

К ДИАГНОСТИКЕ ОРГАНИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА

Г.С.Тамазян, Г.Г.Мкртчян, М.Х.Айрапетян

*/Институт хирургии им. А.Л.Микаеляна МЗ РА/
375052 Ереван, ул. Асратяна, 9*

Ключевые слова: органический стеноз привратника, пилоробульбарная зона, рефлюкс эзофагит

Органический стеноз привратника относится к тяжелым заболеваниям желудка, часто являясь одним из серьезных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК). Основными причинами, вызывающими стеноз привратника, являются: рубцовые сужения после заживления язвы ДПК, антральной части желудка или пилоробульбарной зоны; регидный антральный гастрит, гиперплазия слизистой оболочки, индурация слизистой. Нередко стеноз возникает после ушивания прободной язвы ДПК [1,3,8,12,13].

Обычно длительное течение процесса приводит к непроходимости выходного отдела желудка, а в ряде случаев к его озлокачествлению. Рубцовый стеноз привратника на почве язвы на определенном этапе проявляется эвакуаторной недостаточностью желудка. В ряде случаев может иметь место усиление моторной функции желудка при недостаточности эвакуации. Жалобы больного вначале сходны с картиной выраженного гастрита: ощущение тяжести и давления в подложечной области (в зависимости от количества и качества пищи), тошнота, рвота (в связи с повышением внутрижелудочного давления и расширением пищеводного отверстия диафрагмы), отрыжка, быстрое насыщение. Значительная потеря веса свидетельствует о возможности злокачественного перерождения, которое, по данным литературы, составляет до 30% [4,6].

Явления стеноза привратника в любой форме необходимо исследовать клинко-рентгенологически, эзофагогастроскопически с биопсией [3].

Несмотря на несомненные успехи, достигнутые в лечении этого тяжелого осложнения язвенной болезни, послеоперационная летальность продолжает оставаться на высоком уровне, составляя 1.7–13.0% [1,11,12]. Высокая летальность при пилорoduodenальном стенозе во многом обусловлена наличием тяжелых водно-электролитных и белковых нарушений, ухудшением процессов регенерации и микроциркуля-

ции тканей, нарушением функции печени, деятельности кишечника, злокачественным перерождением язвы и другими тяжелыми изменениями гомеостаза [5,7,9,10,14,15].

Учитывая сложность дифференциальной диагностики при данной патологии, цель настоящего исследования состояла в разработке дифференциально диагностических критериев оценки органического стеноза привратника и сужения антрального отдела желудка, в связи с чем были поставлены следующие задачи:

1. Изучить характер антральной деформации, формирующей стеноз.
2. Выявить особенности антральной части желудка рентгенологически и гастродуоденоскопически с взятием биопсических проб.
3. Рентгенологически и фиброгастроскопически определить степень расширения пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкса при органическом стенозе привратника.
4. Провести сравнительную оценку эффективности различных диагностических методов и выработать оптимальную тактику обследования больных с указанной патологией.
5. Определить значение длительности анамнеза в возможности злокачественного перерождения.
6. Определить методы лечения стеноза антробульбарной области.

Материал и методы

За период с 1990 по 1996 г. в Институте хирургии им. А.Л.Микаеляна МЗ РА на лечении находилось 1582 больных с патологией желудка и ДПК. Оперировано 1079 больных (68.2%), из коих у 129 (104 мужчин и 25 женщин) (11.9%) был выявлен органический стеноз привратника или сужение антрального отдела желудка. Возраст больных — 20—71 год.

Все больные обследованы комплексно: сбор анамнеза, клинический осмотр, гастродуоденоскопия (при необходимости с биопсией), рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, ультразвуковое исследование печени, почек, парааортальных, парапанкреатических лимфоузлов.

Помимо общепринятых клинико-инструментальных методов обследования проводилось исследование белкового, липидного обменов, электролитного гомеостаза, коагулограммы, активности некоторых ферментов (АЛТ, АСТ) в сыворотке крови общепринятыми методами. Тканевой кровоток стенки желудка измерялся радиографическим методом, модифицированным в нашей клинике. Исследовались также морфологические изменения биоптатов печеночной ткани, полученных во время операции.

Результаты и обсуждение

Из 129 оперированных 119 больным (92.2%) произведена резекция желудка, 10 больным (7.7%) — органосохраняющая операция — селективная и стволовая ваготомия с наложением обходного анастомоза.

