

# ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ



УДК616.342-007.272-07-08:616.366-003.7

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

**А. М. Юсибов**

Научный центр хирургии им. М. А. Топчибаева МЗ Республики Азербайджан, г. Баку, Республика Азербайджан

## DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC DUODENAL OBSTRUCTION ACCOMPANYING AN CHOLELITHIASIS

**A. M. Yusibov**

Лечение желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений имеет давнюю историю и является одной из актуальных проблем современной медицины, в частности, хирургии [1, 2].

По данным статистики Всемирной Организации Здравоохранения, ЖКБ выявляют у 10 — 20% населения мира. Этот показатель неуклонно увеличивается [3 — 5].

В связи с широким распространением ЖБК, которую считают "заболеванием века", является важной медико—социальной проблемой [6, 7].

Одним из наиболее частых заболеваний является хроническая непроходимость (ХН) двенадцатиперстной кишки (ДПК). При сочетании ХН ДПК с заболеваниями желчевыводящих путей, а также их несвоевременном выявлении, неадекватной оценке их тяжести, отсутствии коррекции отмечают увеличение частоты неудовлетворительных результатов лечения [8, 9].

ХН ДПК составляет 17 — 28% в структуре заболеваний органов пищеварительного канала [10 — 12].

У 25 — 36,9% пациентов ХН ДПК сопутствует ЖКБ [13, 14].

Образование спаек в подпеченочном углублении после хирургического вмешательства по поводу хронического калькулезного холецистита (ХКХ) ограничивает двигательную активность желудка и ДПК [15 — 17].

В доступной литературе информация об анатомических изменениях в гепатопанкреатодуоденальной области и их влиянии как на функциональную, так и моторно—эвакуаторную активность ДПК недостаточна [18, 19].

У 14,5% больных при ХКХ выявляют гипертонию ДПК [20]; у 50% пациентов при заболеваниях желчевыводящих путей отмечены повышение давления в ДПК, дуоденостаз в скрытой форме, что имеет важное значение с патогенетической точки зрения.

Доказано наличие гипертонии в ДПК у 37% больных при ХКХ [8].

У 9,8% больных при хороших и отличных результатах в ближайшем периоде после операции по поводу

хронического и острого калькулезного холецистита в отдаленном периоде выявляют признаки дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) [18, 19, 21, 22]. Из общего числа пациентов, у которых диагностируют постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), у 29,8% — обнаружен ДГР, у 10,1% — рефлюкс—гастрит, что является основной причиной возникновения диспептических симптомов и болевого синдрома [23 — 26].

Нарушение моторики ДПК, отсутствие в циркулирующей крови выделяемого желчным пузырем антихолецистокинина при заболеваниях желчного пузыря или после холецистэктомии обусловлено повышением в 3 раза уровня в плазме холецистокинина [5, 27].

По мнению других исследователей, моторно—эвакуаторные нарушения желудка и ДПК чаще наблюдают при различных воспалительно—дегенеративных процессах или после хирургических вмешательств на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны [15, 16, 28].

Некоторые авторы отмечают, что патологические изменения характеризуются, наряду с периваскулитом, дистрофией нервно—мышечного аппарата ДПК, общего желчного протока и желчного пузыря [21]. Такие изменения могут быть причиной нарушения дренирующей функции желчевыводящих путей и дискинезии.

Анализ данных литературы свидетельствует, что при ХКХ функциональное состояние ДПК и нарушения ее моторно—эвакуаторной деятельности в ближайшие и отдаленные периоды после операции зависят от длительности заболевания, частоты и числа приступов [7, 20].

Ранняя диагностика и лечение неосложненного ХКХ способствуют улучшению его результатов в ближайшем и отдаленном периоде [24, 29, 30]. У 62% больных причиной возникновения ПХЭС являются нарушения функции ДПК. При ХКХ наличие у 55,7% больных до операции гипо— и гиперкинезии ДПК после вмешательства обуславливает усугубление болевого синдрома и диспептические явления [1, 17]. Несвоевременное выявление у больных ранних признаков нарушения про-

ходимости ДПК, наряду с ХКХ считают фактором риска [9].

Осложнения после холецистэктомии возникают у 71,6% больных [20]. Причиной этого считают продолжительный отток желчи в ДПК вследствие удаления желчного пузыря (после холецистэктомии она выполняет резервуарную функцию) и ее отток в желудок из-за нарушения перистальтики проксимального и дистального отделов. Однако, несмотря на то, что этот показатель на первый взгляд кажется высоким, причиной является бессимптомное течение ДГР.

