенкам ДПК подстенитической ее части, фиксируются к ним рыхлым сращением серозных оболочек, образуя вторичную шпору и скрывая стенотическое кольцо, а рубцовые наложения в области их сращения дополнительно скрывают наличие язвенного стеноза, что даже при иссечении рубцовой мантии только на основе осмотра внешних контуров ДПК создает ложное впечатление об отсутствии стеноза.

Таким образом, отсутствие интрадуоденальной ревизии лишает хирурга возможности точно установить локализацию язвы (табл. 1).

Это значительно увеличивает долю ложных пилорических язв и обуславливает значительную частоту описываемых в литературе пилоростенозов. По нашим данным, повреждение привратника отмечалось всего лишь в 9 (4,2%) случаях. Из них в 5 случаях выполнены истинная пилоропластика и в 4 случаях выполнена РЖ вследствие необратимого повреждения привратника.

По данным послеоперационного эндоскопического обследования, процент ложных желудочных язв составлял 10,9% от числа всех ушитых перфоративных желудочных язв.

Наряду с выявлением при РДП сочетанных «зеркальных» язв, мы в 3 (1,4%) случаях наблюдали перфорации язв ДПК, занимающих от 1/2 до 3/4 диаметра ДПК (циркулярные язвы), наличие которых вызывает развитие как ранних послеоперационных язвенных осложнений, так и несостоятельность кишечных швов при их ушивании.

Пенетрация является основой адгезивного, рубцово-спаечного перипроцесса, при котором защитные фиброзные наложения и последующая их трансформация в спаечные наложения распространяются широко во всех направлениях и имитируют обширность воспаления по стенкам ДПК. Наши наблюдения также показали, что во всех случаях при наличии больших размеров язвенных инфильтратов, распространяющихся широко за пределы ДПК, выявлялись пенетрирующие «зеркальные» или циркулярные язвы ДПК, что требовало выполнения радикального вида оперативного лечения в объеме РДП или резекции желудка.

Сочетанные язвенные осложнения в 1 группе больных во время операции были выявлены всего в 21 (4,0%) случае. При этом пенетрация язвы — в 5 (1,0%) случаях, стеноз различной степени выраженности — в 14 (2,8%) случаях и кровотечение из ПЯ — в 1 (0,2%) случае (табл. 2).

Таблица 3

**Характер выявленных сочетанных язвенных
осложнений и поражений во 2 группе больных**

Характер изменений осложнения	Кол-во больных	%
Язвенные осложнения		
Пенетрация	21	10,0
Стеноз	3	1,4
- компенсированный		
- субкомпенсированный		
- декомпенсированный	5	2,4
Кровотечение из ПЯ	4	1,9
Кровотечение из «зеркальной» язвы	2	0,9
Малигнизация	1	0,5
ХНДП	8	3,8
Всего	59	28,5
Сочетанные язвенные поражения		
«Зеркальные» язвы	39	18,5
Циркулярные язвы	1(2*)	0,5
Всего	40	19,0

Примечания. n=211 больных (100%); * — случаи, при которых после диагностики выполнена РЖ.

У больных 2 группы сочетанные язвенные осложнения были выявлены в 28,5% случаев и сочетанные язвенные поражения — в 19,0% случаев (табл. 3). В 118 случаях у больных 1 группы была выполнена дооперационная ФГДС, при которой кровотечение (Forrest II) выявлено в 7,6% исследований, язвенный стеноз — в 4,2% исследований и сочетанные «зеркальные» язвы — в 32,2% исследований, из них в 76,4% были выявлены глубокие «зеркальные» язвы диаметром от 0,5 до 1,2 см. (табл. 4).

В 1 группе больных послеоперационные осложнения возникли у 65 (13,0%) пациентов. Анализ их структуры показал, что ранние язвенные осложнения, связанные с наличием циркулярных и «зеркальных» язв ДПК, стенозом различной степени выраженности, возникли у 31 (6,2%) больного, что составило около половины от послеоперационных осложнений. Релапаротомия была выполнена в 18 (3,6%) случаях, при этом в 6 случаях (1,2%) она была обусловлена этими же причинами. В послеоперационном периоде умерло 24 (4,8%) больных, из них от

Таблица 4

**Характер выявленных сочетанных язвенных осложнений
и поражений при дооперационной ФГДС у больных 1 группы**

Характер осложнения	Кол-во больных	%
Сочетанные язвенные осложнения		
Кровотечение (Forrest II)	4	3,4
- из язвы передней стенки		
- из язвы задней стенки		
Стеноз ДПК:	4	3,4
- компенсированный		
- субкомпенсированный		
Всего	14	11,8
Сочетанные язвенные поражения		
«Зеркальные язвы»	38	32,2

