

УДК: 616.342-008-06+616.342-002.44-073.75

РОЛЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Припа В.М., Хотиняну В.Т., Дынга В.П.

Государственный Университет Медицины и Фармации им. Николае Тестемицану, г. Кишинев, Республика Молдова

Наряду с язвенной болезнью как самостоятельной нозологической формой принято выделять вторичные симптоматические язвы, возникающие под воздействием известного этиологического фактора — стресса, нарушения местного и регионарного кровообращения, приема нестероидных противовоспалительных средств и т.д. Одним из таких факторов могут быть хронические моторно-эвакуаторные нарушения (ХМЭН) двенадцатиперстной кишки (ДПК).

ХМЭН ДПК относят к факторам агрессии, которые могут привести к ускоренной, избыточной и нерегулярной эвакуации из желудка в ДПК кислого желудочного содержимого с длительной ацидофиксацией дуоденальной среды и агрессией кислотно-пептического фактора по отношению к слизистой луковицы ДПК.

Наоборот, при замедленной эвакуации наблюдается стаз желудочного содержимого в антруме с избыточной стимуляцией продукции гастрина; возможен рефлюкс дуоденального содержимого в желудок за счет антиперистальтики ДПК и зияния привратника с разрушением слизисто-бикарбонатного барьера желудка детергентами (желчными кислотами, мезолицитинами), поступающими из ДПК, и усиленными ретроdiffузией H^+ -ионов через слизистую оболочку желудка с ее повреждением — локальный тканевой ацидоз и некроз ткани с образованием язвенного дефекта.

В настоящее время определено множество причин, приводящих к ХМЭН ДПК. К последним относят и пороки развития ДПК. Однако акцент в обсуждениях ставится на пороках органо-, гисто-

генеза ДПК, иначе мальформациях ДПК (кисты, мембраны, дивертикулы, атрезии и т.п.). Роли нарушений эмбриологического процесса ротации ДПК, мальротациям двенадцатиперстной кишки (МДПК) в развитии ХМЭН ДПК и, как следствие, в ульцерогенезе отведено необоснованно мало внимания, что определило необходимость настоящего исследования.

Цель

Определить роль рентгенологических методов исследования в диагностике МДПК ДПК и в возникновении и поддержании симптоматических дуоденальных язв.

Материал и методы

Объектом исследования послужили больные с язвой ДПК, у которых была определена МДПК.

Основными критериями для включения в исследуемую выборку послужили: рентгенологические методы исследования и сопоставление их с операционными результатами исследования ДПК с определением признаков МДПК.

Критериями для исключения служили: наличие процессов и образований воспалительного или иного приобретенного генеза, деформирующих ДПК и ведущих к ХМЭН ДПК.

Из 3176 пациентов, оперированных по поводу язвы ДПК в клинике, в период 2000 – 2009 год, было отобрано 189 (5,9%) пациентов, которые составили исследуемую выборку (табл.).

Следует отметить, что возраст 135 (71,4%) больных из исследуемой выборки не достигал 25 лет.

Таблица

Половая и возрастная характеристики больных

Выборки	Пол			Средний возраст, лет
	Мужской	Женский	Соотношение м/ж	
Исследуемая	170 (89,9%)	19 (11,1%)	9/1	21,7
Генеральная	2382 (75%)	794 (25%)	3/1	39,1

Анамнез захворювання виявил, що 135 (83,5%) больных с МДПК отмечали с детского возраста диспептические явления: тяжесть в эпигастрии, тошнота после принятия пищи, временами рвота с примесью желчи. Возникновение язвы в возрасте 12 – 19 лет было выявлено в 146 (77,2%) случаях. Средняя продолжительность язвенного анамнеза составила 11,4 года (рис. 1), и это при среднем возрасте по группе 21,7 лет.

У 153 (81%) больных с МДПК отмечены различные осложнения язвы (рис. 2). В генеральной выборке осложнения были отмечены лишь в 15 % случаев, факт, указывающий на агрессивность язвенного процесса в условиях МДПК и рефрактерности данных язв относительно стандартным схемам консервативного лечения.

