

Сложности диагностики хронической непроходимости двенадцатиперстной кишки из-за механического препятствия на уровне Трейтцевой СВЯЗКИ

Д.М. Кадыров, З.В. Табаров, Ф.Д. Кодиров, Ш.Ш. Сайдалиев

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Выявить сложности диагностики и определить оптимальную хирургическую тактику при редких формах дистальной дуоденальной непроходимости опухолевого генеза.

Материалы и методы. Авторы приводят описание клинического случая. Под наблюдением находился больной А., 53 года, с хроническим нарушением дуоденальной проходимости.

Результаты. По данным рентгеноконтрастного исследования желудка и двенадцатиперстной кишки был поставлен диагноз «Синдром артерио-мезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки в стадии декомпенсации», но точная причина дистальной дуоденальной непроходимости на уровне связки Трейтца не была определена. Только во время операции обнаружили истинную причину заболевания - маленькую опухоль тощей кишки в зоне связки Трейтца размером 3,0×2,5 см. После интраоперационной экспресс-биопсии, констатировавшей аденокарциному, была выполнена радикальная резекция опухоли с лимфодиссекцией и дуоденоюноанастомозом бок в бок, послеоперационный период протекал без осложнений, больной в удовлетворительном состоянии выписан домой, в настоящее время находится под наблюдением онколога, проводится адъювантная химиотерапия.

Заключение. Интраоперационная находка: обнаружилась истинная причина дистальной дуоденальной непроходимости, которая оказалась маленькой опухолью тощей кишки, локализующейся в области связки Трейтца.

Ключевые слова:

хроническое нарушение дуоденальной проходимости, синдром верхней брыжеечной артерии, опухоль тощей кишки в области связки Трейтца, аденокарцинома

Для цитирования:

Кадыров Д.М., Табаров З.В., Кодиров Ф.Д., Сайдалиев Ш.Ш. Сложности диагностики хронической непроходимости двенадцатиперстной кишки из-за механического препятствия на уровне Трейтцевой связки. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2026; 7(1): 174-180. <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2026-7-1-174-180>

DOI: 10.54538/2707-5265-2026-7-1-174-180

Difficulties in diagnosing chronic duodenal obstruction due to mechanical obstruction at the level of the ligament of Treitz

D.M. Kadyrov, Z.V. Tabarov, F.D. Kodirov, Sh.Sh. Saidaliev

State Institution "Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan", Dushanbe, Tajikistan

Objective: To identify diagnostic difficulties and determine optimal surgical tactics for rare forms of distal duodenal obstruction of tumor origin.

Materials and Methods: The authors describe a clinical case. Patient A., 53, with chronic duodenal obstruction, was observed.

Results: Based on radiographic data from a gastric and duodenal contrast study, a diagnosis of "decompensated arterio-mesenteric duodenal compression syndrome" was made, but the exact cause of the distal duodenal obstruction at the level of the ligament of Treitz was not determined. Only during surgery was the true cause of the disease discovered—a small jejunal tumor in the area of the ligament of Treitz, measuring 3.0 x 2.5 cm. Following an intraoperative rapid biopsy, which revealed adenocarcinoma, a radical tumor resection with lymph node dissection and side-to-side duodenojejunostomy was performed. The postoperative period was uneventful, and the patient was discharged home in satisfactory condition. He is currently under the care of an oncologist and undergoing adjuvant chemotherapy.

Conclusion: Intraoperative finding: the true cause of the distal duodenal obstruction was identified as a small jejunal tumor located in the area of the ligament of Treitz.

Key words:

chronic duodenal obstruction, superior mesenteric artery syndrome, jejunal tumor in the area of the ligament of Treitz, adenocarcinoma

For citation:

Kadyrov D.M., Tabarov Z.V., Kodirov F.D., Saidaliyev S.Sh. Difficulties in diagnosing chronic duodenal obstruction due to mechanical obstruction at the level of the ligament of Treitz. *Eurasian Scientific and Medical Journal "Sino"*. 2026; 7(1): 174-180. <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2026-7-1-174-180>

