



СОСТОЯНИМ (МОРДОЛОГИЯ) ЖЕЛЕЗНЫХ ПУЗУРЯ, ДЕЛЬНЫХ СФЕНИ ТЕРОВ ПРИ ВЫСОКОЙ НИЩЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬ В ДУОДЕНАЛЬНОМ ПЕРЕХОДУ

Асфандиёров Ж.М.

Хайдаров Ф.Т.

Амонтурдиев И.О.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии
Кафедра медицинской и биологической химии.
Город Термез. Республика Узбекистан.

Бекмирзаев Э.Р.

Научный руководитель

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7810257>

Абстракт: Дуоденостаз – это нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки механической или функциональной природы. Проявляется симптомами диспепсии (отрыжка, тошнота, рвота желчью, боли в животе спастического характера), явлениями интоксикации (быстрая утомляемость, раздражительность или апатия, значительное похудение). Показано проведение ЭГДС, рентгенологического исследования ДПК с контрастированием, дуоденального зондирования, мезентериальной ангиографии и др. Лечение на начальных стадиях консервативное (прокинетики, спазмолитики, лаваж двенадцатиперстной кишки, витамины), при его неэффективности – оперативное.

Ключевые слова: Дуоденостаз, дуоденит, холецистит, панкреатит, овальной, круглой, щелевидной, трехгранной,

Дуоденостаз – полиэтиологическое заболевание, характеризующееся нарушением прохождения пищевого химуса по начальным отделам тонкого кишечника с дискоординацией перистальтики двенадцатиперстной кишки, ее постепенным расширением, вовлечением в патологический процесс близлежащих органов. Чаще всего впервые проявляется в молодом возрасте (20-40 лет), преимущественно поражает женщин.

В большинстве случаев причиной развития дуоденостаза являются хронические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, гепатобилиарной системы, поджелудочной железы, опухоли пищеварительного тракта. Но в некоторых случаях органическую причину патологии выявить не удастся, что говорит о ее функциональной основе. Для данного заболевания характерны частые ошибки диагностики с последующим принятием неправильной хирургической тактики, поэтому обследованию больных с подозрением на дуоденостаз должно уделяться достаточное внимание.

Причинами патологии могут служить различные заболевания пищеварительного тракта: гастрит, язва желудка и язвенная болезнь 12п. кишки, дуоденит, холецистит, панкреатит и прочие. Кроме того, болезнь может развиваться на фоне механического препятствия прохождению пищи: при сдавлении ДПК сосудами брыжейки (из-за их аномального расположения), опухолями брюшной полости; при попадании в луковичку двенадцатиперстной кишки камней из желчного пузыря, паразитов; при аномалиях развития ДПК, ее перегибах, спайках.

При исследовании нами установлено, что в норме форма отверстия дуоденоеюнального перехода представлена четырьмя вариантами формы: овальной, круглой, щелевидной и трехгранной. Овальная форма отверстия имеет сглаженные края, высота немного превышает ширину, при этом, как правило, формируется за счет более выраженной полулунной складки слизистой оболочки. При круглой форме ширина приблизительно равна высоте отверстия. Такая форма отверстия стоит на втором месте по частоте встречаемости. Эти две «правильные» формы зафиксированы у большинства обследованных пациентов без патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта и в сумме составили 79,6 % наблюдений. Встречались в равной степени также «неправильные» формы в виде трехгранной и щелевидной формы. Трехгранная форма наблюдается при выраженной ротации в зоне дуоденоеюнального перехода, когда несколько полулунных складок образуют форму трехгранника. Щелевидная форма наблюдается, вероятно, при высоком расположении дуоденоеюнального перехода и остром виде дуоденоеюнального угла.

При эндоскопии она представляется в виде щели со значительным превышением горизонтального размера над вертикальным. При обследовании больных с патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта распределение отверстия дуоденоеюнального перехода по формам изменилось. В группе хронической дуоденальной непроходимостью чаще, чем в других группах, преобладали трехгранная и щелевидная формы отверстия дуоденоеюнального перехода и составили в сумме 35 %.

От начала патологии до развития стадии декомпенсации может пройти от нескольких недель до нескольких лет. Известен случай, когда симптоматика у пациента сохранялась в течение 35 лет, только после этого наступила полная тонкокишечная непроходимость, было проведено оперативное лечение. Однако следует помнить – чем дольше сохраняются симптомы заболевания без надлежащего лечения, тем выше вероятность необратимых изменений в кишечнике и неблагоприятного исхода для больного. Симптомы интоксикации связаны с застоем содержимого в ДПК, брожением пищевого комка, всасыванием токсических продуктов в кровотоки. Больные жалуются на повышенную утомляемость, апатию либо раздражительность, отсутствие аппетита, истощение и потерю массы тела. Если не начать лечение дуоденостаза вовремя, тяжелейшая интоксикация может привести к поражению почек и сердца, развитию полиорганной недостаточности и летальному исходу.

Большое значение в постановке диагноза имеет рентгенография с барием по тонкому кишечнику. В норме при обследовании ДПК возможно замедление продвижения содержимого в местах естественных изгибов кишки, участки антиперистальтики с незначительным ретроградным забросом пищевых масс и дуоденальных соков. При дуоденостазе антиперистальтика будет выраженной, перемещение масс по кишечнику затруднено. Главный критерий дуоденостаза – задержка продвижения контраста из ДПК более чем на 40 секунд.

Прогноз более благоприятный при своевременной диагностике и начале лечения патологии, однако во многом зависит от вызвавшей ее причины. При длительном отсутствии лечения прогноз значительно ухудшается, выраженная интоксикация может привести к летальному исходу. Профилактика заключается в соблюдении

режима физических нагрузок и питания, своевременном лечении заболеваний, которые могут привести к дуоденостазу.

Литература:

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Медицина, 1998. – 483 с.
2. <https://cyberleninka.ru/article/n/anatomo-hirurgicheskie-osnovy-duodenoeyunalnogo-perehoda-pri-hronicheskoj-duodenalnoj-neprohodimosti>
3. https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/duodenostasis
4. Ташниязов Х. Б., Асфандиёров Ж. М., Ашуров А. Т. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМОРФОЛОГИИ В КЛЕТКАХ БУККАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ КУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ ТЕРМЕЗСКОГО ФИЛИАЛА ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ //International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 62-67.