В настоящее время общего понятия о синдроме ХН ДПК нет. Применяют различные термины для определения заболевания, характеризующегося патологическими изменениями моторной и эвакуаторной функций ДПК: хроническая непроходимость ДПК, хронический стаз ДПК, хроническая псевдонепроходимость ДПК, дуоденальная дискинезия, мегадуоденум [4, 31].

Некоторые авторы считают необходимым выделять ХН ДПК и механизмы ее патогенеза в отдельную нозологическую форму [17].

По мнению многих авторов, у 45 — 76% больных причиной формирования механической формы ХН ДПК является сдавление кишки верхними брыжеечными сосудами (артериомезентериальная непроходимость) [10, 15, 21, 24, 29].

Не определенная или недооцененная до операции ХН ДПК у 25 — 60% больных играет определенную роль в формировании ПХЭС [2, 13, 15, 17].

Ранняя диагностика ХН ДПК является актуальной проблемой [32, 33]. Некоторые авторы в диагностике заболевания считают важным тщательный анализ данных анамнеза [9, 27]; другие — оценку клинических признаков [24, 34]; третьи — результаты инструментальных исследований (эндоскопических, рентгенологических, ультразвуковых, электрогастродуоденографии с измерением биоэлектрической активности) [29].

На сколько при ХН ДПК наблюдают выброс содержимого ДПК в желудок, на столько важно определение тяжести ДГР для оценки нарушений эвакуаторной функции ДПК.

Измерение интрадуоденального давления начинают с регистрации базального давления. Стандартное базальное давление в норме составляет 80 — 120 мм рт. ст. [12, 19].

Исследователи уделяют большое внимание методу поэтапной манометрии. Исследование основано на поэтапном измерении давления в проксимальной части тонкой кишки, ДПК, желудке и пищеводе. В норме давление в пищеводе составляет 40 — 80 мм рт. ст., в желудке — 70 — 100 мм рт. ст., в ДПК — 100 — 130 мм рт. ст. [35].

Таким образом, для выявления форм и этапов ХН ДПК четкого диагностического алгоритма нет, что подчеркивает актуальность дополнительных поисков в этом направлении.

Тактику лечения больных по поводу ХН ДПК выбирают после установления причины возникновения болезни [17, 30].

Консервативная терапия эффективна только у больных при функциональной форме ХН ДПК [30], ее частота составляет 7 — 9% [10].

В комплекс мероприятий, как правило, входят лечебное питание (диетотерапия), физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура, фармакотерапия (продолжительное применение прокинетиков) [4, 36]. Консервативную терапию в основном начинают с назначения общеукрепляющих препаратов, препаратов, нормализующих моторику пищеварительного канала, нейтрализующих желчные кислоты, лизолецитина, ненаркотических анальгетиков [22, 34].

Также необходима коррекция хронических заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны, иначе невозможно достичь продолжительной ремиссии ХН ДПК [20, 30].

Некоторые исследователи считают, что консервативная терапия достаточно эффективна и, фактически, нет необходимости в проведении хирургического лечения [16]. С этим мнением относительно эффективности комплексного консервативного лечения в начальной стадии заболевания у большинства пациентов согласны и другие авторы [8, 14, 21, 28].

При ХН ДПК дистрофические изменения в нервных клетках и нервных окончаниях ДПК в I и II фазах заболевания можно устранить, в III фазе — они необратимы. Поэтому следует согласиться с теми авторами, которые считают целесообразным выполнение оперативного вмешательства по поводу ХН ДПК до появления необратимых изменений как в кишке, так и других функционально взаимосвязанных с ней органах [9, 12].

В литературе нет единого мнения относительно показаний к хирургическому лечению ХН ДПК. Большинство исследователей показаниями к выполнению хирургического вмешательства считают механическую форму ХН ДПК в стадии субкомпенсации и декомпенсации; некоторые — метаплазию слизистой оболочки ДПК, а в стадии компенсации — неэффективность продолжительной консервативной терапии [28].

Некоторые авторы при ХН ДПК в стадии субкомпенсации рекомендуют проводить консервативную терапию в течение 1 года, а при отсутствии положительного результата — выполнять операцию, при этом с обязательной консервативной терапией заболеваний соседних органов [7, 22, 30].