ВВЕДЕНИЕ

Хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП) вызывает значительные страдания у пациентов и представляет сложности в диагностике и лечении. Это связано с отсутствием характерных симптомов и эффективных хирургических методов, а также с тем, что патогенез заболевания до сих пор не изучен полностью [1, 2]. Хронический дуоденостаз, представляя собой полиэтиологическое заболевание, характеризующееся задержкой эвакуации из двенадцатиперстной кишки (ДПК), в основе которого лежат причины как механического, так и функционального характера [3, 4]. ХНДП, вызванное редкими причинами, до настоящего времени создают сложности в диагностике их причин [4], а хирургическое лечение часто запаздывает, поэтому сопровождается высокой летальностью, достигающей 11-34% [5]. К таким видам обтурации ДПК и тонкой кишки относится синдром верхней брыжеечной артерии, составляющий в структуре всей патологии ЖКТ 0,09-2,5% больных [2]. Злокачественные опухоли двенадцатиперстной кишки составляют 0,04% всех опухолей кишечника [5]. Нередко трудно дифференцировать хроническую непроходимость двенадцатиперстной кишки из-за опухоли области связки Трейтца от артерио-мезентериальной компрессии ДПК, так как лучевая визуализация этой зоны зачастую затруднена в связи с недостаточным растяжением стенки кишки [6-9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить сложности диагностики и определить оптимальную хирургическую тактику при редких формах дистальной дуоденальной непроходимости опухолевого генеза.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Под нашим наблюдением находился больной А., 53 года, с хроническим нарушением дуоденальной проходимости. Причиной этого состояния стала опухоль тощей кишки в области связки Трейтца. Рентгенологическое исследование не смогло определить причину дистальной дуоденальной непроходимости.

Представим краткую выписку из клинической истории болезни. Больной А., 53 года, госпитализирован в хирургическое отделение клиники Института гастроэнтерологии 06.08.2025 г. с жалобами на постоянные боли в подложечной области, усиливающиеся после еды, тошноту, изжогу, эпизодическую рвоту, похудание. Длительность заболевания около 6 месяцев. Вначале непостоянная рвота со временем стала частой, с примесью большого количества желчи и пищи, что привело к потере массы тела и истощению. Около месяца назад из-за диспепсии и эпизодической рвоты провели рентгеноконтрастное исследование желудка, обнаружили дуоденостаз функционального характера и назначили консервативное лечение, которое оказалось неэффективным. В связи с прогрессированием заболевания больной госпитализирован. Объективно: общее состояние тяжелое, истощён, обезвожен, рост 168 см, масса тела 50 кг, ИМТ – 17 кг/см², кахексия и алиментарная дистрофия тяжелой степени. При осмотре живота в верхней части отмечается вздутие, при сотрясении брюшной стенки «шум плеска». Диурез – олигурия, 400 мл.

Результаты лабораторных исследований. Общий анализ крови: Л – 6,4, Эр – 4,4, НВ – 107, СОЭ – 12 мм/час, тромбоциты – 350. Общий анализ мочи: уд. вес – 1020, белок – 0,033, Л – 10–16. Биохимические анализы: холестерин – 2,65 ммоль/л, билирубин – 10,4 мкмоль/л, АсАт – 18, АлАт – 23, ЩФ – 317, общий белок – 60 г/л, альбумин – 23 г/л.

По данным УЗИ, структурных изменений в печени нет, желчный пузырь увеличен в размере, камней не содержит, гепатикохоледох – 7 мм, поджелудочная железа без изменений.

Результаты ЭГДС: Рефлюкс-эзофагит II степени, в желудке большое количество желудочного сока с примесью застойной желчи зелёного цвета, пилорический сфинктер зияет, просвет луковицы и тракта ДПК значительно расширен.

Рентгеноконтрастное исследование желудка и ДПК. Пищевод свободно проходим, желудок эктазирован, содержит большое количество жидкости с уровнем в виде «чаши»,

привратник «зияет», луковица и нисходящая часть ДПК значительно расширены. В положении лёжа на спине, отмечается задержка продвижения контраста в нижней горизонтальной части ДПК (рис. 1а). В положении лёжа на животе определяется сужение нижней горизонтальной части, эвакуация контраста в тощую кишку не определяется (рис. 1б). Через 3 часа в желудке и ДПК сохраняется большое количество сульфата бария, более чётко прослеживается суженный участок нижней горизонтальной части, следы эвакуированного контраста в тощей кишке (рис. 1в). Через 24 часа 80% сульфата бария сохраняется в просвете желудка. На основании этих данных поставлен диагноз: артерио-мезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки в стадии декомпенсации.

