

На правах рукописи

УДК: 616.33 - 002.44 - 06: 616.342 - 008.811-02: 616.136 - 007.4

Ефимушкина Алла Сергеевна

**Результаты хирургического лечения язвенной болезни и её
осложнений в сочетании с артериомезентериальной компрессией
двенадцатиперстной кишки**

14.01.17 – Хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Пермь 2011

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов.

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ: **Репин Максим Васильевич**
доктор медицинских наук (ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера Минздравсоцразвития России).

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ: **Котельникова Людмила Павловна**
доктор медицинских наук, профессор (ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера Минздравсоцразвития России),

Никитин Николай Александрович
доктор медицинских наук, профессор (ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России).

ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «8» ноября 2011г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.067.03 при в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера» Министерства здравоохранения и социального развития РФ (614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития РФ (614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26), с авторефератом – на сайте ВАК: referat_vak@mon.gov.ru.

Автореферат разослан «07» октября 2011г.

Ученый секретарь совета по защите докторских и кандидатских диссертаций
доктор медицинских наук, профессор

Н. Н. Малютина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) по-прежнему представляет серьезную социальную проблему, несмотря на достижения в разработке современных антисекреторных препаратов, применение разнообразных схем эрадикации *Helicobacter pylori*, так как неуклонно увеличивается количество больных с осложненным течением заболевания, особенно с кровотечениями (М. В. Кукош и соавт., 2002; В. К. Гостищев и соавт., 2003; М. А. Евсеев и соавт., 2008). Среди многочисленных причин такого положения многие хирурги указывают на повсеместное снижение удельного веса плановых операций, что, в свою очередь, связано с недооценкой показаний к хирургическому лечению (М. И. Кузин, 2001; Г. А. Булгаков, 2003; В. А. Кубышкин и соавт., 2003; J. Y. Kang et al., 2006). Заболеванием чаще страдают люди активного, работоспособного возраста, что обуславливает социальную значимость проблемы (Ю. М. Панцирев и соавт., 2003; В. М. Лобанков, 2005; Н. М. Кузин и соавт., 2006). Вместе с тем, даже некоторые терапевты признают необходимость расширения показаний к оперативному лечению больных с гастродуоденальными язвами (А. Ю. Барановский и соавт., 2006).

Для повышения эффективности хирургического лечения и качества жизни пациентов необходимо соблюдение принципа индивидуального выбора операции в зависимости от особенностей течения, локализации и степени выраженности язвенного поражения гастродуоденальной зоны (А. А. Курыгин и соавт., 2001; Н. Н. Крылов, 2006). Среди сопутствующих состояний, влияющих на течение язвенной болезни, у 25 - 50% больных наблюдается хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) различной природы (Г. К. Жерлов и соавт., 2002; П. М. Назаренко и соавт., 2006; Thilo Welsch et al., 2007). При такой сочетанной патологии снижается эффективность консервативного лечения, а также возникают условия для развития осложнений язвенной болезни. Это расширяет показания к оперативному лечению данной категории больных и выдвигает требования к выбору способа хирургической коррекции обоих заболеваний (Т. М. Семенихина и соавт., 2006; Р. Г. Рыжих, 2007). Часть функциональных нарушений моторики двенадцатиперстной кишки поддаются консервативным мероприятиям в виде лекарственной терапии и интрадуоденальных инфузий (С. Ф. Багненко и соавт., 2004; В. Б. Биличенко и соавт., 2006), но механические препятствия дуоденального пассажа требуют выполнения хирургических комбинированных вмешательств.

Артериомезентериальная компрессия (АМК) двенадцатиперстной кишки является распространенной патологией и, по данным разных авторов, составляет от 3% до 17 % среди причин хронической дуоденальной непроходимости (А. и. Артемьев 2005; I. Gockel et al., 2004; R. Singal et al, 2010). Она может протекать как самостоятельная патология, так и сопутствовать заболеваниям внутренних органов, в том числе, язвенной болезни. Клинические проявления АМК ДПК и язвенной болезни весьма схожи, что создает трудности в их дифференциальной диагностике, особенно при осложненном течении. В случаях, когда игнорируют коррекцию дуоденальной проходимости, возникают условия для развития послеоперационных осложнений, включая несостоятельность дуоденальной культы, острый панкреатит, синдром приводящей петли (Н. А. Никитин, 2001; И. В. Сергеев и соавт., 2003; В. М. Smith et al, 2008; Wei-Liang Yang et al, 2008).

Актуальность проблемы определяется большой частотой сочетания язвенной болезни с хронической дуоденальной непроходимостью, схожестью клинических проявлений и трудностью выбора лечебной тактики, что требует разработки диагностики и принципов хирургической коррекции сочетанной патологии.

Цель исследования: улучшить непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения осложненных и сочетанных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки за счет оптимизации диагностики и обоснованной коррекции дуоденальной проходимости при артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки.

Задачи исследования:

1. Определить клинические и диагностические критерии сочетания язвенной болезни и артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки. Усовершенствовать диагностику язвенной болезни на фоне артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки.

2. Обосновать необходимость и сроки коррекции артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки у больных осложненной формой язвенной болезни. Разработать технику оперативного вмешательства при малигнизированной язве желудка в сочетании с артериомезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки.

3. Изучить отдаленные результаты и качество жизни больных после операций по поводу язвенной болезни и её осложнений на фоне артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки.

Научная новизна. На основании анализа взаимосвязи язвенной болезни и артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки установлено, что моторно-

эвакуаторные нарушения двенадцатиперстной кишки отягощают течение язвенной болезни, затрудняют консервативное лечение и предрасполагают к развитию осложнений, включая перфорацию, кровотечения, стенозирование, пенетрацию и малигнизацию желудочных язв. Это позволило расширить показания и обосновать выбор операций в зависимости от локализации язвы, ее морфологических особенностей и стадии артериомезентериальной компрессии. Доказано, что осложнения язвенной болезни не являются противопоказанием для коррекции артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки. Представлена техника операций при различных осложнениях язвенной болезни, включая малигнизацию желудочных язв.

Доказано, что использование дренирующих операций у пациентов язвенной болезнью в сочетании с артериомезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки, улучшает качество жизни, особенно пациентов молодого возраста, способствуют их социальной и трудовой реабилитации.

Практическая значимость работы. Разработан комплекс диагностических критериев для выявления артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни, который позволяет улучшить диагностику не только язвенной болезни, но и её осложнений, протекающих на фоне хронической дуоденальной непроходимости. Определен скрининговый метод диагностики артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки, которым является ультразвуковое исследование угла отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты.