Хирургическое лечение ХН ДПК предусматривает выполнение вмешательств, дренирующих ДПК [3]:

- срезание узла Трейтца и опускание дуоденосюнального перехода
- поперечная и/или продольная дуоденоэнтеростомия
- резекция желудка
- двустороннее разъединение ДПК.

У больных при ХН ДПК и артериомезентериальной компрессии, высокой фиксации дуоденосюнального перехода, наличии спаек в этой области, в том числе при гиперкинетическом варианте моторики ДПК и наличии ДГР показано выполнение операции Стронга с

первичной и вторичной продольной миотомией (мобилизация и опускание дуоденосюнального перехода) [14, 37]. При механической ХН ДПК проведение консервативной терапии эффективно в течение короткого времени, у 20 — 45% больных ее результаты неудовлетворительны, а функциональные и органические изменения прогрессируют [12, 14, 29].

Разнообразие причин, сложность патогенеза, прогрессирование, обусловленное функциональными и органическими нарушениями, многочисленные диагностические ошибки, стойкость заболевания к лечению — все это не способствует достижению положительного результата. Лечение требует индивидуального подхода [38].

В последние годы, наряду с открытой холецистэктомией, применяют минилапаротомную и лапароскопическую холецистэктомию. Миниинвазивные вмешательства пациенты переносят легко, после них не изменяется транзит содержимого по кишечнику, минимально образование спаек, улучшаются косметические результаты [31, 39].

Инфекционные осложнения после открытой холецистэктомии выявляли в 6 раз, а связанные с интеркуррентными заболеваниями осложнения — в 5,5 раза чаще, чем после лапароскопических вмешательств [25]. Частота ранних осложнений после открытой холецистэктомии составила 22,2%, после лапароскопической холецистэктомии — 6,5% [36].

Таким образом, общепринятой тактики лечения ХН ДПК нет, не определены показания к проведению консервативного и хирургического лечения в зависимости от степени компенсации заболевания; хирургические вмешательства выполняют без учета дегенеративных изменений в нервном—мышечном аппарате ДПК; выпол-

нение лапаротомии чревато многочисленными осложнениями.

Тщательное изучение проблемы, использование видеолапароскопического оборудования, внедрение вспомогательных методов в целях предотвращения после операции образования спаек ДПК с соседними органами будет способствовать улучшению результатов лечения больных.

При выполнении вмешательств по поводу ХКХ в брюшной полости создаются новые анатомические взаимоотношения, что обуславливает изменения моторики верхних отделов пищеварительного канала. В доступной литературе имеется достаточно обширная информация об этих взаимоотношениях, однако функциональные особенности верхних отделов пищеварительного канала до и после операции полностью не раскрыты [17, 31].

Таким образом, в диагностике и определении способов лечения ХН ДПК имеется ряд нерешенных вопросов. Это в основном касается определения степени тяжести нарушений моторной функции желудка и ДПК необходима разработка новых информативных миниинвазивных методов. В настоящее время недостаточно разработаны показания к хирургическому лечению.

Сегодня нет научных исследований относительно применения ультразвуковых скоростных волн при лечении заболевания. Необходимо их проведение и комплексное внедрение в практику.