В связи с тяжестью общего состояния, обусловленного алиментарной дистрофией и глубокими нарушениями гомеостаза, в течение десяти дней проводилась интенсивная предоперационная подготовка: декомпрессия желудка, инфузионно-трансфузионная терапия. В результате проведённого лечения самочув-

ствие больного улучшилось, уменьшился гастростаз, восстановились диурез, водно-электролитный баланс, белково-энергетические нарушения.

21.08.2025 г. под общим эндотрахеальным наркозом выполнена операция: верхнесрединная лапаротомия. Операционная находка: дистальная дуоденальная непроходимость на уровне связки Трейтца, позади стволов мезентериальных сосудов небольшого размера опухолью (3,0 x 2,5 см) тощей кишки с регионарными метастазами в лимфоузлах клетчатки мезентериальных сосудов. Интраоперационная экспресс-биопсия: аденокарцинома. Отступив от границ опухоли на 15 сантиметров в проксимальном и дистальном направлениях с удалением регионарного лимфатического коллектора выполнена резекция нижней горизонтальной части ДПК и проксимальной части тощей кишки вместе с опухолью. Между нисходящей частью ДПК и тощей кишкой сформирован позадиободочный дуоденоюноанастомоз бок в бок.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На восьмой–девятый день вос-

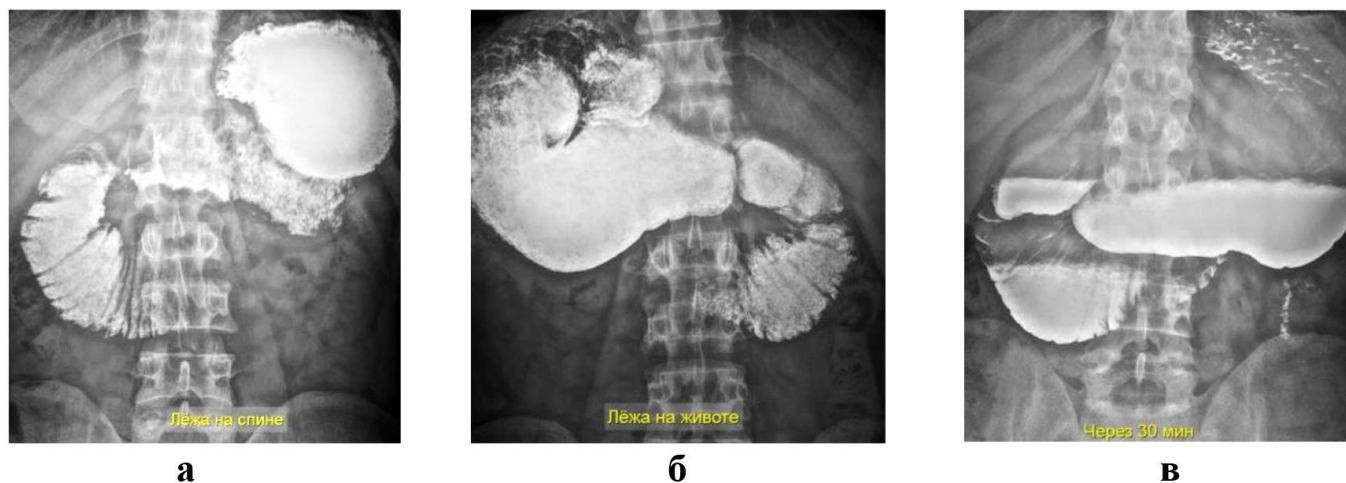


Рис. 1. Хроническое нарушение дуоденальной проходимости механического генеза в стадии декомпенсации, напоминающее синдром верхней брыжеечной артерии: а) компрессия ДПК на уровне нижней горизонтальной части; б) в положении лежа на животе видно начало суженной нижней горизонтальной части ДПК; в) сужение на уровне дуодено-еюнального изгиба с престенотическим расширением нижней горизонтальной части ДПК

Fig. 1. Chronic obstruction of duodenal patency of mechanical origin in the decompensation stage, resembling superior mesenteric artery syndrome: а) compression of the duodenum at the level of the lower horizontal part; б) in the prone position, the beginning of the narrowed lower horizontal part of the duodenum is visible; в) narrowing at the level of the duodenojejunal flexure with prestenotic expansion of the lower horizontal part of the duodenum

становилась функция желудка и анастомоза. На 12-й день выполнили рентгеноконтрастное исследование желудка и ДПК (рис. 2).