Устранение артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки улучшает функциональные исходы операций при язвенной болезни, расширяя при этом возможности проведения органосохраняющих вмешательств, которые обеспечивают высокое качество жизни, в том числе за счет ликвидации сопутствующей патологии, в частности рефлюкс-гастрита и хронического панкреатита.

Положения, выносимые на защиту:

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с артериомезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки имеет отличительные особенности клинического течения, которые следует учитывать при обследовании больных.

2. Для диагностики сочетанных заболеваний, наряду с клинической оценкой, должен проводиться комплекс инструментальных исследований, позволяющий установить артериомезентериальную компрессию и её стадию.

3. Язвенная болезнь и её осложнения в сочетании с артериомезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки является показанием к оперативному лечению с одномоментной коррекцией дуоденальной проходимости.

4. Обоснованный выбор хирургического вмешательства избавляет большинство больных от язвенной болезни и хронической дуоденальной непроходимости, обеспечивает высокое качество жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на 8-м Международном Славяно-Балтийском научном форуме «Санкт-Петербург – Гастро-2006» (Санкт-Петербург, 2006); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки» (Сочи, 2006); I Приволжской межвузовской научно-практической конференции молодых ученых «Актуальные вопросы современной медицины» (Пермь, 2007); научной сессии ПГМА (Пермь, 2008, 2010).

Публикации. По материалам диссертационной работы опубликовано 10 научных работ, из них 3 статьи в журналах, рекомендованных ВАК, оформлено рационализаторское предложение № 2479 от 25.05.09г.

Внедрение результатов работы. Разработанный алгоритм диагностики и лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с артериомезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки применяется в практической работе хирургических отделений МСЧ № 9 им. М.А. Тверье г. Перми и хирургических отделений Пермской краевой клинической больницы. Результаты исследований используются при чтении лекций и проведении практических занятий со студентами, интернами, клиническими ординаторами и врачами на кафедрах хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов, хирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России.

Личное участие автора в получении результатов, изложенных в диссертации. Принимала участие в обследовании и лечении 140 (74%) пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с артериомезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки, ассистировала на 123 (65%) операциях по поводу этого заболевания, провела 30 (85%) дуоденоманокинезографических исследований, выполнила анализ результатов, статистическую обработку материала, изучила непосредственные исходы оперативного лечения и отдаленные функциональные результаты путем обследования больных и анализа анкетных данных.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 165 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, 4 глав, заключения и обсуждения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 172 работы отечественных авторов и 95 зарубежных. Работа иллюстрирована 23 рисунками, 25 таблицами, 7. диаграммами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов на базе медсанчасти № 9 им. М.А. Тверье.

В клинике проведено обследование и оперативное лечение 189 больных язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) и желудка в сочетании с артериомезентериальной компрессией (АМК) двенадцатиперстной кишки. Женщин было 61 (32,3%), мужчин – 118 (67,7%). Возраст больных колебался от 16 до 69 лет. Осложненная язва была у 152 (80%) больных, неосложненная – всего у 37 (20%) больных. В зависимости от локализации язвы больные были разделены на группы: I – 164 (86,8%) больных дуоденальной язвой; II – 25 (13,2%) больных язвой желудка.

В качестве группы сравнения обследованы 58 больных язвенной болезнью, осложненной кровотечением, без признаков АМК ДПК. Этим больным проведены эзофагогастродуоденоскопия, рентгеноскопия, дуоденоманокинезография, ультразвуковое исследование угла отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты, [внутрижелудочная рН-метрия](#).

В обследование также включены 14 здоровых добровольцев в возрасте от 19 до 28 лет, что согласовано с этическим комитетом ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития Российской Федерации. Со здоровыми лицами оформлено письменное согласие на проведение исследований. Им проведены дуоденоманокинезография и ультразвуковое исследование угла отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты.

Из общего числа больных язвой ДПК в сочетании с АМК ДПК поступили в экстренном порядке в связи с кровотечением 56 (34,1%) больных, с перфорацией – 15 (9,1%), стенозом различной степени – 33 (20,1%). У 16 больных кровотечение было на фоне пенетрирующей стенозирующей язвы, у 6 (3,7%) язва осложнилась стенозом и пенетрацией, у 3 (1,8%) –

пенетрацией. И только 35 (21,3%) больных поступили в плановом порядке с неосложненной язвой ДПК.

13 (52%) больных поступили в экстренном порядке с язвой желудка, осложнённой кровотечением, 3 (12%) – с кровотечением в сочетании с пенетрацией, 2 (8%) – со стенозом. У 5 больных была малигнизированная язва желудка на фоне АМК ДПК в стадии декомпенсации. И только 2 (8%) больных поступили в плановом порядке с неосложненной язвой желудка. На основании клинического обследования выделены 4 синдрома. Жалобы, относящиеся к конкретному синдрому, оценивали по трехбалльной системе.

Для диагностики использовали рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта по стандартной методике, применяли фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС) с использованием фиброгастроскопа “Olympus GIF XQ-30” (Япония), ультразвуковое исследование (УЗИ) для определения угла отхождения верхней брыжеечной артерии (ВБА) от аорты аппаратом «АЛОКА SSD - 2200» (Япония). УЗИ проводили до рентгенологического исследования или через три дня после него натощак при воздержании от приема пищи в течение 8-12 часов. Для оценки моторной функции, тонуса ДПК выполнили дуоденоманокинезографию методом открытого катетера с использованием кремниевого датчика давления фирмы «Motorola» (MPXT5006D). Исследование проводилось на PC DELL, программное обеспечение, работающее в ОС Microsoft Windows 95. Для измерения давления использовались стандартные полихлорвиниловые дуоденальные зонды с металлической оливой на дистальном конце с внутренним просветом 0,4 см. Для оценки активности язвенного процесса и рефлюксных нарушений проводилась внутрижелудочная рН-метрия, которую выполняли через 12 часов после приема пищи. При проведении [кратковременной рН-метрии](#) использовали зонды закрытого типа ГА-5 с 3 измерительными электродами и кожным электродом сравнения. Проводники датчиков подсоединялись к устройству «[Гастроскан – 5М](#)». Аппарат установлен на базе PC Intel Celeron (1,4 GHz, 96 МБ, 5 Гб), программное обеспечение, работающее в ОС Microsoft Windows 98.