Актуальны разработка и внедрение специального алгоритма в целях усовершенствования и рационализации методов диагностики и лечения ХН ДПК.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Санин А. В. Комплексная оценка функционального состояния больных после открытых и лапароскопических операций при остром холецистите / А. В. Санин, М. И. Чадов, А. С. Кирсанов // Эндоск. хирургия. — 2000. — Т. 6, № 2. — С. 60.
2. Bargiotos G. Reilehion. Surler ulders duodenshu postbulbaires / G. Reilehion Bargiotos // Arch. Un. Med. Balkan. — 2001. — Vol. 19, N 6. — P. 621 — 629.
3. Булгаков Е. А. Редкая причина хронической дуоденальной непроходимости / Е. А. Булгаков, В. Я. Дибиллин, Т. И. Черныш // Хирургия. — 2001. — № 5. — С. 49.
4. Губуллаев А. А. Электроэнтерография при ведении больных с послеоперационной динамической кишечной непроходимостью и перитонитом / А. А. Губуллаев // Анналы хирургии. — 2000. — № 1. — С. 69 — 73.
5. Гепатобилиосцинтиграфия в диагностике функциональных нарушений желчеоттока у больных желчнокаменной болезнью / А. В. Каралкин, Б. В. Болдин, Г. Д. Саитова, Д. К. Фомин // Мед. радиология и радиац. безопасность. — 2000. — № 1. — С. 43 — 46.
6. Осложнения лапароскопической холецистэктомии: тез докл. III Всерос. съезда по эндоск. хирургии / А. В. Бабырин, Ю. В. Шемонаев, С. В. Бедарев [и др.] // Эндоск. хирургия. — 2000. — Т. 6, № 2. — С. 10.
7. Di Vita G. Le modificazioni del sistema emostatico dopo colecistomia laparoscopica / G. Di Vita // J. Chir. — 2000. — Vol. 21. — P. 213 — 218.
8. Gavrilescu S. Rezection de excludere, modalitate partuculars de retd vare a unor ulceze complicate / S. Gavrilescu, L. Vircanul // Chirurgia (Bucur.). — 2002. — Vol. 35, N 4. — P. 253 — 261.
9. Materne R. Otside of liver an occlusion: matching of the map by magnetic resonans with endosonography / R. Materne // Endoscopy. — 2000. — Vol. 32. — P. 3 — 9.
10. Холецистэктомия из минидоступа в хирургическом лечении желчнокаменной болезни / А. С. Ветшев, А. М. Шулуток, Ф. А. Шпаченко, Б. В. Пискунов // Эндоск. хирургия. — 2000. — Т. 6, № 2. — С. 17 — 18.
11. Medaille d'argent 50\* salon Mondial de l'innovation, De La Decherche et Des nouvelles Technologies / A. Berdnikov, V. Saldatkin, V. Biralstev [et al.] — Brussels, 2001.
12. Defilipi C. Cutaneous electrography a new incorporated technique for the study of gastric motility / C. Defilipi, A. M. Madrid // Rex. Med. Chil. — 2002. — Vol. 130, N 2. — P. 1209 — 1216.
13. Реут А. А. Хирургическое лечение хронической дуоденальной непроходимости / А. А. Реут, С. В. Неретина // Сиб. мед. журн. — 2000. — № 2. — С. 18 — 21.
14. Сушная Е. М. Место рентгенодиагностики дискинезий верхних отделов ЖКТ при язвенной болезни в клинической пратике / Е. М. Сушная // Рентгенодиагностика XXI века: тез. докл. VIII Всерос. съезда рентгенологов и радиологов. — Челябинск, 2001. — С. 34.
15. Снижение риска осложнений при лапароскопической холецистэктомии со стороны дыхательной и сердечно—сосудистой систем у больных пожилого и старческого возраста / В. А. Малярчук, В. П. Русанов, Д. Л. Долгов [и др.] // Эндоск. хирургия. — 2000. — Т. 6, № 2. — С. 42.
16. Лечение больных с осложненным холедохолитиазом / Ю. А. Нестеренко, С. В. Михайлузов, А. Ю. Цкаев, В. А. Бурова // Материалы пленума Правления Ассоциации хирургов—