При рентгеноскопии обнаружили, что желудок обычных размеров, эвакуаторная функция несколько ускорена, дуоденоеюноанастомоз функционирует хорошо, транзит сульфата бария порционный. Пациент, находящийся в удовлетворительном состоянии, был выписан из стационара и взят под наблюдение онколога для проведения курса адъювантной химиотерапии.

Редкие формы дуоденальной непроходимости встречаются в практической хирургии не так часто [5, 7]. Однако в связи с трудной диагностикой и, соответственно, задержкой оперативного лечения послеоперационная летальность при них остаётся высокой. В представленном клиническом наблюдении в результате ошибочной трактовки рентгенологической картины определён синдром верхней брыжеечной артерии с компрессией ДПК [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рентгенологическое исследование не подтвердило данный диагноз, но и не позволило точно установить причину дистальной дуоденальной непроходимости на уровне связки Трейтца. Это было связано с небольшими размерами опухоли кишечника. Поскольку показания к операции были абсолютными, для верификации этиологии заболевания приходится полагаться на интраоперационную диагностику. Только интраоперационно была обнаружена маленькая опухоль (2,5х3,0 см), обтурирующая просвет кишки непосредственно в зоне связки Трейтца позади ствола брыжеечных сосудов. На основании результата интраоперационной экспресс-биопсии опухоли (аденокарцинома) была выполнена радикальная резекция нижнегоризонтальной части ДПК и начальной части тощей кишки с лимфодиссекцией и позадиободочным дуоденоеюноанастомозом, приведшая к благоприятному исходу.

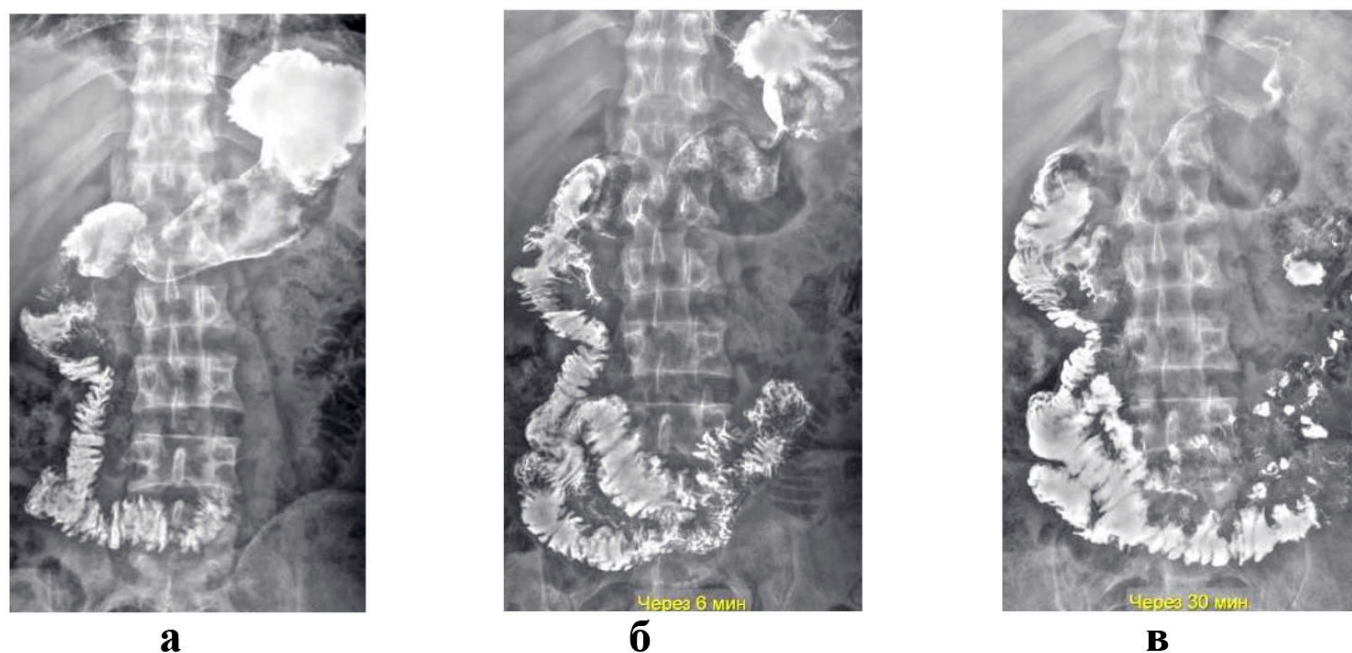


Рис. 2. Рентгеноконтрастное исследование ЖКТ после реконструктивной резекции части ДПК и тощей кишки с дуоденоеюноанастомозом бок в бок. Динамика эвакуации контрастного вещества из желудка через дуоденоеюноанастомоз в тощую кишку: а) исходная картина; б) через 5 минут; в) через 30 минут

