

УДК 616.831-001,137^с

© Кононенко Д.А., Бука Г.Ю., 2012

ХРОНИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРО ОСЛОЖНЕННЫМИ ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ**Кононенко Д.А., Бука Г.Ю.***ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»*

Актуальность темы. Хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП) – важнейшее звено в этиопатогенезе заболеваний органов верхних отделов пищеварительного тракта [10]. Частота выявления разной степени нарушений проходимости двенадцатиперстной кишки колеблется в пределах от 10,0 до 55,2%, поэтому объективные данные об исходном состоянии двигательной активности желудка и ДПК играют важную роль при определении характера оперативного вмешательства и не должны оставаться нераспознанными [2]. Нарушение дуоденальной проходимости у больных с ЯБ нередко начинают выявляться тогда, когда обнаруживают рецидив язвы после оперативного лечения. Дуоденальный стаз при его длительном существовании оказывает значительное влияние на состав желчи, ведет к нарушению функции гепатолиарной и энтеральной систем.

По степени расстройств дуоденальной проходимости выделяют следующие виды: компенсированная (гиперкинетическая стадия); субкомпенсированная (гипокинетическая) стадия; декомпенсированная (атоническая) стадия [1].

ДГР является клиническим проявлением II и III стадии ХНДП. У 35-100% больных имеется патологический ДГР, который вызывает развитие рефлюкс-гастрита и утяжеляет симптоматику основного заболевания [9].

Сочетание ЯБ и ДГР является прогностически небезопасным, поскольку суммируется действие трех ультраогенных факторов – пептического, Н.рулоги и желчи [11]. Отмечено, что наличие ДГР может вызвать снижение эффективности антихеликобактерной терапии [5, 8, 12].

Наиболее часто ДГР встречается у пациентов с ЯБ: при ДЯ – 12,8-89,6% [5,8], при пилорической – 93%, при медиогастральной язве – у 23%. Рефлюкс максимальной интенсивности наблюдается у пациентов с локализацией язвенного дефекта в желудке [5].

Дуоденогастральный рефлюкс приводит к «виражу» желудочной секреции в поздние сроки после операции и рецидиву язвы [7]. Рефлюксат при желчном рефлюксе, состоит не только из желчи, в его состав также входят дуоденальный сок, панкреатические энзимы и лизолецитин, образующийся при дуоденальном гидролизе лецитина панкреатической фосфолипазой А [3].

Повреждающие действие рефлюксата на слизистую оболочку (СО) связывают, прежде всего, с желчными кислотами (ЖК) как основными компонентами дуоденального содержимого [3]. ЖК, обладая детергентными свойствами, способствуют сольubilизации липидов поверхностного эпителия [3]. Вследствие этого СО желудка теряет защитный слой и становится чувствительной к воздействию агрессивного желудочного и дуоденального содержимого [4]. Результатом постоянного повреждения СО желудка кишечным содержимым являются дистрофические и некробиотические изменения желудочного эпителия. Желчь и

сок поджелудочной железы при длительном существовании рефлюкс-гастрита обуславливают тяжелую форму эрозивного антрального гастрита или «пептическую» язву ДПК.

Цель работы изучение и разработка нового метода коррекции хронического нарушения дуоденальной проходимости у больных с остро осложненными дуоденальными язвами.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Представленная работа является частью плановой научно-исследовательской работы «Клініко-патогенетичні особливості поєднаної патології внутрішніх органів, їх корекція та прогнозування перебігу» государственной регистрационный номер 0109U002725.

Материалы и методы Проведено изучение хронического нарушения дуоденальной проходимости у 48 больных из них 23 больных с ОЖКК и 25 с перфоративной язвой ДПК. Для диагностики ХНДП использовали: ЭГДС; ультразвуковую диагностику; определение концентрации билирубина в желудочном аспирате; интраоперационные критерии ХНДП Никитина Н.А.

Для эндоскопической оценки наличия хронической дуоденальной непроходимости использовали классификацию Джумабаева Х.Д. [6].

Ультразвуковая диагностика дуоденогастрального рефлюкса. Оценка функционального состояния и моторно - эвакуаторной функции (МЭФ) желудка оценивали методом ультразвуковой локализации на аппарате «СОНОМЕТ-500» в режиме реального времени. Для детализации структур на разной глубине сканирования использовали датчики 3,5 и 5 МГц.

На первом этапе исследовали желудок и ДПК натощак, методика сонографии не отличалась от стандартной.