- гепатологов России и стран СНГ. — Пермь, 2001. — С. 38 — 39.
17. Филиппов В. А. Электрогастроэнтерография в комплексной диагностике и оценке результатов лечения хронической дуоденальной непроходимости: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. А. Филиппов. — М., 2003. — 21 с.
  18. Mates I. N. Deficite ale motritatii montajului gastrojejunal pe ansa raux dupa tratamentul chirurgical al bolii de reflux / I. N. Mates, D. Constantinius // *Chirurgia (Bucur.)*. — 2002. — Vol. 92, N 3. — P. 197 — 199.
  19. Fuhiman A. A. Superior mesenteric artery syndrome with obstructing duodenal bezoor / A. A. Fuhiman, D. M. Felig, M. E. Tanchel // *Gastrointest. Endosc.* — 2003. — Vol. 57, N 3. — P. 216 — 219.
  20. Luvara I. R. Ulcerele duodenale—postbulbare probleme de diagnostic si tratament. Locul vagotomici in tratamentul chirurgical / I. R. Luvara, E. Pacescu // *Chirurgia (Bucur.)*. — 2003. — Vol. 26, N 1. — P. 11 — 14.
  21. Bertolotti M. Interdigestive gastroduodenal motility in duodenal ulcer: role of gastric acid hypersecretion / M. Bertolotti // *Am. J. Gastroenterol.* — 1999. — Vol. 84, N 1. — P. 17 — 21.
  22. Groff V. Simplified scintigraphic methods for measuring gastrointestinal transit times / V. Groff, K. Brich, J. L. Madsen // *Phusial.* — 2000. — Vol. 20, N 64. — P. 262 — 266.
  23. Оценка состояния гепатопанкреатодуоденальной зоны у больных до и после лапароскопической холецистэктомии / П. Г. Броштейн, Н. У. Садыкова, Б. П. Медников, О. В. Суркова // *Эндоск. хирургия*. — 2000. — Т. 6, № 2. — С. 15 — 16.
  24. Жандаров К. Н. Хроническая дуоденальная непроходимость в сочетании с воспалительными заболеваниями желчных путей и поджелудочной железы / К. Н. Жандаров, В. М. Колтанюк, В. З. Абакумов // *Здравоохранение*. — 1999. — № 3. — С. 6 — 8.
  25. Ивашкин В. Т. Функциональные заболевания желудочно—кишечного тракта / В. Т. Ивашкин, В. М. Негаев // *Болезни органов пищеварения*. — 2000. — Т. 2, № 2. — С. 20 — 22.
  26. Осложнения лапароскопической холецистэктомии при хроническом калькулезном холецистите / Ш. И. Каримов, Н. Ф. Кротов, В. Л. Киш [и др.] // *Эндоск. хирургия*. — 2000. — № 4. — С. 39 — 41.
  27. Логинов А. С. Новое в диагностике и лечении желчнокаменной болезни / А. С. Логинов // *Терапевт. арх.* — 2001. — № 2. — С. 5 — 6.
  28. Успенская А. Р. Диагностическая и лечебная эндоскопия постгастрорезекционных анастомозитов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Р. Успенская. — М., 2001. — 24 с.
  29. Циммерман Я. С. Синдром хронической дуоденальной непроходимости / Я. С. Циммерман, Н. Н. Геллер // *Клин. медицина*. — 2000. — № 6. — С. 4 — 6.
  30. Real—time display of the stomach slow wave and its parameters in a newly designed electrogastrographic system / F. Y. Chang, C. L. Lu, Y. Y. Che [et al.] // *J. Gastroenterol.* — 2001. — Vol. 36, N 1. — P. 7.
  31. Роль дуоденостаза в хронизации процесса в поджелудочной железе / Ю. С. Винник, С. И. Петрушка, С. В. Якимов, В. В. Евдокименко. — М., 2000.
  32. Ковязина Н. О. Показания к хирургическому лечению с последующей послеоперационной реабилитацией больных хронической дуоденальной непроходимостью: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. О. Ковязина. — Краснодар, 2003. — 22 с.
  33. The effect of different frequency electrical acu—stimulation on gastric myoelectrical activity in healthy subjects / J. W. Chou, Y. H. Chang, C. S. Chang, G. H. Chen // *Hepatogastroenterology*. — 2003. — Vol. 50, N 50. — P. 582 — 586.
  34. Кадыров Д. М. Хеликобактер пилори и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Д. М. Кадыров, А. С. Саидмурадова, Д. М. Ишанкулова // *Материалы юбил. конф., посвящ. 75—летию акад. АН РТ Х.Х.Мансурова*. — Душанбе, 2000. — С. 19 — 22.
  35. Комплексный подход к органосохраняющему хирургическому лечению хронической дуоденальной непроходимости / М. Н. Ключников, Р. Г. Рыжих, А. И. Артемьев, Н. О. Ковязина // *Тез. 18 Всерос. конф с междунар. участием*. — Краснодар; Геленджик, 2002. — С. 80 — 81.
  36. Каримов Ш. И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии при хроническом калькулезном холецистите / Ш. И. Каримов // *Эндоск. хирургия*. — 2000. — № 4. — С. 39 — 41.
  37. Wilkies syndrome: Vascular duodenal compression / D. Loja Oropeza, V. Alvarez Escobedo, M. Vilca Vasquez [et al.] // *Rev. Gastroenterol. Peru*. — 2002. — Vol. 22, N 3. — P. 248 — 252.
  38. Кирсанов А. М. Динамика микрофлоры после открытых и лапароскопических операций при остром холецистите / А. М. Кирсанов, А. В. Сажин // *Эндоск. хирургия*. — 2000. — Т. 6, № 2. — С. 29.
  39. Пушкарев А. Г. Малоинвазивная хирургия желчнокаменной болезни: 5—летний опыт / А. Г. Пушкарев, В. В. Протасов // *Там же*. — С. 55 — 56.