Оценка отдаленных результатов проводилась по модифицированной четырёхбалльной схеме (Ю. М. Панцырев с соавт, 1989) и классифицировалась по Visick, 1948. Учитывались результаты рентгенологического, эндоскопического исследований, данных рН-метрии и дуоденоманокинезографии. Изучались моторика желудка и ДПК, характер желудочного содержимого, значения его рН в отдаленные сроки после операции. Качество жизни оперированных больных оценивали на основании анкеты-опросника. Ответы на вопросы анкеты оценивали в баллах, на основании которых рассчитывали 3 интегральных показателя:

индекс тяжести болезни (ИТБ), индекс качества жизни (ИКЖ) и индекс выбранный шкал (ИВШ) (Я. М. Рутгайзер, 1997). Анкета нами адаптирована для конкретных условий работы.

Материалы исследования подвергнуты статистической обработке на PC Intel Celeron с помощью программного обеспечения «Statistica for Windows 6.0.», а также с помощью пакета статистической программы Excel 98. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты собственных исследований и их обсуждение

Клиническая картина

На основании жалоб обследованных больных выделены четыре клинических синдрома, характерных для артериомезентериальной компрессии ДПК: болевой, моторно-эвакуаторных нарушений (МЭН), дуоденогастрального (ДГР) и гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), недостаточности питания и астено-невротических расстройств. Болевой синдром был выявлен у 173 (91,5%) больных. Пациенты предъявляли жалобы на боли, не имеющие отчётливой связи с приёмом пищи, часто постоянные, усиливающиеся после еды и принимающие распирающий характер. Синдром моторно-эвакуаторных нарушений, выявленный у 152 (80,4%) больных, проявлялся чувством тяжести в эпигастрии и правом подреберье после приёма пищи, чувством быстрого насыщения, дискомфорта в верхних отделах живота. Синдром дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюкса был обнаружен у 123 (65,0%) больных. Эти пациенты отмечали постоянную горечь во рту, отрыжку и упорную изжогу, которая усиливалась после приёма пищи, обладающей желчегонным действием, плохую переносимость молочных и жирных блюд. На высоте болей, изжоги появлялась рвота с обильной примесью жёлчи в рвотных массах. Нарушения стула (поносы) были зарегистрированы у 94 (49,7%) больных. Синдром недостаточности питания и астено-невротических расстройств был установлен у 76 (40,2%) больных. Они отмечали снижение аппетита, уменьшение массы тела, снижение трудоспособности, что приводило к самоизоляции, бессоннице, депрессивным состояниям. Наряду с признаками психических нарушений у 145 (76,7%) больных выявлен астенический тип телосложения, тогда как нормостеников было 36 (19,0%), а гиперстеников всего 8 (4,2%).

Для выявления клинических особенностей язвенной болезни в сочетании с АМК ДПК мы выделили две группы пациентов: с язвенным кровотечением и признаками АМК (основная группа) и с язвенным кровотечением без признаков АМК (группа сравнения). Группы сопоставимы. В основной группе было 88 пациентов, в группе сравнения – 58. Средний возраст больных основной группы составил 32,9 года, в группе сравнения – 48,1. Масса тела пациентов основной группы была 60,7 кг, в группе сравнения – 68,1. Индекс

массы тела в основной группе был 20,7, в группе сравнения – 23,4. Средняя продолжительность язвенного анамнеза в основной группе составила 6,0 лет, в группе сравнения – 5,2 ($p < 0,05$). Посиндромное сравнение основной группы и группы сравнения представлено в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика синдрома комплекса у больных с язвенным кровотечением и признаками АМК и с язвенным кровотечением без признаков АМК.

Клинические синдромы	ЯБ+ АМК, n=88	ЯБ без АМК, n=58
	Средний балл	Средний балл
	абс.	абс.
Болевой	2,3±0,5	1,3±0,3*
МЭН	2,4±0,6	2,0±0,8*
ДГР и ГЭР	2,0±0,7	1,1±0,7
Недостаточности питания и астено-невротических р-в	2,7±0,2	2,3±0,7

Примечания: *- $p < 0,05$ в сравнении с основной группой

У пациентов основной группы более выражен болевой синдром ($p < 0,05$), синдром моторно-эвакуаторных нарушений ($p < 0,05$), у них чаще встречались нарушения стула ($r=0,62$; $p < 0,05$). Клинические проявления дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюкса также были более выраженные в основной группе ($p > 0,05$).

В зависимости от особенностей клинических проявлений, тяжести заболевания и степени выраженности патологических изменений определяли стадию ХНДП. Компенсированные расстройства были выявлены у 37 (19,6%) больных. Боли в эпигастрии имели практически постоянный характер, сопровождалась чувством тяжести в верхней половине живота, тошнотой. Часто присутствовала горечь во рту. Общее состояние пациентов существенно не страдало. Стадия субкомпенсации была выявлена у 126 (66,6%) больных. Постоянные боли сопровождалась изжогой, отрыжкой, нередко наблюдалась рвота с примесью жёлчи. Пациенты отмечали постепенное исчезновение аппетита, неустойчивый стул, уменьшение массы тела, снижение трудоспособности. Наряду с этим прогрессировала быстрая утомляемость, раздражительность, головная боль и бессонница. Больные были вынуждены строго соблюдать диету, а иногда отказываться от приёма пищи, опасаясь возникновения болей. В отдельных случаях они облегчали своё состояние, провоцируя рвоту или принимая вынужденное положение тела. Как правило, такие пациенты постоянно наблюдаются в поликлинике, однако, лечебные мероприятия у многих из них не оказывают эффекта. Стадия декомпенсации ХНДП диагностирована у 26 (13,8%) больных. Они предъявляли большое количество жалоб, как со стороны пищеварительной системы, так и

общего характера. Болевые ощущения их беспокоили постоянно. Боли в эпигастрии приобретали опоясывающий характер, иррадиируя в оба подреберья и спину, усиливаясь к вечеру и в ночное время, а также при физических и эмоциональных нагрузках. Беспокоили их также постоянное чувство тяжести, вздутия, распирания в эпигастрии. Рвота в этой стадии не была частой, чаще больные провоцировали её самостоятельно, но рвотные массы были обильными, застойного характера с остатками непереваренной пищи и примесью жёлчи. Резкое снижение аппетита, боли, нарушение питания и пищеварения приводили к астенизации больных, прогрессирующей потере массы тела вплоть до кахексии, раздражительности, самоизоляции, бессоннице, депрессивным состояниям, ограничению трудоспособности.

Таким образом, клиническая картина язвенной болезни желудка и ДПК в сочетании с АМК ДПК имеет довольно характерные проявления и варианты течения, значительно отличающиеся от таковых у пациентов с отсутствием АМК.