Диагностическую процедуру выполняли с целью:

- 1- выявления остатков жидкости и пищи в полости желудка в качестве объективного признака замедления эвакуации содержимого из органа и по ДПК;
- 2 - измерения передне-заднего размера желудка;
- 3- измерения поперечного размера ДПК (у здоровых лиц луковица имеет неправильную треугольную форму, трехслойную стенку с ровными контурами, толщиной $3,0 \pm 1,9$ мм);
- 4- время прохождения пищи по ДПК.

При дуоденостазе происходит расширение просвета ДПК более чем на 3 см, и замедление прохождения по ней пищи более чем на 40 секунд.

На втором этапе УЗИ диагностики изучали МЭФ и наличие ДГР. Ультразвуковая оценка состояния МЭФ желудка и ДПК основана на заполнении желудка жидкостью в объеме 0,5–1,5 л. В качестве наполнителя желудка и контрастной среды использовали 300–500 мл сильногазированной воды, насыщенной углекислым газом. Данная контрастная среда содержит усиливающий агент в

виде растворенного углекислого газа в форме множества микропузырьков диаметром 0,01–1,0 мм; носителем является вода. При взаимодействии микропузырьков газа с ультразвуком происходит их разрыв с генерацией акустического сигнала высокой интенсивности и резонанса второй тканевой гармоники, что повышает разрешающую способность, чувствительность и специфичность УЗИ.

С целью диагностики ДГР определялась концентрация билирубина в желудочном аспирате (декларационный патент Украины «Способ диагностики дуоденогастрального рефлюкса» № 43869 от 10.09.2009).

Для коррекции ДГР как проявления II-III степени ХНДП использовался усовершенствованный способ комплексной коррекции ДГР (декларационный патент Украины «Спосіб комплексного хірургічного лікування дуоденальної виразки, поєднаної з ДГР» № 66491 от 10.01.2012), который заключается в селективной химической периаортальной симпатэктомии верхней брыжеечной артерии, селективной ваготомии желудка и пилорусвосстанавливающей операции. Благодаря селективной химической периаортальной симпатэктомии верхней брыжеечной артерии происходит коррекция тонуса ДПК, а благодаря сочетанию пилорусвосстанавливающей операции с селектив-

ной ваготомией желудка происходит восстановление запирающей функции привратника, которая страдает при ДГР, и угнетается кислотопродукция желудка.

Результаты исследования. При помощи применяемых методов исследования ХНДП I степени выявлено у 21 (43,75%) больного, ХНДП II степени у 24 (50%) больных и ХНДП III степени у 3 (6,25%) больных основной группы. Эти данные свидетельствуют о преобладании компенсированных и субкомпенсированных форм ХНДП 93,75% над декомпенсированными 6,25% у больных с острыми осложнениями дуоденальных язв.

С помощью ультразвуковой диагностики установлено, что у 3 (18,75%) больных основной группы отмечено наличие остатков жидкости и пищи в полости желудка, у 2 (12,5%) больных отмечено расширение просвета ДПК более чем на 3 см, у 2 больных (12,5%) увеличен диаметр пилорического канала, наличие ретроградного синхронного тока пузырьков жидкости и замедление прохождения пищи по ДПК более чем на 40 секунд установлено у 5 (31,25%) и 4 (25%) больных соответственно.

Во время проведения ЭГДС степень ХНДП оценивали согласно классификации Джумабаева Х.Д. [6], распределение больных показано в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика эндоскопического мониторинга ХНДП

Стадии ХНДП	Основная группа (n=16)	
	Абс.	%
1. Стадия компенсации	11	68,75
2. Стадия субкомпенсации	3	18,75
3. Стадия декомпенсации	2	12,5

Полученные во время ЭГДС данные свидетельствуют о преобладании компенсированных форм ХНДП 68,75%, над субкомпенсированными и декомпенсированными 31,25%.

С целью диагностики ДГР у больных с острыми осложненными дуоденальными язвами

определялся уровень билирубина, как основного компонента желчи в желудочном аспирате. Изучение желудочного аспирата проведено у 15 больных основной группы с клиникой остановившегося ОЖКК. Полученные данные приведены в таблице 2.

Таблица 2. Уровень концентрации билирубина в желудочном аспирате у больных основной группы

Концентрация билирубина в желудочном аспирате (клинические данные)	Основная группа (n=15)	
	Абс.	%
12,5-45,5 мкг/мл.	12	80
45,6-75,5 мкг/мл.	2	13,3
75,6-112 мкг/мл	1	6,7
свыше 112 мкг/мл	-	-

Полученные данные свидетельствуют о том, что у 80% больных основной группы концентрация билирубина в желудочном аспирате не превышала 45,5 мкг/мл, у 1(6,7%) больного основной группы концентрация билирубина была максимальной 112 мкг/мл. У 32 (66,7%) больных диаг-

ностика ХНДП проводилась интраоперационно. Интраоперационная диагностика проведена 22 (68,75%) больным с перфоративной язвой, и 10 (31,25%) больным с продолжающимся ОЖКК согласно рекомендациями Никитина Н.А. [13], полученные данные представлены в таблице 3.

