

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА

Т.М.Ахвердян, Р.А.Ованесян, М.М.Мириджанян,
З.А.Тер-Аветилян

*Кафедра клинической патофизиологии Национального института здравоохранения МЗ РА
375051 Ереван, ул. Комитаса, 49/4*

Ключевые слова: демпинг-синдром, резекция желудка, частота развития

Демпинг-синдром – самое частое осложнение, наблюдаемое после резекции желудка. В качестве синонима употребляется также “постгастрэктомический синдром”, что, на наш взгляд, не совсем верно, так как даже такие органсберегающие операции, как ваготомия, сопровождаются экономной резекцией желудка или же пилоропластикой, которым присущи почти те же недостатки, что и классической резекции желудка. Более того, имеются сведения, что развитие демпинг-синдрома возможно у больных, перенесших проксимальную селективную ваготомию [7].

Термин “dumping” впервые был предложен Е.Andrews еще в 1920г., однако клиника и, отчасти, патогенез синдрома были описаны только в 1947г. С тех пор и по настоящее время данная проблема интенсивно разрабатывается многими учеными [2,3,7,10,12]. Однако и по сей день нет четкого представления об этиопатогенезе заболевания. Ни одна из предлагаемых теорий его развития не представляется этиологически однозначной и может быть применена к другим нозологическим формам. Вследствие этого остаются нерешенными проблемы ранней диагностики, профилактики, консервативного лечения и хирургической коррекции синдрома. Частота развития демпинг-синдрома, по данным литературы, колеблется от 0,3 до 30–80%.

Особую остроту этот вопрос приобретает в Республике Армения, где в последние годы отмечается рост числа больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и 12-перстной кишки (ДПК). В таблице приведены данные Республиканского информационно-аналитического центра МЗ РА /2000г./ о заболеваемости ЯБЖ и ДПК.

Из приведенных данных следует, что с 1989 по 1991г. наблюдается тенденция к росту заболеваемости ЯБЖ и ДПК. Далее, к 2000г. отмечается спад заболеваемости, исключая пик до 2350 случаев (86,3 на 100000 жителей) в 1996г.

Число больных с ЯБЖ и ДПК, поступивших в мед. учреждения РА с 1989 по 1999г.

Год	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Число б-х	2510	2865	2865	2524	2126	2067	2064	2350	2060	1931	1918
На 1000 жителей	102,8	115,4	114,0	100,4	84,6	80,1	76,9	86,3	74,5	68,7	67,1

На наш взгляд, представленные показатели не совсем четко отражают истинную картину по причине интенсивной миграции населения за последние десять лет, а также отсутствия фактических данных о переписи населения. Следует ожидать, что после проведения переписи населения фактические показатели заболеваемости ЯБЖ и ДПК на 100000 жителей окажутся гораздо выше.

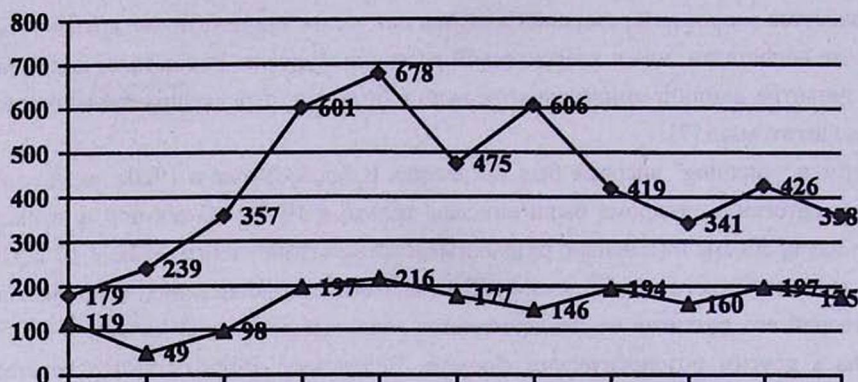


Рис. Число больных, прооперированных по поводу гастродуоденального кровотечения и перфоративной язвы желудка и ДПК в мед. учреждениях РА за 1989–1999 гг.:

ось абсцисс – годы; ось ординат – количество больных;

■ – гастродуоденальные кровотечения; ▲ – перфоративные язвы

На рисунке представлены показатели экстренной хирургической помощи при ЯБЖ и ДПК, которые свидетельствуют, что с 1989 по 2000г. наблюдается тенденция к увеличению числа оперативных вмешательств, как по поводу перфоративной язвы желудка и ДПК, так и гастродуоденальных кровотечений. Из рисунка также следует, что пик оперативной активности в случае гастродуоденального кровотечения приходится на 1992, 1993 и 1995гг., а в случае перфоративной ЯБЖ и ДПК – на 1992 и 1993гг., т.е. именно на тот период, когда социально-экономическое состояние нашей республики было нестабильным.

В этой связи нам представляется весьма перспективным проведение исследований, направленных на выявление обусловленности клинико-патогенетических особенностей ЯБЖ и ДПК психоэмоциональными расстройствами у больных, перенесших стресс [5].

Тотальный стресс, переживаемый населением нашей республики и обусловленный экономической нестабильностью, социальной незащищенностью и ухудшением материального благосостояния, привел к закономерному росту болезней адаптации и, в частности, заболеваемости ЯБЖ и ДПК. Естественно, при этом следует ожидать увеличения частоты развития демпинг-синдрома. К сожалению, в отечественной литературе публикации, посвященные изучению данного синдрома, практически отсутствуют. Можно отметить лишь статью А.М.Саакяна [9], в которой указывается, что демпинг-синдром развился у 44,7% оперированных больных, и приводится описание методов хирургической коррекции синдрома.

Исходя из вышеизложенного, целью настоящего исследования явилось изучение частоты развития и структуры демпинг-синдрома путем ретроспективного анализа историй болезни из архивов трех хирургических клиник г. Еревана за 1995–1999 гг.

Материал и методы

Проанализировано 643 истории болезни больных, оперированных по поводу ЯБЖ и ДПК (в Университетской клинике N1 – 219, в клинической больнице N3 – 348, в НМЦ "Скорая помощь" – 76 больных). Диспансерное наблюдение удалось установить над 200 больными, т.к. оставшиеся 443 больных выбыли из исследования по независящим от нас причинам (эмиграция, перемена места жительства, отказ от обследования, летальный исход).

Из 200 больных на основании клинико-лабораторного исследования у 116 (58%) установлен диагноз демпинг-синдром различной степени выраженности. Большинство больных (64,4%) имели I степень выраженности синдрома, 27,9% – II и лишь 7,7% – III степень.

По полу больные распределились следующим образом: мужчин – 168, из которых у 90 диагностирован демпинг-синдром, а женщин – 32, из которых последний диагностирован у 26. Наши данные о частоте развития демпинг-синдрома среди мужчин и женщин в известной степени совпадают с литературными, свидетельствующими о том, что синдром чаще развивается у женщин [6,10].

Результаты и обсуждение

Представляет интерес вопрос – в какой степени частота развития демпинг-синдрома зависит от местонахождения язвы. Наши исследования показали, что из 42 больных с ЯБЖ у 16 развился демпинг-синдром, а из 158 больных с язвой ДПК в 100 случаях.

Значительный интерес представляет также вопрос – в какой мере частота развития демпинг-синдрома зависит от вида оперативного вмешательства. Наши исследования показали, что из 200 больных у 7 была выполнена резекция желудка по Бильрот - 1, а у 193 – по Бильрот - 2. При этом демпинг-синдром развился после операций по Бильрот - 1 в 2, а по Бильрот - 2 – в 114 случаях. Следовательно, по нашим наблюдениям, вероятность развития

демпинг-синдрома при методе Бильрот - 2 в два раза выше, чем при Бильрот - 1. Наши данные отличаются от данных Ю.Полоуса [6], по которым демпинг-синдром возникает практически одинаково как после операций по Бильрот - 2, так и после Бильрот - 1. В то же время наши данные согласуются с исследованиями В. Jaggel, А. Carabassi, по которым частота развития демпинг-синдрома в 2-3 раза выше после операций по Бильрот - 2 [10].