Рентгенологические исследования показали увеличение объема желудка с большим содержанием жидкости, слизи и остатков пищи (натошак). Контрастная масса тонула в большом количестве жидкости и оседала на дно желудка. Сроки эвакуации из желудка различны, они были связаны со степенью стеноза привратника или сужения антральной части желудка. В начальной стадии заболевания, в связи с повышением тонуса и усилением моторики желудка, общая продолжительность опорожнения желудка не превышала нормативных сроков. Дальнейшее прогрессирование стеноза вело к задержке эвакуации.

У 36 из 129 оперированных нами больных рентгенологически и гастроскопически было установлено расширение пищевода и отверстия диафрагмы, а у 34 больных отмечался рефлюкс эзофагит.

Как видно из табл. 1, стадия компенсации патологического процесса отмечалась у 67 больных (51.9%), субкомпенсация — у 43 (33.3%), декомпенсация — у 19 больных (14.7%).

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных больных с органическим стенозом привратника или сужением антральной части желудка (n=129)

Пол больных	Стадия компенс.	Стадия субкомпенс.	Стадия декомпенс.	Сочет. с кровотечением	Сочет. с пенетрацией
Мужч. 104	51	36	17	9	6
Женщ. 25	16	7	2	—	—

У 9 больных (6.9%) было отмечено кровотечение, а у 6 (4.6%) — пенетрация язвы в соседние органы.

Причины, вызывающие стеноз привратника или сужение антральной части желудка у оперированных больных, приведены в табл. 2.

Таблица 2

Генез стеноза привратника или сужения антральной части желудка у обследованных больных (n=129)

Причины	Ушивание перфорат. язвы	Заживление язвы	Рег.-антр. гастрит	Злокач. перерождение	Полипы	После ваготомии
Число больных	17	87	3	15	5	2
Процент	13,1	67,4	2,3	11,6	3,8	1,5

Анализ результатов проведенных исследований показал, что наиболее часто стеноз возникает (67.4%) на почве заживления язвы, в 13.1% случаев — после ушивания перфоративной язвы, в 1.5% — после ваготомии; у 2.3% больных стеноз был вызван регидно-антральным гастритом, у 3.8% — наличием полипов, а у 11.6% больных — злокачественными новообразованиями.

Патоморфологические исследования показали, что у больных с органическим стенозом привратника нарушения в печени (продуктивный гепатит, вторичная жировая дистрофия) были более выраженными, чем при язвенной болезни, причем у женщин сильнее, чем у мужчин.

Изучение белкового обмена у больных с осложненными язвами выявило значительные изменения количественных и качественных показателей: у больных со стенозом выходного отдела желудка было отмечено снижение общего содержания белка в крови в основном за счет альбуминов при относительном повышении уровня глобулинов. Больные со стенозом выходного отдела желудка характеризовались наличием гипокалиемии и гипонатриемии. Причем степень изменения содержания электролитов в крови зависела от формы и стадии стеноза.

В процессе гастроскопических исследований одновременно проводилось измерение величины кровотока желудка. Было показано, что у больных с язвенной болезнью имеет место нарушение центральной и органной гемодинамики, степень выраженности которой зависит от тяжести патологии. Обследование больных с атрофическим гастритом, язвенным поражением луковицы и язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом, показало нарушение кровоснабжения стенки желудка, которое наиболее выражено у больных со стенозом. Одной из причин нарушения кровоснабжения желудка при стенозе может быть выраженная гипердреналиемия, характерная для больных язвенной болезнью желудка и ДПК.

Подытоживая вышесказанное, можно заключить, что в понятие "органический стеноз привратника" входят формирующие рубцовые и опухолевидные или даже опухолевые образования антральной части желудка, стеноз на почве заживления язвы после ушивания перфоративной язвы, полипы, другие рубцовые и гиперпластические образования, регидно-антральные гастриты и др.

Выявленные характерные особенности позволяют правильно распознать характер патологического процесса. При ухудшении общего состояния (рвота, вызванная рефлюксом, расширение пищеводного отверстия диафрагмы) необходимо прибегать к оперативному вмешательству, или дальнейшее исследование завершить лапаротомией, а объем операции определить на операционном столе.