Таблица 3. Интраоперационная диагностика ХНДП у больных основной группы

Стадии ХНДП	Основная группа (n=32)	
	Абс.	%
1. Стадия компенсации	6	18,75
2. Стадия субкомпенсации	23	71,87
3. Стадия декомпенсации	3	9,38

С помощью интраоперационных критериев ХНДП I степени выявлено у 6(18,75%) больных, ХНДП II степени у 23 (71,85%) больных и ХНДП III степени у 3 (9,38%) больных. Полученные интраоперационные данные подтверждают о преобладании компенсированных и субкомпенсированных форм ХНДП над декомпенсированными.

У 48 (60%) больных основной группы проведена коррекция выявленной ХНДП различной степени тяжести. У 21 больного (43,75%) с выявленной I степенью ХНДП выполнено иссечение язвы с селективной ваготомией. Удаление язвенного субстрата раздражающего пейсмейкеры кишечника способствует нормализации моторно-эвакуаторной

функции ДПК, а выполнение селективной ваготомии повышает тонус привратника. Больные с компенсированными ХНДП не нуждались в хирургической коррекции. Всем больным с первой стадией ХНДП назначалось консервативное лечение. Усовершенствованный способ комплексного хирургического лечения дуоденальных язв в сочетании с ДГР, который заключается в применении пилорус-восстановливающей операции, селективной симпатэтомии верхней брыжеечной артерии и селективной ваготомии желудка использован у 18 (37,5%) больных основной группы с выявленной II степенью ХНДП. У 6 больных (12,5%) диагностирована II степень ХНДП, при которой только удаление язвенного субстрата не позволяет эффективно нормализовать тонус ДПК, таким больным иссечение язвы с селективной ваготомией дополнялось операцией Стронга и селективной периаортальной симпатэтомией ДПК, которая позволяет улучшить тонус привратника не вызывая атонию ДПК.

У 3 (6,25%) больных с III степенью ХНДП ис-

сечение язвы с одним из видов ваготомии дополнялось дуодено-еюностомией и селективной периаортальной симпатэтомией ДПК. Всем больным накладывался изоперистальтический дуодено-еюноанастомоз.

Выводы:

1. Использование применяемых современных методов диагностики позволило выявить ХНДП различной степени тяжести у 48 (60%) больных, что в дальнейшем определило дифференцированную хирургическую тактику у 27 (56,25%) больных с субкомпенсированной и декомпенсированной формами ХНДП с применением усовершенствованного способа комплексного хирургического лечения дуоденальных язв в сочетании с ДГР.

2. С целью хирургической коррекции дуоденогастрального рефлюкса оправдано использование разработанного способа оперативного вмешательства, который заключается в комплексной коррекции пилоруса, усилении его тонуса, коррекции хронического нарушения дуоденальной проходимости.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Артемюв Ю.В., Дехтярук И.А.** Нарушение дуоденальной проходимости в структуре послеоперационных осложнений у больных гастродуоденальной язвой // *Врачебная практика.*-2006.-№6.-С. 10-13. (4)
2. **Артемюв Ю.В., Ягнюк А.И.** Выявление и коррекция нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки у больных язвенной болезнью в дооперационном периоде // *Харьковская хирургическая школа.*-2006.-№4(23).-С. 9-12. (5)
3. **Бабак О.Я.** Желчный рефлюкс: современные взгляды на патогенез и лечение // *Сучасна гастроентерологія.*-2003.-№1(11).-С. 28-30. (10)
4. **Белова Е.В., Вахрушев Я.М.** Характеристика агрессивно-протективных факторов при эрозивном поражении слизистой оболочки гастродуоденальной зоны // *Терапевтический архив.*-2002.-№2.-С. 17-20. (18)
5. **Вдовиченко В.И.** Влияние дуоденогастрального рефлюкса на эффективность эрадикации геликобактерной инфекции у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при застосуванні потрійної терапії // *Гастроентерологія.*-2001.-№32.-С. 196-199. (28)
6. **Джумабаев Х.Д.** Эндоскопическая диагностика хронической дуоденальной непроходимости в сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // *Эндоскопическая хирургия.*-1997.-№3.-С. 51-54.
7. **Діброва Ю.А.** Рецидивы язвы желудка после органосберегающих вмешательств, с приводом язвенной болезни // *AML XII.*-2006.-С. 80 – 84.(63)
8. **Ковальчук Г.И.** Эффективность лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной дуоденогастральным рефлюксом // *Практична медицина.*-2004.-№3.-С.36-40. (101)
9. **Мамчиц В.І., Гвоздяк М.М., Плешко О.С.** Диагностика дуоденогастрального рефлюкса при последанных язвенных поражениях желудка та дванадцятипалої кишки // *Вісник морської медицини.*-2001.-№2(14).-С.97-100. 146
10. **Мартынов В.Л., Измайлов С.Г. и др.** Диагностика хронической дуоденальной непроходимости // *Хирургия.*-2005.-№4.-С. 20-23. (148)
11. **Оскретов В.И., Вильгельм Н.П.** Хирургическое лечение хронической язвы двенадцатиперстной кишки, сочетанной с хронической дуоденальной непроходимостью // *Хирургия.*-1998.-№3.-С. 41-44. (173)
12. **Острогляд А.В.** Особливості лікування язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, усложненной дуоденогастральным рефлюксом. Авт. дис...канд. мед. наук. Ивано-Франківськ.- 2002.-19С. (174)
13. **Никитин Н.А.** Недостаточность швов дуоденальной культи в ургентной хирургии язвенной болезни.- Киров, 2002.-216 с.