Инструментальная диагностика артериомезентериальной компрессии ДПК

Рентгенологическое исследование проведено 151 (80%) больным. По его результатам удалось установить нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК, отражающие степень тяжести АМК ДПК. Для стадии компенсации характерна гипермоторика ДПК, сопровождающаяся маятникообразными перемещениями бария, дуоденогастральными рефлюксами и задержкой контраста в нижнегоризонтальном отделе ДПК на уровне мезентериальных сосудов свыше 35-45 сек. Отличительными особенностями стадии субкомпенсации являются гипотония и увеличение размеров желудка с наличием большого количества жидкости натошак, замедление первичной эвакуации из желудка. При этом наблюдается медленное продвижение контраста по ДПК, постепенное заполнение её нижнегоризонтального отдела с последующей задержкой здесь первых порций от 1 до 3 мин. Такое состояние сопровождается зиянием привратника и ДГР. В стадию декомпенсации наблюдается атония и расширение не только желудка, но и ДПК. Вялые сокращения желудка не обеспечивают своевременной эвакуации, в результате чего наблюдается длительная задержка контраста в желудке, пассивное перемещение контраста через зияющий пилорический жом и в обратном направлении. Из 151 обследованного больного стадия компенсации установлена у 29, субкомпенсации – 112, декомпенсации – 10. Рентгенологически установленные стадии коррелируют с клиническими проявлениями.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия проведена 177 больным. На основании эндоскопических критериев удалось выявить характерные патологические изменения,

свойственные больным ЯБ желудка и ДПК в сочетании с различными стадиями АМК ДПК. Анализ эндоскопических изменений в зависимости от стадии АМК показал достоверные отличия по ряду параметров в зависимости от тяжести заболевания. При нарушении замыкательной функции пищеводно-желудочного перехода и привратника у больных имеются воспалительные изменения от поверхностного гастрита до эрозий и язв желудка. Степень тяжести рефлюкс-гастрита имеет корреляционную связь с недостаточностью привратника ($r=0,45$; $p<0,001$) и ДГР ($r=0,42$; $p<0,002$). Чем ярче проявления ДГР и недостаточности привратника, тем более выражен рефлюкс-гастрит.

При дуоденоманокинезографии базальное давление в нижнегоризонтальном отделе ДПК у здоровых лиц было в пределах от 58 до 120 мм водного столба и в среднем равнялось $94,5\pm 3,8$ мм водного столба. Максимальная амплитуда сокращений ДПК натощак колебалась от 100 до 160 мм водного столба и в среднем составила $126,6\pm 4,0$ мм водного столба. После проведения нагрузочной пробы давление в ДПК было в пределах от 65 до 138 мм водного столба и в среднем равнялось $106,5\pm 5,2$ мм водного столба. Максимальная амплитуда колебаний давления в ДПК была от 140 до 200 мм водного столба и в среднем составила $152,8\pm 7,1$ мм водного столба. Исследования показали, что после проведения нагрузочной пробы происходит повышение давления в ДПК, которое у здоровых лиц подвержено значительным колебаниям.

Обнаруженные изменения внутрипросветного давления и сократительной способности ДПК у больных АМК позволили определить показатели, отражающие стадию развития заболевания. Стадии компенсации соответствовал нормотонический вариант моторики ДПК, сопровождавшийся исходной или постнагрузочной гиперкинезией от 116 до 141 мм водного столба. Усиленная перистальтика направлена на преодоление механического препятствия. Для стадии субкомпенсации характерно повышенное давление натощак от 249 до 283 мм водного столба со сниженной ответной реакцией на стимуляцию, то есть, гипертонический гипокинетический вариант моторики. Длительно существующая дуоденальная гипертензия постепенно ведет к расширению ДПК и гипотонии до $71\pm 6,0$ мм вод. столба. Гипотонический и гипокинетический варианты моторики свидетельствует о глубоких расстройствах моторно-эвакуаторной функции ДПК и наблюдаются в декомпенсированной стадии АМК.

Ультразвуковое определение угла отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты проведено 14 здоровым лицам и 44 больным ЯБ желудка и ДПК в сочетании с АМК ДПК. Средняя величина угла отхождения ВБА от аорты у здоровых лиц составила $38,29^\circ\pm 2,7^\circ$, а у больных – $20,2^\circ \pm 0,9^\circ$ ($p<0,001$). Обнаружена прямая зависимость величины угла от: расстройств стула ($r=0,28$; $p<0,001$); длительности язвенного анамнеза ($r=0,29$; $p<0,001$);

замедления эвакуации контраста из желудка ($r=0,34$; $p<0,001$); эрозивных изменений слизистой оболочки желудка ($r=0,32$; $p<0,001$); наличия язвы в ДПК ($r=0,33$; $p<0,001$); размера язвы ($r=0,26$; $p<0,001$); давления в ДПК ($r=0,27$; $p<0,001$). Произведен расчет информативности ультразвукового метода измерения угла отхождения ВБА от аорты: чувствительность составила 85%, специфичность – 80%.

Для оценки секреции желудка и рефлюксных нарушений 38 больным с язвой ДПК в сочетании с АМК ДПК в стадии компенсации и субкомпенсации проведена интрагастральная рН–метрия. Исследован базальный уровень рН в пищеводе, теле желудка и антральном отделе в течение 30 минут. У половины обследованных больных натошак в течение всего времени наблюдения в теле желудка была гиперацидная среда и у 55% регистрировались дуоденогастральные или гастроэзофагеальные рефлюксы. Нормацидная среда (рН=1,5-2,0) в теле желудка зарегистрирована у 17 человек. Такая же среда у этих больных была и в антральном отделе. Проведенные исследования показали, что у больных с язвенной болезнью ДПК, протекающей на фоне АМК, секреция желудка находится на гиперацидном или нормацидном уровне даже натошак. Регистрация рефлюксных нарушений, особенно дуоденогастрального рефлюкса, подтверждает наличие хронической дуоденальной непроходимости.

Оперативное лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с артериомезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки

Операции при ЯБ желудка и ДПК в сочетании с АМК ДПК, направленные на коррекцию проходимости ДПК, выполнены всем 189 больным. Выбор операции определяется локализацией язвы, видом её осложнений и тяжестью хронической дуоденальной непроходимости. Резецирующие операции проводили при язвах желудочной локализации, больным с пенетрирующими язвами ДПК и больным с хронической дуоденальной непроходимостью в стадии декомпенсации, независимо от локализации язвы. Резекция желудка, проводимая в разных объёмах, сочеталась с дренированием выключенной двенадцатиперстной кишки. Такие операции обозначаем как комбинированные. Они проведены 93 больным.

Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) в сочетании с дренированием ДПК выполнена 96 пациентам. Это больные с язвой ДПК, протекающей на фоне АМК ДПК в стадии компенсации или субкомпенсации. При стенозах пилородуоденального перехода **проходимость восстанавливалась пилородуоденопластикой. Варианты операций** представлены в табл. 2.

Таблица 2

Варианты операций у больных язвенной болезнью в зависимости от стадии АМК

Варианты операций	Стадия АМК				
	комп	субкомп	декомп	Всего	%
СПВ+ДЕА по Грегори-Смирнову	13	28	-	41	21,6
СПВ+Дуоденопластика+ ДЕА по Грегори-Смирнову	3	12	-	15	7,9
СПВ+Холецистэктомия+ ДЕА по Грегори-Смирнову	2	2		4	2,1
СПВ+ДЕА по Робинсону	8	8	-	16	8,5
СПВ+Дуоденопластика + ДЕА по Робинсону	-	5	-	5	2,6
Ушивание перфорации + СПВ+ДЕА по Грегори-Смирнову	3	11	-	14	7,4
Ушивание перфорации + СПВ+ДЕА по Робинсону	1	-	-	1	0,5
Антрумэктомия или резекция желудка+ ДЕА по Грегори-Смирнову	7	57	23	88	46,5
Субтотальная резекция + ДЕА по Грегори-Смирнову		1	2	3	1,6
Гастрэктомия + ДЕА по Грегори-Смирнову	-	-	2	2	1,1
Всего	37	125	27	189	100

Примечание: ДЕА- дуоденоюноанастомоз, СПВ - селективная проксимальная ваготомия;

При интраоперационной диагностике ЯБ желудка и ДПК в сочетании с АМК ДПК обращали внимание на увеличенный (у 66,7% больных), атоничный (у 34,4% больных) желудок, расширенную, выступающую из-под брыжейки ободочной кишки ДПК, диаметр которой справа от мезентериальных сосудов составлял более 3 см и всегда превышал диаметр тощей кишки, что считаем наиболее достоверным интраоперационным признаком для определения стадии АМК. Пищеводное отверстие диафрагмы было расширено от 2 до 5 см у 14,3% больных, что соответствовало результатам эндоскопического и рентгенологического исследований. У всех этих больных проводилась коррекция диаметра пищеводного отверстия и фундопликация по Ниссену. Язву желудка или ДПК на операции отчетливо выявили у 123 (65,1%) больных, причем, у 20 (16,3%) больных язва локализовались в теле желудка, у 11 больных имелась двойная локализация язвы, у остальных больных язва локализовалась в ДПК. Рубцово-язвенный стеноз ДПК на уровне луковицы имелся у 33 больных. На фоне перфорации язвы ДПК оперированы 15 больных – ушивание перфорации сочетали с СПВ. Изменения со стороны желчного пузыря – увеличение размеров, атония имелись у 24 (12,7%) больных; у 32 больных (20%) были признаки хронического панкреатита.

Селективная проксимальная ваготомия, дополненная дуоденоюноанастомозом (ДЕА), проведена 96 больным. У 30 человек нарушения дуоденальной проходимости были в стадии компенсации, у 66 – в стадии субкомпенсации. Из них ДЕА по Грегори-Смирнову выполнен

74 больным, в том числе – 14 больным в сочетании с ушиванием перфоративной язвы, 15 больным – в сочетании с дуоденопластикой, 4 больным – в сочетании с холецистэктомией по поводу обострения хронического калькулёзного холецистита; ДЕА по Робинсону проведен 22 больным, в том числе – 1 больному в сочетании с ушиванием перфоративной язвы и 5 больным – в сочетании с дуоденопластикой.

Комбинированные операции выполнены 88 больным. Трём больным с малигнизированными язвами антрального отдела желудка в сочетании с АМК ДПК в стадии декомпенсации проведена субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией D2 и дуоденоюноанастомозом по Грегори-Смирнову. Нами разработан новый вариант гастрэктомии при малигнизированных язвах тела или кардиального отдела желудка в сочетании с АМК ДПК в стадии декомпенсации (рационализаторское предложение № 2479 от 25.05.09г.). Оперированы двое больных (рис. 1).

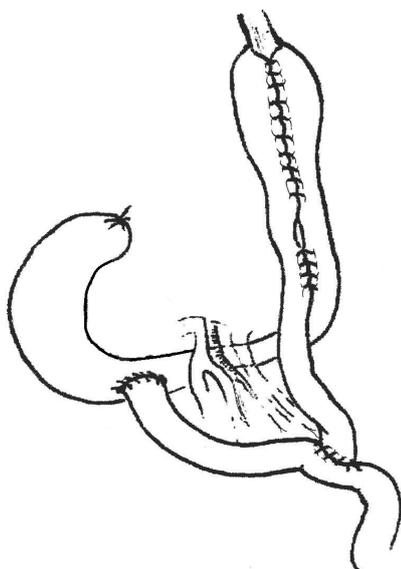


Рис. 1. Гастрэктомия с формированием резервуарного эзофагоюноанастомоза и дуоденоюноанастомоза

Непосредственные исходы лечения и осложнения.

Лечение больных в послеоперационном периоде проводилось с учетом тяжести состояния и варианта перенесенной операции. Всем больным проводилось энтеральное зондовое питание. Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдали у 13 (6,9%) больных: обострение панкреатита – у 4; пневмония – у 1; моторно-эвакуаторные нарушения – у 4 (2,1%); инвагинация тощей кишки – у 1; ранняя спаечная непроходимость – у 1. У 2 пациентов ушивание культи ДПК при пенетрирующих язвах осложнилось повреждением стенки общего желчного протока. Один умер. Анализ осложнений свидетельствует, что они чаще возникали после комбинированных операций, выполненных по поводу

декомпенсированной АМК ДПК и осложненной ЯБ (12,5%) с одним летальным исходом (1,1%). После СПВ с дуоденоюноанастомозом осложнений было 2, летальных исходов не было. Общая летальность составила 0,5%.

Отдаленные результаты лечения.

Отдаленные результаты изучены у 138 (73%) больных в сроки от 1 до 13 лет (табл. 3). Каждый больной заполнял анкету, позволяющую оценить качество жизни после операции, а для объективной оценки проводились ФЭГДС, рентгенологическое обследование, рН-метрия.

Таблица 3

Отдаленные результаты операций у больных язвенной болезнью в сочетании с АМК ДПК.

