

УДК 616.342—007.2—089

И. А. ОСЕПЯН, Л. А. ГЕВОРКЯН, В. П. АИВАЗЯН

МЕГАДУОДЕНУМ И ЕГО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Рассматриваются вопросы клиники и оперативного лечения артерио-мезентериальной непроходимости двенадцатиперстной кишки. Операцией выбора считается наложение дуоденоюноанастомоза между начальным отделом тощей кишки и нижней горизонтальной ветвью двенадцатиперстной кишки.

Megaduodenum (мегадуоденум)—редкая патология двенадцатиперстной кишки, возникающая в результате нарушения дуоденальной проходимости. Причины возникновения мегадуоденума подразделяются на врожденные и приобретенные. Довольно редкой причиной врожденного мегадуоденума является аганглиоз ауэрбаховского сплетения в стенке двенадцатиперстной кишки. По своему патогенезу этот порок похож на порок развития при болезни Гиршпрунга.

К приобретенным причинам возникновения дуоденальной непроходимости относятся рубцовые изменения в зоне связки Трейца, тотальные рубцовые перидуодениты, натяжение брыжейки тонких кишок, высокий мезентериальный лимфаденит. Явления непроходимости двенадцатиперстной кишки могут возникать также при ранениях с повреждением брыжейки тонких кишок и забрюшинного пространства, при выраженном лордозе, грыжах поясничного отдела позвоночника [1, 3, 4, 9].

Одной из редких причин возникновения хронической частичной непроходимости двенадцатиперстной кишки на почве ее сдавления является артерио-мезентериальная непроходимость. Ствол верхней брыжеечной артерии, взяв свое начало от аорты на уровне поджелудочной железы и выйдя из-под нижнего края последней вместе с сопутствующими брыжеечными венами, проходит по передней поверхности нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки, пересекая ее сверху вниз и влево под углом 45° [3]. Различают рассыпную и магистральную формы деления артерии.

Наиболее располагающим вариантом к возникновению дуоденально-мезентериальной непроходимости считается тот, когда основной ствол верхней брыжеечной артерии проходит впереди малоподвижной нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки под углом меньше 45° , когда он плотно спаян с кишечной стенкой и делится под нижним краем последней. Сдавление двенадцатиперстной кишки верхними брыжеечными

ми сосудами постепенно ведет к нарастанию застоя в кишке, ее дилатации выше места сдавления и возникновению частичной, а иногда и полной непроходимости кишечника на соответствующем уровне.

Клиническая картина мегадуоденума проявляется уже в раннем детском возрасте, реже—в молодом и зрелом возрасте. Большая роль в возникновении артерио-мезентериальной непроходимости в зрелом возрасте придается присоединению высокого мезентериального лимфаденита [1, 2]. Описаны случаи возникновения непроходимости двенадцатиперстной кишки, вызванные сдавлением ее верхними брыжеечными сосудами при длительном лежании на спине, в частности при скелетном вытяжении [7, 9].

При хронической артерио-мезентериальной непроходимости в результате застоя, затруднения эвакуации пищи, повышения давления в двенадцатиперстной кишке соответственно нарушается функция желудка, печени, поджелудочной железы. В клинической картине преобладают признаки дуоденостаза. В результате застоя пищевых масс в двенадцатиперстной кишке возникают воспалительные явления и изъязвления слизистой, кровотечения в кишечник, явления дуоденита и перидуоденита. В запущенных случаях может развиваться кахексия. Кроме диспептических расстройств, имеют место явления застоя в билиарной системе и поджелудочной железе. Гипертензия в дуоденуме может привести к возникновению панкреатита, механической желтухи, позже—к явлениям холангита с соответствующей клинической картиной. Нередко у больных, страдающих хронической артерио-мезентериальной непроходимостью двенадцатиперстной кишки, возникают нарушения со стороны нервной системы—депрессивное состояние, головные боли, мнительность, бессонница и др.