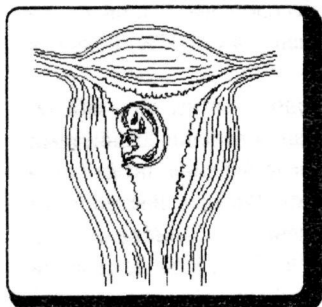
указанных причин — 5 пациентов (1,0%). В отдаленном периоде по поводу рубцово-язвенного стеноза были оперированы еще 15 больных (3,0%). У больных 2 группы подобных осложнений не было.

Таким образом, необходимо разделять клиническое и патоморфологическое понятия острой и хронической язвы ДПК. Клинические и внешние интраоперационные критерии острой или хронической язвы не могут определять объем оперативного вмешательства, который должен зависеть от выявленных при экстра- и интрадуоденальной ревизии сочетанных язвенных осложнений и поражений ДПК и желудка. Рубцово-язвенный процесс при осложненной ЯБ ДПК приводит к сложным морфофункциональным изменениям ДПК и привратника, изменению анатомических взаимоотношений ДПК с ее внешними ориентирами, что делает невозможным точное установление локализации ПЯ, диагностику сочетанных язвенных осложнений и поражений только на основе экстрадуоденальной ревизии.

Интраоперационная интрадуоденальная ревизия при РДП позволяет не только точно установить локализацию ПЯ и истинного привратника, но и выявить сочетанные язвенные осложнения и поражения. Размеры язвенного инфильтрата не могут служить основанием для отказа от выполнения РДП в пользу ушивания или пластического закрытия ПЯ ДПК. Устранение сочетанных язвенных осложнений и поражений позволяет исключить развитие ранних язвенных послеоперационных осложнений и связанных с ними релапаротомий и летальных исходов. У больных после ушивания ПЯ ДПК в послеоперационном периоде необходимо выполнять эндоскопическое и рентгенологическое исследование желудка и ДПК с целью выявления имеющихся сочетанных язвенных осложнений и поражений.

Л и т е р а т у р а

1. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар, 1995. 296 с.



УДК 618.168: 618.8

Т.Ю. Пестрикова, О.А. Пивкина

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

*Дальневосточный государственный медицинский университет;
МУЗ «Родильный дом №1»; женская консультация №1, г. Хабаровск*

Прошло более 150 лет с тех пор, как Muller (1854) и Rokitansky (1860) впервые описали эктопические очаги эндометрия у человека, однако проблема эндометриоза по-прежнему остается актуальной. В последние годы наметился неуклонный рост частоты генитального эндометриоза (ГЭ) в структуре гинекологической заболеваемости. Частота распространения ГЭ в РФ (2005 г.) составила 318,0 (на 100 тыс. чел. женского населения), в ДВФО — 273,8, в Хабаровском крае — 243,5 (2006 г.), и эта патология занимает третье место в структуре гинекологической патологии, уступая воспалительным заболеваниям малого таза и миоме матки [4]. Лечение ГЭ остается одной из актуальных проблем гинекологии, так как это заболевание сопровождается нарушениями репродуктивной и менструальной функции, выраженным болевым синдромом, нарушениями функций соседних органов [1, 3].

Проведенный нами ретроспективный анализ 500 карт диспансерного наблюдения по ведению пациенток с ГЭ показал, что после проведения гормональной терапии агонистами (а-ГнРГ) и антигонадотропинами рецидиви-

рование процесса в течение года наступило у 170 (34%) больных. Отмечена плохая переносимость у 40% пациенток на фоне приема даназола и у 80% при применении золадекса. Закономерно возникает вопрос: как снизить число рецидивов и выбрать такой метод консервативного лечения, который бы не только адекватно блокировал гипоталамо-гипофизарную систему, но и отвечал требованиям понятия «польза-риск» при проведении терапии? В настоящее время постоянно продолжается поиск новых рациональных схем лечения.

На основании вышесказанного, нами была проанализирована клиническая эффективность применения препарата «Жанин» в непрерывном режиме (в течение 24 нед.) для лечения больных с ГЭ. Жанин — современный оральный контрацептив, содержащий синтетический прогестаген — диеногест, обладающий сильной гестагенной активностью [5, 6].

Обследование проводилось у 39 пациенток с ГЭ в возрасте 22-49 лет на базе МУЗ «Родильный дом №1», женской консультации №1 в течение 2004-2006 гг. Вер-