Операции	Отдаленные результаты			
	отличный	хороший	удовлетв.	неудовл
СПВ+ДЕА по Грегори-Смирнову	32	3	1	1
СПВ+Дуоденопластика+ДЕА по Грегори-Смирнову	12	-	-	-
СПВ+Холецистэктомия+ДЕА по Грегори-Смирнову	1	-	-	-
СПВ+ДЕА по Робинсону	7	3		1
СПВ+Дуоденопластика+ДЕА по Робинсону	3	-	-	-
Ушивание перфорации+СПВ+ДЕА по Грегори-Смирнову	6	-	-	-
Антрумэктомия или резекция желудка +ДЕА по Грегори-Смирнову	53	7	4	1
Субтотальная резекция + ДЕА по Грегори-Смирнову	1	1	-	-
Гастрэктомия + ДЕА по Грегори-Смирнову	1	-	-	-
Всего	116(84,1%)	14(10,1%)	5(3,6%)	3(2,2%)

Результаты СПВ в сочетании с дуоденоюноанастомозом. Обследованы 70 (72,9%) человек. Отличные результаты установлены у 61 (87,1%) больного. Пациенты не нуждаются в соблюдении диеты и необходимости приема лекарственных препаратов, трудоспособны. При ФГДС рецидива язвы не выявлено ни у одного из них. Из 48 обследованных у 12 выявлены признаки рефлюкс-гастрита или очагового атрофического гастрита. Рентгенологически у большинства больных отсутствуют дуоденогастральные рефлюксы. Секреция желудка на уровне тела была нормацидной. В антральном отделе наблюдалась компенсация ощелачивания. ГЭР и ДГР не зафиксировано.

Результаты признаны хорошими у 6 (8,6%) больных. У них иногда возникает изжога, боли в подложечной области. При эндоскопическом исследовании выявлена примесь желчи и единичные эрозии в антральном отделе желудка, недостаточность замыкательной функции

пищеводно-желудочного перехода. При рентгенологическом исследовании патологии не выявлено. При интрагастральной рН-метрии в теле желудка регистрировалось состояние гипоацидности. В антральном отделе наблюдалась компенсация ощелачивания. Имелись единичные гастроэзофагеальные и дуоденогастральные рефлюксы.

Удовлетворительный результат установлен у 2 (2,8%) больных ЯБ ДПК в сочетании с АМК ДПК в стадии субкомпенсации, страдающих до и после операции хроническим панкреатитом с частыми обострениями. Больные чувствуют себя «без изменений». У них наблюдается рефлюксный синдром в виде изжоги, иногда рвоты. Их периодически беспокоят боли, неустойчивый стул. Они вынуждены придерживаться диеты, принимать лекарства и периодически находиться на стационарном лечении. При фиброгастроскопии был выявлен рефлюкс-гастрит, но рецидива язвы не было. При рентгеноскопии имелась задержка первых порций контраста в ДПК до 45-60 секунд и дуоденогастральные рефлюксы. При интрагастральной рН-метрии в теле желудка выявлено гипоацидное состояние, имелись дуоденогастральные рефлюксы. Среди причин снижения качества жизни и результатов операции, которыми являются стадия декомпенсации АМК, недостаточный опыт оперирующего хирурга, в том числе, был хронический панкреатит.

Результат признан неудовлетворительным у 1 (1,4%) больной. При самооценке она отметила, что чувствует себя «хуже». У неё наблюдается рефлюксный синдром в виде изжоги, иногда сопровождаемой рвотой. При фиброгастроскопии обнаружены признаки аксиальной грыжи, проявившиеся фибринозным эзофагитом. Язва в луковице ДПК размерами 5x8 мм, дно покрыто фибрином. При рН-метрии в теле желудка выявлена гиперацидная среда, в антральном отделе – декомпенсация ощелачивания. Больная находится под наблюдением и получает соответствующее лечение.

Всем больным проведена оценка качества жизни и тяжести болезни по результатам разработанной анкеты путем расчета трех интегральных показателей. Результат СПВ в сочетании ДЕА анализировали в зависимости от варианта дуоденоюноанастомоза и выявили, что индекс тяжести болезни (ИТБ) был достоверно выше у больных после дуоденоюноанастомоза по Робинсону, что можно объяснить большей травматичностью этой операции по сравнению с ДЕА по Грегори-Смирнову. Сравнивая показатели качества жизни до СПВ в сочетании с дренирующими операциями с послеоперационными показателями, видно, что качество жизни больных после операции повысилось (табл. 4).

Таблица 4

Сравнительная характеристика качества жизни больных ЯБ в сочетании с АМК ДПК до и после СПВ в сочетании с дренирующими операциями

Показатели качества жизни	Больные ЯБ в сочетании с АМК ДПК
---------------------------	----------------------------------

	до операции n = 26	после операции n = 70
ИТБ	2,95±1,41	-7,0±0,5
ИКЖ	1,95±1,41	11,9±0,61*
ИВШ	3,04±0,97	1,5±0,37

Примечания: *- $p < 0,001$ в сравнении с дооперационным уровнем

Среди субъективных ощущений, которые в послеоперационном периоде достоверно влияли на величину ИТБ, были проявления болевого синдрома ($r=0,57$; $p<0,05$). Рефлюксный синдром (отрыжка, изжога) самостоятельно не влиял на показатели качества жизни, но была установлена корреляция дооперационных показателей отрыжки и изжоги с ИТБ ($r=0,54$; $p<0,05$), что доказывает антирефлюксный эффект операций. Состояние психоэмоционального фона имело достоверно значимое влияние как на ИТБ ($r=0,39$; $p<0,05$), так и на индекс выбранных шкал (ИВШ) ($r=0,54$; $p<0,05$). Таким образом, психологическая составляющая качества жизни больных определяет число ограничений как со стороны физической, так и со стороны социальной составляющей их качества жизни. Среди всех дооперационных клинических проявлений только психоастенические нарушения достоверно коррелировали с показателями качества жизни: ИКЖ ($r= -0,61$; $p<0,05$), ИВШ ($r= 0,53$; $p<0,05$). Это свидетельствует о том, что существенной положительной динамики психоэмоционального статуса после операций не наступает, и это обстоятельство значительно влияет на оценку результатов операций. При анализе корреляций показателей качества жизни с результатами инструментальных исследований установлено, что гастрит является единственным эндоскопическим признаком, который имеет прямую корреляцию с показателями качества жизни как до операции: ИКЖ ($r= -0,47$; $p<0,05$), так и в послеоперационном периоде: ИВШ ($r=0,59$; $p<0,05$). Эти данные могут служить доказательством положительной динамики эндоскопических изменений. Таким образом, показатели качества жизни у больных в стадии субкомпенсации АМК, перенёсших СПВ в сочетании с дренирующими операциями, достоверно ниже по сравнению со стадией компенсации.