Лечение мегадуоденума может быть консервативным и оперативным. Консервативное лечение эффективно в начальной стадии заболевания и заключается в витаминотерапии, противовоспалительной терапии, лечебном зондировании двенадцатиперстной кишки с промываниями, физиотерапии, санаторно-курортном лечении.

Оперативная коррекция артерио-мезентериальной непроходимости двенадцатиперстной кишки заключается в восстановлении проходимости кишечной трубки. Были предложены различные методы оперативного лечения мегадуоденума. Операция Майо—рассечение связки Трейца—является палиативной и не дает желаемых результатов, операция Робинсона—резекция восходящей части двенадцатиперстной кишки и зоны перехода дуоденума в тощую кишку с последующим восстановлением кишки конец в конец впереди мезентериальных сосудов—технически трудна и опасна возможными осложнениями. Теми же недостатками обладает и операция Strong—низведение конечного отдела двенадцатиперстной кишки. Е. В. Смирнов [4] рекомендует производить резекцию на выключение двенадцатиперстной кишки. Недостатком этой операции мы считаем травматичность и то, что при этом виде вмешательства не-

проходимость двенадцатиперстной кишки фактически остается и мегадуоденум не ликвидируется. Не оправдывает себя также резекция желудка по Бильрот II и гастроеюностомия [7, 8]. Операцией выбора следует считать дуоденоюноанастомоз. В последнее время Я. Д. Витебским [1] предложен и выполняется поперечный антиперистальтический дуоденоюноанастомоз, который, на наш взгляд, не имеет больших преимуществ перед антиперистальтическим дуоденоюноанастомозом бок в бок.

В клиниках кафедры госпитальной хирургии Ереванского медицинского института по поводу артерио-мезентериальной непроходимости двенадцатиперстной кишки было оперировано четыре человека. Возраст больных от 16 до 42 лет, из них трое мужчин и одна женщина.

С целью иллюстрации приведем выписку из истории болезни двух наших больных.

Больной П., 33 лет (история болезни № 294/185), поступил в клинику 22/1 1975 г. с диагнозом: острый холецистит? При поступлении поставлен диагноз: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Жалобы на боль в эпигастриальной области и в правом подреберье, тошноту, чувство вздутия и тяжести в верхней половине живота, общую слабость, бессонницу. Боль начинается через 1—2 часа после приема пищи. Считает себя больным около 6—7 лет, в анамнезе неоднократно отмечается дегтеобразный стул. Лечился по поводу инфекционного гепатита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Больной правильного телосложения, пониженного питания, кожа и видимые слизистые с желтушным оттенком. Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем патологии не выявлено. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот овальной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, при глубокой отмечается болезненность в правом подреберье и эпигастриальной области. Край печени выступает на два пальца из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови от 23/1: Нв 68 ед., эр. 4100000, л. 6000, п. 1%, с. 64%, э. 7%, лимф. 230/0, мон. 40/0, СОЭ 11 мм в час. Биохимический анализ крови: остаточный азот 40 мг %, холестерин 210 мг %, билирубин 1,56 мг %, сахар 111 мг %, общий белок 7,91 мг %, амилаза 2,75 мг %, протромбиновый индекс 120%, протромбиновое время 24, реакция Ван-ден Берга непрямая. Общий анализ мочи в пределах нормы, диастаза в моче 16 ед. Реакция на скрытую кровь в кале отрицательная. В желудочном соке общая кислотность от 6 до 32, свободная соляная кислота от 8 до 18.

При рентгенологическом исследовании пищевода в норме. Желудок больших размеров, складки слизистой не изменены, эвакуация бария из желудка затруднена. Луковица двенадцатиперстной кишки относительно больших размеров, опорожняется с трудом и не полностью. После частичного опорожнения тень луковицы в виде трапеции с «оттяжками», луковица подвижна. Через 24 часа бариевая масса заполняет толстый кишечник, червеобразный отросток не заполняется.

При холецистографии (от 28/1) тень желчного пузыря в форме капли размером 4/8—10 см, располагается на уровне L₁ з справа, структура тени гомогенная.