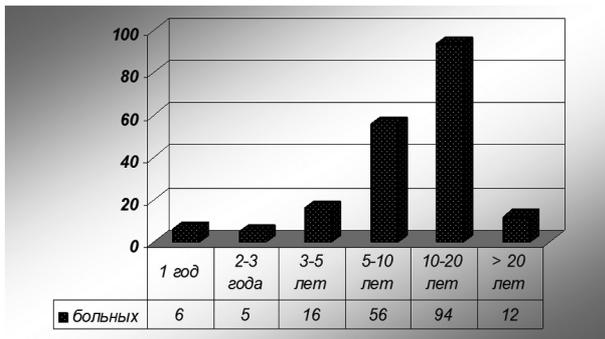


Рис. 1. Диаграмма распределения длительности язвенного анамнеза у больных с МДПК

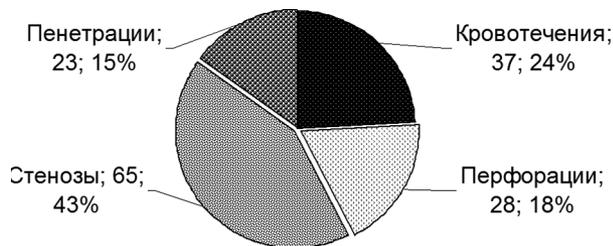


Рис. 2. Диаграмма распределения осложнений симптоматических язв ДПК у больных с МДПК

Сезонность обострений язвенного процесса у пациентов с МДПК была отмечена лишь в 32 (16,9%) случаях.

В ряде случаев — 62 (32,8%), были отмечены и другие врожденные пороки: пороки сердца — 3 (1,6%); варианты синдрома Ледда — 8 (4,2%); долихосигма — 36 (19%); аномалии желчного пузыря — 6 (3,2%); «сесум mobile» — 5 (2,6%); кольцевидная поджелудочная железа — 3 (1,6%); двурогая матка — у 1 пациентки.

У 49 (25,9%) больных были диагностированы сопутствующие хронические заболевания органов функционально взаимосвязанных с ДПК.

Диагностические исследования имели цель выявить не только факт присутствия язвы, но и определить двигательные нарушения ДПК, ее формы, позиции, состояния кислотной секреции желудка. С этой целью были произведены: полипозиционная рентгеноскопия бариевой смесью желудка и ДПК; рН-метрия желудка и ДПК; титрование свободной соляной кислоты в содержимом ДПК; дуоденоманометрия открытым катетером.

Результаты и обсуждение

Полипозиционная рентгеноскопия желудка и ДПК с бариевой смесью определила следующие признаки ХМЭН ДПК, возникших вследствие МДПК: задержка бариевой смеси более 40 секунд в двенадцатиперстной кишке, маятникообразные движения ДПК с дуоденогастральным рефлюксом, расширение просвета ДПК более 4 см (рис. 3, а); горизонтальный уровень в D_3 , D_4 (рис. 3, б); расположение дуоденоюнального угла выше L_2 и справа от позвоночника; низкорасположенный угол между D_3 и D_4 , на уровне L_2 (рис. 3, в); D_3 и D_4 в виде «синусоиды» с дополнительными петлями (рис. 3, г).

ФЭГДС наряду с язвой указало на наличие зияющего привратника в 77 (41%) случаях; дуоденогастральный рефлюкс — наличие желчного озера в желудке, рефлюкс гастрит.

рН-метрия желудка в лишь в 28 (15%) случаях указывает на гиперацидный желудок; в 14 (7,4%) случаях — нормацидный, у основной массы исследуемых (77,6%) было определено гипоацидное

