



В.В. Бойко, Д.Г. Доценко,  
Е.Г. Доценко

ГУ «Институт общей  
неотложной хирургии НАМНУ  
Украины», г. Харьков

Харьковский национальный  
медицинский университет

© В.В. Бойко, Д.Г. Доценко,  
Е.Г. Доценко

## МЕМБРАНОЗНЫЙ СТЕНОЗ ПИЛОРОАНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Резюме.** Приведено описание этиопатогенеза мембранозного стеноза желудка и двенадцатиперстной кишки. Представлены современные взгляды на проблему клиники, диагностики и лечения данной патологии. Приведен обзор литературы и наши клинические наблюдения.

**Ключевые слова:** дуоденальная и желудочная непроходимость, мембранозный стеноз, диагностика, лечение.

### Введение

Нарушение проходимости желудка и двенадцатиперстной кишки неязвенного генеза редкая и недостаточно изученная патология. Существенное место занимает мембранозный стеноз указанной локализации. Выявление причин непроходимости как до, так и в процессе операции, даже используя современные методы диагностики, представляет определенные трудности.

Врожденные пороки развития желудка и двенадцатиперстной кишки, сохраняющиеся у взрослых и имеющие клиническое значение относительно редки. Мембранозный стеноз среди них занимает преимущественное положение. О препилорической мембране впервые сообщил Landerer в 1870 году, которую он выявил во время аутопсии у 44 летнего мужчины, умершего от травмы. В литературе до настоящего времени имеются описания свыше сотни наблюдений мембранозного стеноза желудка [1, 2, 5], несколько меньше сообщений о дуоденальных мембранозных стенозах [3, 5].

Мембранозные сужения желудка и двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречаются в детском возрасте. Так только Д.С. Акмолаев [2] приводит результаты лечения мембранозной непроходимости желудка и двенадцатиперстной кишки у 73 детей в возрасте от 1 дня до 5 лет. Происхождение мембран объясняют нарушением кишечной реканализации на ранних стадиях эмбриогенеза. Как подтверждение врожденного генеза патологии, авторы ссылаются на частоту сочетания мембранозного стеноза с другими пороками развития сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной систем у детей [2, 3]. Многие авторы [1, 3, 5] антральную мембрану считают врожденной в отличие от слизистой мембраны привратника, возникновение которой связывают с воспалительными изменениями в слизистой оболочке или с зажившей, ранее существовавшей язвой, вызывающих гипертрофию и избыток слизистой.

Таким образом, данные литературы не позволяют однозначно ответить на вопрос: являются ли гастродуоденальные мембраны врожденной патологией или в их развитии принимают участие другие факторы [5].

В желудке мембраны обычно локализуются в пилорическом (на 2–2,5 см выше привратника), реже в антральном отделах. Дуоденальные мембраны в 75% случаях располагаются на уровне большого дуоденального сосочка. Мембрана чаще состоит из соединительной ткани (фиброзной), реже представляет собой дубликатуру слизистой того органа, в котором находится. Также возможны двухслойные перегородки [1, 2, 4-7].

Клинические проявления мембранозных стенозов в виде высокой частичной или полной непроходимости обусловлены размерами имеющегося в мембране отверстия. У новорожденных и детей оно отсутствует или крайне незначительно. У взрослых отверстие всегда обнаруживается, а его диаметр составляет от 2 до 10 мм и может располагаться как в центре мембраны, так и эксцентрично [5]. Размеры отверстия определяют выживаемость новорожденных и детей, а у взрослых – хронические проявления перемежающейся или прогрессирующей, частичной или полной кишечной непроходимости и возможность длительное время обходиться без хирургического лечения [3, 5].

На начальном этапе препятствие в виде сужения преодолевается за счет усиления перистальтики желудка двенадцатиперстной кишки, которая затем сменяется атонией и гастростазом. Мембранозным стенозам могут сопутствовать рецидивирующие пептические язвы, возникающие вследствие стаза желудочного содержимого.

### Материалы и методы исследования

По данным литературы и нашим наблюдениям у взрослых первые проявления мембранозного стеноза выявляются в возрасте старше 24 лет (в среднем в возрасте 56 лет), причем

анамнез захворювання прослідковується від декількох тижнів до 20 і більше років. При цьому симптоматика стенозу зазвичай виражена нечітко. Об'яснюється це станом мембрани. Якщо вона еластична і отвір в ній достатньо широке, скарги незначительні і пацієнти до лікаря зазвичай не звертаються. Рвота жовчю виникає в випадках, коли мембрана локалізується у дистального кінця великого дванадцятикишкового сосочка. Такі явища виникають після прийому грубої їжі або переїдання і зменшуються після рвоти. Больні піддаються хірургічному ліченню в процесі якого справжня причина захворювання залишається нез'ясованою. На складності розпізнавання мембрани вказують Sutherland і соавт. [8], які описують спостереження, коли больний тричі безуспішно оперований з приводу здавлення дванадцятикишкової кишки брыжеечними судинами з накладенням чотирьох анастомозів, і тільки в процесі останньої операції виявлена обструкція дванадцятикишкової мембраною з ексцентричним отвором, усунування якої привело до одужання.