Исходя из результатов наших исследований, можно заключить, что у наблюдаемого контингента больных методы оперативного вмешательства при ЯБЖ и ДПК в основном (96,5%) сводились к резекции желудка по Бильрот - 2, что привело к значительному превышению полученных нами показателей частоты развития демпинг-синдрома (58,0%) литературных данных.

Вышеизложенное свидетельствует о важности затронутой проблемы и диктует необходимость дальнейшего углубленного изучения патогенеза демпинг-синдрома с учетом как исходных детерминированных основным заболеванием, так и послеоперационных, обусловленных различными методами оперативного вмешательства, патофизиологических сдвигов. Полученные результаты, несомненно, будут способствовать более четкому прогнозированию вероятности развития демпинг-синдрома и дадут возможность разработки способов профилактической, патогенетической терапии.

Поступила 11.09.01

ՌԵՍՊԻՆԳ-ՀԱՄԱՆՏԱՆԻԾԻ ՉԱՐԳԱՅՄԱՆ ՀԱԾԱՆԱԿՄԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Տ.Մ.Հախվերդյան, Ռ.Ա.Հովհաննիսյան, Մ.Մ.Միրզանյան, Չ.Ա.Տեր-Ավետիսյան

Ուսումնասիրվել են ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցային հիվանդության կապակցությամբ վիրահատված 643 հիվանդների պատմագրեր: Կլինիկական և լաբորատոր հետազոտությունների հիման վրա 116-ի մոտ ախտորոշվել է տարբեր աստիճանի ծանրության դեմպինգ-համախտանիշ: Հիվանդների 64,4%-ի մոտ առկա է I, 27,9%-ի մոտ II և 7,7 %-ի մոտ III աստիճանի դեմպինգ-համախտանիշ: Բիլոթ I վիրահատությունից հետո դեմպինգ-համախտանիշ զարգացել է հիվանդների 28,6%-ի, Բիլոթ II եղանակի դեպքում՝ 59,1%-ի մոտ:

THE FREQUENCY OF DUMPING-SYNDROME DEVELOPMENT

T.M. Hakhverdyan, R.A. Hovhanisyan, M.M. Miriganyan, Z.A. Ter-Avetiqyan

We have analyzed 643 cases of patients operated on for stomach and duodenal ulcerous diseases in different surgical clinics of Yerevan. In 116 of them (58%) dumping-syndrome of different degree was recorded, the I degree in 64,4%, the II – in 27,9% and the III degree in 7,7% of the patients. In 28,6% of cases dumping-syndrome developed after the operation by Billroth I and in 59,1% – after Billroth II.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башмаков А.Ф. Клиническая хирургия, 1969, 9, с. 10.
2. Гаджиев А.С. Хирургия, 1990, 3, с. 66.
3. Кузнецов В.А. Хирургия, 1990, 3, с.70.
4. Мышкин К.И. и др. Хирургия, 1982, 12, с. 76.
5. Мириджанян М.М. Автореф дисс. докт. Ереван, 1997.
6. Полоус Ю.М. Этиопатогенез, клиника и лечение демпинг-синдрома. Автореф. дисс. докт., М. 1980.
7. Рычагов Г.П. и др. Вестник хирургии им. Грекова, 1987, 4, с. 25.
8. Республиканский информационно-аналитический центр МЗ РА "Ежегодник-1999г", Ереван, 2000, с. 12.
9. Саакян А.М., Саргсян Р.Г., Саядян С.К Вестник хирургии Армении, 1997, 1, с. 32.
10. Jarrell В.Е., Carabasi В.А. Surgery. USA, Philadelphia, 1997.
11. Dalainas V., Galanis N., Contsicos S. Minerva chir., 1974, 29, 20, p.1063.
12. Salestiotis N. Acta chir. Hellen, 1972, 44, 2, p. 242.
13. Szatlaczky E., Irsy G. Z. Ges. Inn. Med., 1972, 27, 18, S. 785.