Результаты комбинированных операций. Обследованы 68 (73,1%) пациентов. Отличные результаты установлены у 55 (80,9%) больных, в том числе, у 1 больного после субтотальной резекции в сочетании с ДЕА по Грегори-Смирнову и у 1 больного после гастрэктомии в сочетании с ДЕА по Грегори-Смирнову. Они трудоспособны, не обращаются за медицинской помощью. Пациенты не нуждаются в соблюдении диеты и необходимости приема лекарственных препаратов. При ФЭГДС и рентгеноскопии у большинства из них не выявлено никакой патологии. При исследовании секреции в культе желудка регистрировалась гипоацидная среда. Рефлюксов не зафиксировано.

Хорошие результаты установлены у 8 (11,8%) больных, в том числе, у 1 больного после субтотальной резекции в сочетании с ДЕА по Грегори-Смирнову. Больные чувствуют себя «здоровыми» или «лучше». У 2 обследованных клинически выявлен демпинг-синдром легкой степени, хотя один из них результаты операции оценивает как «отличные». Больные иногда отмечают изжогу, боли в подложечной области, запоры. У них при эндоскопическом исследовании диагностированы признаки рефлюкс-гастрита, рефлюкс-эзофагита. При рентгенологическом обследовании установлено, что у 2 больных с демпинг-синдромом легкой степени перистальтика культи желудка была несколько усилена, эвакуация – ускорена. При рН-метрии у половины обследованных в культе желудка регистрировалось состояние гипоацидности, единичные гастроэзофагеальные и дуоденогастральные рефлюксы.

Удовлетворительный результат установлен у 4 (5,9%) больных. При самооценке один из них чувствует себя «лучше», 3 – «без изменений». У одной больной наблюдается рефлюксный синдром в виде изжоги, иногда рвоты. Трёх пациентов беспокоят периодически боли в подложечной области, у двух – имеются признаки демпинг-синдрома средней степени тяжести. При фиброгастроскопии у всех 4 больных натошак в желудке была желчь, признаки рефлюкс-гастрита и рефлюкс-эзофагита; у двух – анастомозит без признаков рецидива язвы. При рентгеноскопии у 2 пациентов культя желудка гипотонична с содержимым натошак, перистальтика вялая, эвакуация замедлена. При исследовании секреторной функции у 2 больных в культе желудка регистрировалось состояние гипоацидности, гастроэзофагеальные и дуоденогастральные рефлюксы. Основой причиной снижения качества жизни и результатов операции явились рефлюкс-гастрит, атония культи желудка, демпинг-синдром.

Результат признан неудовлетворительными у 1 больной с пенетрирующей стенозирующей гигантской язвой ДПК в сочетании с АМК ДПК в стадии декомпенсации. Она чувствует себя «без изменений». У этой больной наблюдается рефлюксный синдром в виде изжоги, иногда рвота. Её также беспокоят периодические боли, неустойчивый стул. Пациентка вынуждена придерживаться диеты и принимать лекарства. При эндоскопическом исследовании выявлен рецидив язвы. В культе желудка имеется жёлчь, слизистая атрофична. При рентгеноскопии культя желудка атонична, с большим количеством содержимого, перистальтика вялая, эвакуация замедлена, в зоне ГЭА – «ниша». Причиной рецидива язвы предполагается неадекватный объём резекции желудка и недостаточное ошелачивание анастомоза из-за сброса дуоденального содержимого непосредственно через дуоденоюноанастомоз.

При сравнении показатели качества жизни больных до комбинированных операций и после (табл. 5) выявлено значимое понижение ИТБ, ИВШ и значимое повышение ИКЖ после операции. Таким образом, качество жизни больных ЯБ в сочетании с АМК ДПК после комбинированных операций повысилось. На субъективную оценку результатов комбинированных операций в большей степени оказывал влияние болевой синдром ($r=0,65$; $p<0,0001$), интенсивность которого по сравнению с исходным значением снизилась с $4,6\pm 0,12$ до $0,76\pm 0,09$ балла. Состояние психоэмоционального фона также имело достоверно значимое влияние на субъективные оценки, определяющие величину ИТБ ($r=0,36$; $p<0,005$), однако по сравнению с другими расстройствами эти нарушения наиболее значимо влияли на количество выбранных ограничений (ИВШ) ($r= 0,54$; $p<0,005$).

Таблица 5

Сравнительная характеристика качества жизни больных ЯБ в сочетании с АМК ДПК до и после комбинированных операций.

Показатели качества жизни	Больные ЯБ в сочетании с АМК ДПК	
	до операции n = 22	после операции n = 68
ИТБ	10,95±1,41	-3,0±0,72*
ИКЖ	-4,97±1,54	8,7±1,33*
ИВШ	6,04±0,79	3,12±0,58*

Примечания: *- $p< 0,001$ в сравнении с дооперационным уровнем

Таким образом, число ограничений как физической, так социальной сторон качества жизни больных во многом определяются их психологической составляющей. Среди всех дооперационных клинических проявлений только психоастенические нарушения имели достоверные корреляции с показателями качества жизни: ИКЖ ($r= -0,47$; $p<0,005$) и ИВШ ($r= 0,32$; $p<0,005$). Это свидетельствует о том, что существенной положительной динамики психоэмоционального статуса после комбинированных операций, также как и после СПВ в сочетании с ДЕА, не наступает, и это обстоятельство значительно влияет на оценку результатов операций. Достоверное положительное влияние на качество жизни оказывал показатель трофического статуса – индекс массы тела ($r= -0,34$; $p<0,005$). Таким образом, показатели качества жизни у больных в стадии декомпенсации АМК, перенёсших комбинированные операции, достоверно ниже по сравнению с более легкими стадиями. Структурно-морфологические изменения сохраняются и не претерпевают обратного развития, что свидетельствует о необходимости своевременного, более раннего хирургического лечения язвенной болезни в сочетании с АМК ДПК.

При сравнении показателей качества жизни в зависимости от варианта оперативного вмешательства установлено, что после СПВ в сочетании с дренированием ДПК они значительно превышают показатели после комбинированных операций (табл. 6).