У больного нарастали явления механической желтухи. 6/II билирубин в крови 12,48 мг %, реакция Ван-ден Берга прямая, замедленная. Реакция на желчные пигменты в моче положительная.

Клинический диагноз: желчнокаменная болезнь, механическая желтуха, дивертикул двенадцатиперстной кишки.

12/II 1975 г. под общим обезболиванием произведена верхняя срединная лапаротомия. При ревизии выяснилось: печень несколько увеличена, имеются застойные явления. Желчный пузырь увеличен, напряжен, плотно-эластической консистенции, при надавливании медленно опорожняется, конкрементов не содержит. Интраоперационная холангиография патологии не выявила. Желудок резко увеличен, атоничен. Двенадцатиперстная кишка, начиная с пилорического отдела, резко расширена, напряжена, местами достигает 10 см в диаметре, стенки последней истончены. Причина дуоденальной непроходимости заключается в сдавлении терминального отдела двенадцатиперстной кишки верхними брыжеечными сосудами, пересекающими ее под острым углом (магистральная форма деления) и плотно спаянными с кишечной стенкой. Операционный диагноз: хроническая артерио-мезентериальная непроходимость двенадцатиперстной кишки, мегадуоденум. Оперативная коррекция заключалась в наложении обходного позадиободочного дуоденоюноанастомоза с дополнительным межпечельным анастомозом по Брауну. Операционная рана зашита наглухо. Послеоперационное течение гладкое.

Осмотрен через три года. Чувствует себя хорошо, явления, связанные с мегадуоденумом, прошли (механическая желтуха, диспептические расстройства и др.), работает.

Больная С., 42 лет (история болезни № 359/127), поступила в клинику 22/1 1977 г. с диагнозом: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Жалобы при поступлении на боль и чувство тяжести в эпигастральной области, тошноту, бессоницу. Боль начинается через 2—3 часа после приема пищи. Считает себя больной около семи лет. Лечилась амбулаторно по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В анамнезе отмечает дефекообразный стул. Сезонности в течении заболевания не выявлено. За последние годы потеряла в весе около 15 кг.

Больная среднего роста, правильного телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 уд. в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 140/95 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, ритмичные. Дыхание везикулярное, перкуторно-ясногочный звук. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот овальной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная. При глубокой пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области, там же отмечается шум «плеска». Печень и селезенка не пальпируются.

Общие анализы крови и мочи в пределах нормы. Реакция на скрытую кровь в кале положительная. В желудочном соке общая кислотность от 10 до 40, свободная соляная кислота от 0 до 15.

При рентгенологическом исследовании пищевод не изменен. Желудок имеет форму удлинненного крючка, хорошо смещаем. Складки слизистой не изменены, перистальтика неглубокая, вялая. Эвакуация бария затруднена, медленная. Луковица двенадцатиперстной кишки расширена, деформирована, пальпация под экраном этой области болезненна. Через 24 часа в желудке и двенадцатиперстной кишке остатки бариевой массы. Толстый кишечник равномерно контрастируется, патологии не выявлено.

Клинический диагноз: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, стеноз привратника.

2/II 1977 г. больная оперирована под общим обезболиванием. Произведена верхняя срединная лапаротомия. Ревизия установила: печень не увеличена, желудок больших размеров, пилорический жом свободно пропускает два пальца. Двенадцатиперстная кишка резко расширена, стенки истончены. Причина мегадуоденума заключается в сдавлении нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки верхними брыжеечными сосудами, пересекающими ее под острым углом и плотно спаянными с кишечной стенкой. Язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке нет. Интраоперационный диагноз: хроническая артериомезентериальная непроходимость двенадцатиперстной кишки, мегадуоденум. Для коррекции мегадуоденума наложен антиперистальтический дуоденоюноанастомоз между начальным отделом тощей кишки и нижней горизонтальной

ветью двенадцатиперстной кишки. Операционная рана зашита наглухо. Послеоперационное течение гладкое.