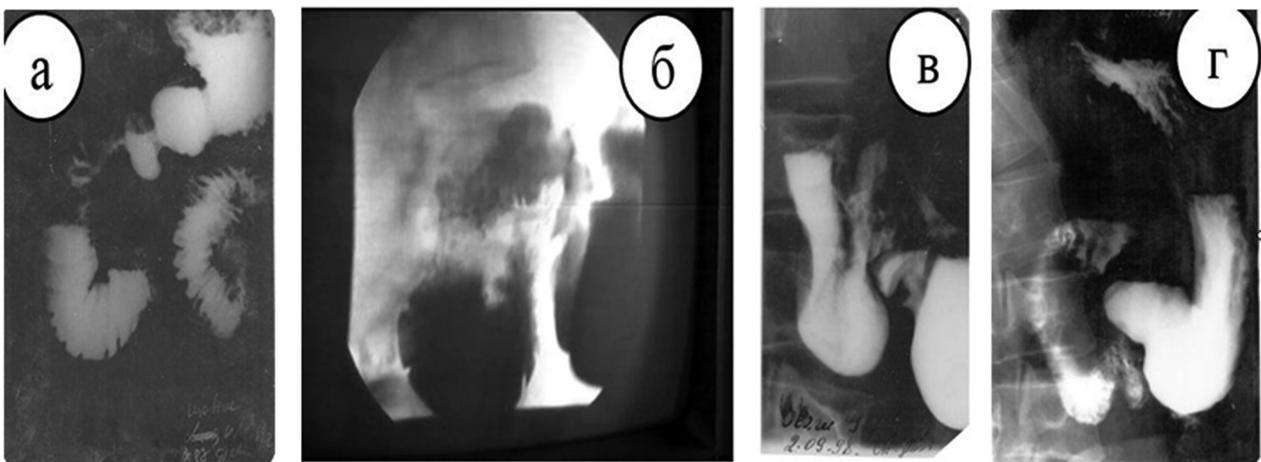


Рис. 3. Рентгенологические признаки МДПК

состояние с pH 2,0-4,6 желудка. В генеральной выборке гиперацидное состояние секреции желудка было определено в 84,5% случаев. Исследование кислотности дуоденального содержимого определило pH в пределах 4,2-6,1, а титрование свободной соляной кислоты в ДПК указало в 80% случаев концентрацию 20-45 ммоль/л. Градиент pH желудок/ДПК в 84,5% случаев был отмечен менее 2 единиц. Данные указывают на явное отсутствие барьера между желудком и ДПК, что в совокупности с задержкой эвакуации из ДПК создают условия на длительное поддержание аномально кислой среды для ДПК.

Дуоденоманометрия позволила определить функциональное состояние ДПК. В 14 (16,6%) случаях была определена компенсированная ДПК, в 32 (38,1%) субкомпенсированная и в 28 (33,3%) — декомпенсированная ДПК.

Внутриоперационное исследование ДПК, как доказательный метод определения мальротации, выявил следующие признаки МДПК — гипо- или гипертрофированный зияющий привратник с просветом больше 4 см; расширение ДПК более 4 см каудально на уровне L₃ и даже L₅, расположение угла между D₂ и D₃ с образованием острого угла и вертикальной D₃. Дополнительные петли в D₃ и D₄. Пролабирование ДПК через мезоколон. Дуодено-еюнальный переход справа от позвоночника, верхняя мезентериальная артерия под ДПК слева от последней.

Хирургическое лечение больных состояло из резекции 2/3 желудка по типу Бальфур в 77 (40,7%) и Ру в 112 (59,3%) случаях, операций, наилучшим образом обеспечивающих опорожнение порочной ДПК.

Выводы

Клинико-рентгенологические характеристики симптоматических дуоденальных язв в МДПК, результаты исследований и послеоперационные осложнения указывают на ведущую роль МДПК в ульцерогенезе данных язв, что, в свою очередь, требует тщательной диагностики и правильного

выбора метода хирургического лечения симптоматических дуоденальных язв МДПК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hotineanu V.T., Gorea D.V., Pripa V.M., Core V.M. *chii Ulcerele gastroduodenale simptomatice la pacien ii cu malrota ii duodenale, Conferen a anual tiin ific universitar , Chi in u 1996.*
2. Hotineanu V.T., Gorea D.V., Pripa V.M., Core V.M. *chii Malrota iile duodenale la pacien ii cu ulcere gastroduodenale, Congresul VIII al chirurgilor din Republica Moldova, Chi in u 97.*
3. Hotineanu V., Gorea D. *Malrota ia duodenal – factor etiopatogenic al ulcerelor simptomatice duodenale” Congresul XXIII International al chirurgilor din Romania, Oradea 2006.*
4. Von Floe M, Herzog U, Ackermann C, Tondelli P, Harder F. *Acute and chronic presentation of intestinal nonrotation in adults. Dis Colon Rectum 1994.*
5. Wang C, Welch CE. *Anomalies of intestinal rotation in adults. Surgery 1963.*
6. Короткий В.М., Колосович І.В., Фурманенко М.Ф., Карташов Б.Т., Красовський В.О., Бутирін С.О., Зінченко І.І. *Хронічна дуоденальна непрохідність та пептична виразка шлунка: взаємозв’язок, діагностика та хірургічна корекція // Вісник морської медицини, №2 (14) (квітень–червень), 2001.*
7. Шідловський В.О., Романів В.О., Шідловський О.В. *Хірургічне лікування виразкової хвороби, поєднаної з функціональним порушенням дуоденальної прохідності // Шпитальна хірургія. – 1998. – №4. – С. 60-64.*

РЕЗЮМЕ. В данной работе изучена роль рентгенологических методов исследования в диагностике дуоденальных язв на фоне хронических моторно-эвакуаторных нарушений 12-перстной кишки. Объектом исследования послужили больные с язвой ДПК, у которых была определена МДПК. Из 3176 пациентов, оперированных по поводу язвы ДПК в клинике, в период 2000 – 2009 год, было отобрано 189 (5,9%) пациентов, которые составили исследуемую выборку.

SUMMARY. As a physiopathological expression the duodenal malrotation (DM) of adults is a chronic evaco-motorical duodenal disturbance. 3176 patients operated for ulcers during the period 2000 – 2009 were analyzed. Were determined the clinical-evolutive peculiarities of the ulcers, gastric and duodenum’s acidic station, evaluation of duodenal motility by manometry and imaging studies. The received data have shown the DM as a direct etiopathogenic factor of ulceroge-