Таблица 6

Показатели качества жизни в зависимости от объема оперативного вмешательства

Показатели качества жизни	Виды операций	
	СПВ+ДП n = 70	Комбинированные n = 68
ИТБ	-7,0±0,5	-3,0±1,3*
ИКЖ	11,9±0,61	8,7±1,33
ИВШ	1,5±0,37	3,12±0,58

Примечание: * - $p < 0,05$ достоверность отличий между группами

Наиболее значимыми факторами, влияющими на показатели качества жизни в отдаленные сроки после операции, являются ограничения диеты, физических нагрузок и показатели социально-психологической и трудовой адаптации.

ВЫВОДЫ

1. Артериомезентериальная компрессия ДПК изменяет типичную клиническую картину язвенной болезни желудка и ДПК за счет преобладания синдрома моторно-эвакуаторных нарушений, у 80,4% больных, и рефлюксных проявлений, у 65,0%, что предрасполагает к упорному течению заболевания, неэффективности консервативного лечения и развитию осложнений язвенной болезни.

2. Анализ клинических синдромов, определяющих сочетанный характер течения язвенной болезни, должен быть дополнен комплексом исследований, включающим рентгенологическое, сонографическое, эндоскопическое, дуоденоманокinezографию и внутрижелудочную рН-метрию, среди которых ультразвуковое измерение угла отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты является неинвазивным скрининговым методом выявления артериомезентериальной компрессии.

3. При выявлении сочетания язвенной болезни с артериомезентериальной компрессией ДПК операции показаны в ранние сроки для предупреждения прогрессирования заболевания, развития осложнений и сопутствующей патологии. Операции должны дополняться коррекцией артериомезентериальной компрессии в зависимости от ее стадии.

4. Операции при язвенной болезни, протекающей на фоне артериомезентериальной компрессии ДПК и направленные на её коррекцию, приводят к выздоровлению в 84,9% – 97,7% случаев и повышению качества жизни в 2 – 4 раза. Отдаленные результаты как после дренирующих, так и после комбинированных операций зависят от стадии артериомезентериальной компрессии и эффективности восстановления моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При обследовании больных по поводу язвенной болезни желудка и ДПК для выявления артериомезентериальной компрессии в качестве скринингового метода следует использовать ультразвуковое определение угла отхождения верхней брыжеечной артерии от

аорты, дополненное данными интраоперационной ревизии, а затем необходимо целенаправленно изучать моторно-эвакуаторную функцию желудка и ДПК.

2. Показания к операции при язвенной болезни в сочетании с артериомезентериальной компрессией ДПК следует устанавливать уже в стадиях компенсации и субкомпенсации, предупреждая этим развитие осложнений и сочетанной патологии.

3. Наличие осложнений язвенной болезни не является противопоказанием к коррекции артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки.

4. При выявлении артериомезентериальной компрессии операции по поводу язвенной болезни ДПК и желудка следует дополнять дуоденоюноанастомозом.

5. При малигнизированной язве желудка на фоне артериомезентериальной компрессии ДПК целесообразно выполнять субтотальную резекцию или гастрэктомию в сочетании с дуоденоюноанастомозом.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО МАТЕРИАЛАМ ДИССЕРТАЦИИ

- 1. Репин В.Н. Хирургическая тактика при перфоративных пилородуоденальных язвах / В.Н. Репин, С.Н. Поляков, М.В. Репин, А.С. Ефимушкина, М.С. Артмеладзе // Пермский медицинский журнал - 2006. - №3. – С. 29-33.**
- 2. Репин В.Н., Ефимушкина А.С., Репин М.В. / Отдаленные результаты оперативного лечения язвенной болезни в сочетании с артериомезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки // Медицинская наука и образование Урала - 2008 - №3 - С. 107-108.**
- 3. Репин В.Н., Ефимушкина А.С., Репин М.В., Шишкин И.М. / Диагностика и выбор операции при язвенной болезни в сочетании с артериомезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки // Пермский медицинский журнал - 2009 - №4 - С. 27-30.**
4. Репин В.Н., Гуцин А.Г., Ефимушкина А.С. / Клинические маркёры дисплазии соединительной ткани у больных с артериомезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки //«Актуальные вопросы хирургии». Сб. науч.-практ. работ. - Челябинск - 2006 - С. 50-51.
5. Репин В.Н., Репин М.В., Ефимушкина А.С. / Хирургическая тактика у больных язвенной болезнью на фоне артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургической гастроэнтерологии - 2006 - №1 - С. 99.
6. Репин М.В., Репин В.Н., Ефимушкина А.С., Артмеладзе М.С. / Хирургическая тактика у больных язвенной болезнью на фоне артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки // Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки:

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием – Сочи, 2006. – С. 49.

7. Гусева Ю.А., Шишкин И.М., Ефимушкина А.С., Гуцин А.Г. / Ультразвуковая и рентгенологическая диагностика артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки // Материалы 8 – го Международного Славяно – Балтийского научного форума «Санкт- Петербург – Гастро- 2006» - Санкт- Петербург - 2006 - № 448 - С. 127.

8. Репин В.Н., Ефимушкина А.С., Репин М.В. / Отдаленные результаты оперативного лечения язвенной болезни в сочетании с артериомезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки // Материалы научной сессии - Пермь - 2008 - С. 107-109.

9. Репин В.Н., Ефимушкина А.С., Репин М.В. / Выбор варианта операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с артериомезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки // «Актуальные вопросы хирургии». Сб. науч.-практ. работ. - Челябинск - 2008 - С. 9-11.

10. Репин В.Н., Костылев Л.М., Матвеева Н.А., Ефимушкина А.С. / Селективная проксимальная ваготомия в лечении больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки // «Актуальные вопросы хирургии». Сб. науч.-практ. работ. - Челябинск - 2010 - С. 49-51.

СПИСОК ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИХ СОКРАЩЕНИЙ

АМК – артериомезентериальная компрессия

ВБА – верхняя брыжеечная артерия

ВДД – внутридуоденальное давление

ГЭР – гастроэзофагеальный рефлюкс

ДГР – дуоденогастральный рефлюкс

ДЕА – дуоденоюноанастомоз

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ИВШ – индекс выбранных шкал

ИКЖ – индекс качества жизни

ИТБ – индекс тяжести болезни

МЭН – моторно-эвакуаторные нарушения

СПВ – селективная проксимальная ваготомия

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия

ХДН – хроническая дуоденальная непроходимость

ХНДП – хронические нарушения дуоденальной проходимости

ЭЗП – энтеральное зондовое питание

ЯБ – язвенная болезнь

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

<http://www.gastroscan.ru/literature/>