Діагностика захворювання базується на результатах рентгенологічних і ендоскопічних досліджень. При пилороантральної мембрані рентгенологічно виявляється сильно розтягнутий шлунок, лентообразний дефект накоплення в дистальному відділі шлунка, йдущий перпендикулярно до стінки шлунка і може бути виявлено центральне отвір. Мембрана визначається в вигляді вузького воронкообразного звуження просвіта, при цьому рельєф слизової не змінений [2, 3, 5]. Внутрішній дивертикул на рентгенограмі має вигляд контрастного мішечка, розташованого в просвіті кишки, оточеного тонкою світлою смужкою, відповідній стінці дванадцятикишкової кишки, тінь якої вивести за межі кишки неможливо. Остаточно стенозуюча мембрана виявляється в час гастродуоденотомії або дослідженні видаленого при резекції пилороантрального відділу шлунка.

#### Результати досліджень і їх обговорення

Лічення мембранозних стенозів хірургічне і заключається в висіченні мембрани. При пилороантральної локалізації мембранозного стенозу, особливо при поєднанні з язвенним процесом може бути виконана резекція відповідного відділу шлунка або пилородуоденопластика з висіченням мембрани [2, 3, 5].

Ми маємо три спостереження пацієнтів чоловічої статі в віці 38–60 років з мембранозними стенозами: пилорического відділу шлунка (1 больний) і дванадцятикишковим

стенозом (2 больних), які піддалися хірургічному ліченню і справжня причина стенозу була встановлена тільки в час операції.

В якості ілюстрації приводимо одне з наших спостережень.

Больний Г., 60 років, прийшов до хірургічного відділення ХГКБСНМП в плановому порядку з скаргами на відчуття важкості в підшлунковій області, посилюючіся після прийому їжі, повторюючу рвоту, приносячу полегшення, загальну слабкість, прогресуючу втрату ваги. Около 7 років страждає язвенною хворобою, неодноразово лічений амбулаторно. В час 2 місяців до прийому була рвота, пов'язана з прийомом їжі (проходила тільки рідка їжа), відчуття важкості в епігастральній області, наростаюче худіння. Больний відзначав стійкі тривалі запори. Об'єктивно: стан середньої ступені важкості, больний різко пониженого харчування, шкірний покрив блідий, сухий, тургор шкіри різко зменшений. Живіт втягнутий, контури розтягнутого шлунка. Визначається «шум плеска». Симптоми подразнення брюшини негативні. Олігурія. ФЭГДС: шлунок без патології, шлунок великих розмірів, містить багато рідини, видимі слизові бліді. Над привратником, з переходом на пилорический канал язва 1,5×1,0 см, покриті фібріном. Біопсія. Привратник знятий. В *duodenum* без патології. За шийкою просвіт дванадцятикишкової кишки різко звужений і для ендоскопа непрохідний. Визначається край язви. Висновок: язва шлунка, стеноз вихідного відділу шлунка III ступені. Рентгенологічне дослідження шлунка: в шлунку нагромадження великої кількості рідини і слизу. При натисненні шлунок звичайної форми, положення, великих розмірів, чітко контурирує. Перистальтичні хвилі середньої глибини. По малій кривизні в вихідному відділі нестійке депо барія 1,5×1,0 см. Евакуації за період дослідження не відзначено. Через 1 год: евакуації немає; через 6 і 12 годин – евакуації немає. Через 24 год: 2/3 контрастної маси в шлунку. Висновок: язва пилороантрального відділу шлунка, декомпенсований стеноз вихідного відділу шлунка. Результати клінічних і біохімічних досліджень в межах норми.

Встановлено клінічний діагноз: язвенна хвороба пилороантрального відділу шлунка, декомпенсований стеноз. Виставлені абсолютні показання для оперативного лічення. Произведена: антрумектомія по Бильрот-I, усунування інтрадуоденальної мембранозної непрохідності. Проведення назодуоденального зонда з зв'язку Трейтца, дренажування підшлункового простору.



Из протокола операции: верхнесрединная лапаротомия. Антральный отдел желудка и двенадцатиперстная кишка в мощных спайках и сращениях. Острым путем спайки и сращения разъединены. Двенадцатиперстная кишка мобилизована по Кохеру. При ревизии выявлена по малой кривизне желудка надпривратниковая язва до 1,5 см в диаметре, распространяющаяся на пилорический жом. Луковица двенадцатиперстной кишки несколько расширена в диаметре. Остальные части *duodenum* не изменены, язвенных дефектов не обнаружено.