Осмотрена через год. Жалоб не предъявляет, прибавила в весе 10 кг, все явления, связанные с дуоденальной непроходимостью, прошли, работает. При контрольной рентгенографии, произведенной через год после операции (22/III 1978 г.), пищевод не изменен. Желудок нормальных размеров, хорошо смещаем. Складки слизистой не изменены, перистальтика глубокая, живая. Эвакуация бария своевременная. Луковица двенадцатиперстной кишки нормальных размеров, при пальпации безболезненная. Область анастомоза хорошо проходима. Опорожнение двенадцатиперстной кишки своевременное, полное. Через 24 часа остатков бариевой массы в желудке и двенадцатиперстной кишке нет. Толстый кишечник контрастируется равномерно, червеобразный отросток не заполнен.

Как видно из приведенных выше примеров, дооперационная диагностика артериомезентериальной непроходимости нередко представляет определенные трудности. У трех наших больных в клинической картине заболевания, протекавшей на фоне механической желтухи, преобладали данные, говорящие о нарушении проходимости в области сфинктера Одди, а у одной больной картина заболевания напоминала таковую, встречающуюся при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. У всех больных диагноз артериомезентериальной непроходимости был поставлен интраоперационно, и было выполнено наложение обходного дуоденоюноанастомоза.

Таким образом, при дифференциальной диагностике хронической дуоденальной непроходимости необходимо помнить о возможности наличия мегадуоденума на почве сдавления дистального отдела двенадцатиперстной кишки верхними брыжеечными сосудами. Метод наложения обходного дуоденоюноанастомоза прост, ликвидирует гипертензию и полностью восстанавливает проходимость кишечной трубки.

Кафедра госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института,
Ереванская железнодорожная
клиническая больница

Поступила 16/VI 1978 г.

Ի. Ա. ՀՈՍԵՓՅԱՆ, Լ. Ա. ԴԵՎՈՐՅԱՆ, Վ. Պ. ԱՅՎԱԶՅԱՆ

ՄԵԳԱԴՈՒՈՂԻԵՆՈՒՄԸ ՈՒ ՆՐԱ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Հոգվածում ուսումնասիրվում են տասներկուամյա աղու արտերիոմեզենտերիալ անանցանելիության ախտածնության, կլինիկայի և վիրաբուժական բուժման հարցերը:

Երեանի պետական բժշկական ինստիտուտի հոսպիտալ վիրաբուժության ամբիոնի կլինիկաներում վերահիշյալ ախտաբանության պատճառով վիրահատվել են չորս հիվանդ, որոնց մոտ տասներկուամյա աղու արտերիոմեզենտերիալ անանցանելիությունը ախտորոշվել է վիրահատման ժամանակ և դրվել շրջանցող դուոդենոյիյունոանաստամոզը: Ներկայացվում են նաև այս հիվանդության պատմությունները:

MEGADUODENUM AND ITS SURGICAL TREATMENT

The problems of the clinical picture and surgical treatment of arterio-mesenteric ileus of the duodenum are discussed in the article. The operation suggested is the application of duodenojejunostomy between the initial section of the jejunum and the lower horizontal branch of the duodenum.

ЛИТЕРАТУРА

1. Витебский Я. Д., Лисовская С. Н. Хирургия, 1977, 12, стр. 22. Вестник хирургии и пограничных областей, 1929, 18, т. 53, стр. 97.
2. Орлов И. И. Дуоденальные стазы. Ташкент, 1937.
3. Руханов Г. А. Хирургическая анатомия живота. Л., 1972.
4. Смирнов Е. В. Цит. по А. А. Шалимову [6].
5. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика заболеваний двенадцатиперстной кишки. Ереван, 1936.
6. Шалимов А. А., Сазенко В. Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Киев, 1972.
7. Almgren B. Acta orthopaedica Scandinavica, 1977, 48, 1, 25.
8. Anderson W. G., Vivit R., Kirsh J. et al. American J. of Surgery, 1973, 125 637—689.
9. Fritzsche P. Zbl. Chir., 1974; 99, 8, 244.