Конюненко Д.О., Бука Г.Ю. Хронічне порушення дуоденальної прохідності у хворих з гостро ускладненими дуоденальними виразками // *Український медичний альманах.* – 2012. – Том 15, № 1. – С. 65-67.

Проведено вивчення хронічного порушення дуоденальної прохідності у 48 хворих з них 23 хворих з ГШКК і 25 з перфоративної виразкою ДПК. За допомогою застосованих методів дослідження ХНДП I ступеня виявлено у 21 (43,75%) хворого, ХНДП II ступеня у 24 (50%) хворих і ХНДП III ступеня у 3 (6,25%) хворих основної групи. У 48 (60%) хворих основної групи проведена корекція виявленої ХНДП різного ступеня тяжкості. Вдосконалений спосіб комплексного хірургічного лікування дуоденальної виразки в поєднанні з ДГР, який полягає у застосуванні пилорусзберігальної операції, селективної симпатектомії верхньої брижової артерії і селективної ваготомії шлунка використаний у 18 (37,5%) хворих основної групи з виявленою II ступенем ХНДП

Ключові слова: виразкова хвороба, жовчні кислоти, дуоденогастральний рефлюкс.

Конюненко Д.А., Бука Г.Ю. Хроническое нарушение дуоденальной проходимости у больных с остро осложненными дуоденальными язвами // *Український медичний альманах.* – 2012. – Том 15, № 1. – С. 65-67.

Проведено изучение хронического нарушения дуоденальной проходимости в 48 больных из них 23 больных из ГШКК и 25 с перфоративной язвой ДПК. С помощью примененных методов исследования ХНДП I степени выявлен в 21 (43,75%) больной, ХНДП II степени в 24 (50%) больных и ХНДП III степени в 3 (6,25%) больных основной группы. В 48 (60%) больных основной группы проведенная коррекция выявленной ХНДП разной степени тяжести. Усовершенствованный способ комплексного хирургического лечения дуоденальной язвы в сочетании с ДГР, который заключается в применении пилорусзберігальної операції, селективної симпатектомії верхньої брижової артерії і селективної ваготомії шлунка использован в 18 (37,5%) больных основной группы с выявленной II степенью ХНДП

Ключевые слова: язвенная болезнь, желчные кислоты, дуоденогастральный рефлюкс.

Kononenko D.A., Buka G.Yu. Chronic disorder of duodenal patency in patients with acute complicated duodenal ulcers // *Український медичний альманах.* – 2012. – Том 15, № 1. – С. 65-67.

The study of chronic disorders of duodenal patency in 48 patients including 23 patients with acute gastrointestinal bleeding and 25 perforated duodenal ulcer. With the help of the methods of research chronic disorder of duodenal patency I degree was detected in 21 (43.75%) patients, chronic disorder of duodenal patency II grade in 24 (50%) patients and chronic disorder of duodenal patency III level in 3 patients (6.25%) patients of the group. In 48 (60%) patients of the group identified the correction chronic disorder of duodenal patency varying degrees of severity. An improved method of surgical treatment of duodenal ulcers in conjunction with duodenogastric reflux, which is the application of pylorus restore operation of selective sympathectomy of the upper mesenteric artery and selective vagotomy of the stomach is used in 18 (37.5%) patients of group II revealed the degree chronic disorder of duodenal patency

Key words: peptic ulcer, bile acids, duodenogastric reflux.

Надійшла 12.11.2011 р.
Рецензент: проф. В.І.Бондарев