Антральный отдел желудка мобилизован и с помощью аппарата УО резецирован. Двенадцатиперстная кишка взята на держалки. При ревизии нисходящей части *duodenum* над большим дуоденальным сосочком выявлена фиброзо-пленчатая мембрана, перекрывающая просвет двенадцатиперстной кишки и вызывающая ее полную обтурацию. Пленчатое фиброзное образование иссечено по периметру просвета кишки. При дальнейшей ревизии, в нисходящей части *duodenum* ниже *p. Vateri* обнаружено еще две фиброзо-пленчатых мембраны, которые иссечены, проходимость восстановлена. Дуоденальный зонд свободно проведен за связку Трейтца. Наложен гастродуоденоанастомоз двухрядным швом. Контроль проходимости анастомоза и гемостаза. Подпеченочное пространство дренировано перчаточнo-трубочным дренажом. Рана зашита.

Диагноз после операции: язва пилороантрального отдела желудка, мембранозная обструкция двенадцатиперстной кишки. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписан на 11-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Наблюдение за пациентом в течение трех лет свидетельствует о полном выздоровлении.

Таким образом, информация о мембранозных стенозах антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, в силу относительной редкости патологии, представлена недостаточно. Полагаем, что приведенные материалы помогут практическим врачам в более раннем выявлении данной патологии и выборе оптимального метода лечения.

### Выводы

1. Существенным моментом при этой патологии считаем недостаточное знание, обусловленное редкостью что может приводить к неадекватной диагностике и хирургической тактике при высоких непроходимостях ЖКТ.

2. В случаях плановой ситуации необходимо тщательное эндоскопическое и рентгенологическое дообследование с учетом характерных признаков, при ургентном оперативном вмешательстве — ревизия пилороантрального отдела, луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарного отдела.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Алибеков Р.А. Диагностика хронической дуоденальной непроходимости / Р.А. Алибеков, С.А. Касумян // Хирургия — 1998. — №4. — с.17.

2. Акмолаев Д.С. Лечение и отдаленные результаты мембранозной непроходимости желудка и двенадцатиперстной кишки у детей / Д.С.Акмолаев// Вестник хирургии. — 1983. — Т. 130, № 2. — С. 150–151.

3. Блажитко Б.М. Переход к индивидуальному лечению при хронической дуоденальной непроходимости / Б.М. Блажитко, А.В. Федоровский // Клиническая хирургия. — 1988. — № 1. — С. 91–93.

4. Лучевая диагностика атрезии двенадцатиперстной кишки / А.А. Грицай, А.П. Леута, П.С. Антонов [и соавт.] // Украинський медичний альманах. — 2009. — Т. 12, № 6. — С. 17-21.

5. Хроническая дуоденальная непроходимость / Ю.А. Нестеренко, В.А. Ступин, А.В. Федоров, А.Е. Богданов — М.: «Медицина». — 1990. — 240 с.

6. A new endoscopic procedure for membranectomy of fenestrated duodenal membranes / G Blanco-Rodríguez, J Penchyna-Grub, A Trujillo-Ponce et al. // Eur J Pediatric Surg. — 2006. — Dec; 16(6). — P. 438 — 442.

7. Duodenal membranes transluminal endoscopic treatment of fenestrated / Porras-Hernandez, Gerardo Blanco-Rodriguez, Jaime Penchyna-Grub et al. // Pediatrics. — 2008. — Vol. 121. — P. 162.

8. Sutherland D.E.R. Occurrence of both congenital duodenal diaphragm in an vascular compression of the duodenum in an elderly patient / D.E.R. Sutherland, I.D. Miller, J.S. Nagarian // Am. J. Surg. — 1972. — Vol. 123. — P. 351–355.



МЕМБРАНОВИЙ СТЕНОЗ  
ПІЛОРОАНТРАЛЬНОГО  
ВІДДІЛУ ШЛУНКА І  
ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ  
КИШКИ

*В.В. Бойко, Д.Г. Доценко,  
Є.Г. Доценко*

**Резюме.** Наведено опис етіопатогенезу мембранозного стенозу шлунку і дванадцятипалої кишки. Представлені сучасні погляди на проблему клініки діагностики та лікування даної патології. Наведено огляд літератури і наші клінічні спостереження.

**Ключові слова:** *дуоденальна і шлункова непрохідність, мембранозний стеноз, діагностика, лікування.*

MEMBRANOUS STENOSIS  
OF THE PILOROANTRAL  
PART OF STOMACH AND  
DUODENUM

*V.V. Boyko, D.G. Dotsenko,  
E.G. Dotsenko*

**Summary.** The description of stomach and duodenal membranous stenosis etiopathogenesis is presented. Modern approaches to the problem clinics, diagnosis and treatment are outlined. The review of the literature and our clinical observations are presented.

**Key words:** *duodenal and stomach obstruction, membranous stenosis, diagnostic, treatment.*