Поступила 11.03.97

ՍՏԱՄՈՔՍԱԵԼՔԻ ՕՐԳԱՆԱԿԱՆ ՆԵՂԱՑՄԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ
ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Հ.Ս.Թամազյան, Գ.Գ.Մկրտչյան, Մ.Խ.Հայրապետյան

Հեղինակները, վերլուծելով վերջին 6 տարիների Ա.Լ.Միքայելյանի անվան վիրաբուժության ինստիտուտում ստամոքսի և 12 մատնյա աղու վրա կատարված վիրահատությունները, առանձնացրել են ստամոքսաղիքի նեղացմամբ 129 դեպք, որոնցից 119-ի մոտ կատարվել է ստամոքսի 2/3-ի մասնահատում, 10-ի մոտ ձևավորվել է շրջանցող գաստրոէնտերոանաստամոզ ցողունային վազոտոմիայի գույքորդմամբ:

Պարզելու համար պիլորոբուլբար նեղացումների առաջացման պատճառական գործոնները առանձնացվել են նեղացումների զարգացման փուլերը:

Հեղինակները առանձնակի մեծ տեղ են տալիս ստամոքսի էվակուատոր ֆունկցիայի խանգարման վաղ հայտնաբերման համար անոտոլակի ախտանիշներին և ռեֆլյուքս էզոֆագիտներին, ինչպես նաև ստոծանու կերակրափողային բացվածքի լայնացումներին:

Գաստրոսկոպիկ և ռենտգեն հետազոտությունների տվյալները, երկարատև ընթացքը անմիջականորեն բնորոշում են ստամոքսի պիլորոբուլբար հատվածի նեղացումները (այդ թվում և ուռուցքային էթիոլոգիայի) և թույլ տալիս ճիշտ ընտրել վիրահատության եղանակը:

ON THE DIAGNOSIS OF STOMACH OUTLET ORGANIC CONTRACTIONS

H.S.Tamazian, G.G.Mkrtchian, M.Kh.Hayrapetian

The authors have analyzed the operations carried out on stomach and duodenum in Mikaelian Surgical Institute during last six years with contractions of stomach outlet. In 119 out of 129 cases 2/3 resection of stomach and in 10 cases gastroenteral bypass with petioleted vagotomy were conducted.

For determination of factors causing development of pilorobulbar contractions, stages of contraction development were distinguished.

The authors pay special attention to indirect symptoms and reflux esophagites for early diagnosis of disorders of stomach evacuatory function.

The data of gastroscopic and X-ray examinations and long-lasting course of the disease characterize contractions of stomach outlet, including of cancer etiology, and allow to choose the adequate method of surgical intervention.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агайчев В.А., Панцырев Ю.М., Чернакевич С.А. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза. Ереван, 1985.
2. Айрапетян М.Х. Опухоли желудочно-кишечного тракта. Ереван, 1989.
3. Амбарцумян А.М. Пособие по эндоскопии. Ереван, 1984.
4. Мельников А.В. Клиника предопухолевых заболеваний желудка. М., 1954.
5. Налбандян С.М. Общая и органная гемодинамика у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в динамике хирургического лечения. Автореф. дис. канд. Ереван, 1996.
6. Петровский Б.В., Булавинцева В.И. Сов. мед., 1958, т. 2, с. 12.

7. Поляков Н.Г. Пилородуоденальные стенозы как осложнения язвенной болезни (классификация, патоморфология, лечение). Киев, 1964.
8. Сагателян Г.М. Сравнительные рентгенологические и гастроскопические исследования при заболеваниях желудка. Ереван, 1960.
9. Сагинадзе А.В., Кузанова И.И., Хазарадзе Д.В. Тез. съезда Закавказских хирургов. Батуми, 1985.
10. Тамазян Г.С. Некоторые вопросы тактики и хирургии гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии. Ереван, 1994.
11. Харабериш В.А., Кондратенко П.Г., Труфанов А.Г. Клин. хир., 1983, 4, с. 23.
12. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Киев, 1972.
13. Davis N.P., Williams G.A. Am. J. Surg., 1971, 121, 3, p. 260.
14. Johnston A.C., Blackett R.L. Wid. J. Surg., 1987, 11, 1, p. 274.
15. Thownsend C.M., Thomson G.C. Surg. Clinic. North Am., 1986, 66, p. 695.