Fig. 2. X-ray contrast study of the gastrointestinal tract after reconstructive resection of part of the duodenum and jejunum with a side-to-side duodenojejunosomy. Dynamics of evacuation of the contrast agent from the stomach through the duodenojejunosomy into the jejunum: a) initial picture; b) after 5 minutes; v) after 30 minutes

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Левин М.Д., Аверин В.Н., Дегтяров Ю.Г. Этиология и патогенез синдрома верхней брыжеечной артерии, гипотеза. Новости хирургии. 2023;31(4):277–287. Levin M.D., Averin V.N., Degtyarov Yu.G. Etiology and pathogenesis of superior mesenteric artery syndrome, hypothesis. Surgical News. 2023;31(4):277–287.
2. Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М., Абдуллин Р.С., Саргсян А.М. Артерио-мезентериальная дуоденальная компрессия. Медицинский вестник Башкортостана. 2017;12(4):127–133. Timerbulatov Sh.V., Timerbulatov V.M., Abdullin R.S., Sargsyan A.M. Arteriomesenteric duodenal compression. Medical Bulletin of Bashkortostan. 2017;12(4):127–133.
3. Студеникин Л.В. Хронические нарушения дуоденальной проходимости: современный взгляд на проблему. Пермский медицинский журнал. 2017;XXXIV(6):101–109. Studenikin L.V. Chronic disorders of duodenal patency: a modern look at the problem. Perm Medical Journal. 2017;XXXIV(6):101–109.
4. Nutahara D., Nagai K., Sofuni A., et al. Morphological study of the gastrointestinal tract around the ligament of Treitz using upper gastrointestinal radiography: Fundamental data for EUS-guided gastrojejunostomy. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2021;28(11):1023–1029. <https://doi.org/10.1002/jhbp.1018>
5. Синенченко Г.И., Серова Л.С., Коновалов С.В. Редкие формы непроходимости двенадцатиперстной и тонкой кишок (клиника, диагностика, лечение): учебно-методическое пособие. СПб НИИ скорой помощи имени И.И.Джанелидзе, СПб: Фирма «Стикс», 2015. - 32 с. Sinenchenko G.I., Serova L.S., Konovalov S.V. Rare forms of obstruction of the duodenum and small intestine (clinical presentation, diagnostics, treatment): a teaching aid. St. Petersburg Research Institute of Emergency Care named after I.I. Dzhanelidze, St. Petersburg: Firma "Stiks", 2015. - 32 p.
6. Загидулина А.Р. Клинический случай сложной диагностики опухоли тощей кишки в области связки Трейтца. Сбор. мат. Первого молодёжного межд. онкологического форума «ГОНКА». СПб, 2023. -С.23-24. Zagidulina A.R. Clinical case of complex diagnosis of a jejunal tumor in the area of the Treitz ligament. Collection of materials of the First Youth International Oncological Forum "GONKA". St. Petersburg, 2023. - Pp. 23-24.
7. Hanscom M., Schmidt A., Cherng N., et al. EUS-guided duodenojejunostomy for the nonsurgical management of duodenal obstruction in a patient with complicated postsurgical anatomy. Gastrointest Endosc. 2021;94(5):1010–1011. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2021.07.015>
8. Dibirov M.D., Khalidov O.K., Gadzhimuradov R.U., et al. Chronic duodenal obstruction due to high fixation of duodenojejunal transition and adhesive peritoneal disease. Khirurgiia (Mosk). 2017;(9):95–98. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2017995-98>
9. Hanscom M., Schmidt A., Cherng N., et al. EUS-guided duodenojejunostomy for the nonsurgical management of duodenal obstruction in a patient with complicated postsurgical anatomy. Gastrointest Endosc. 2021;94(5):1010–1011. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2021.07.015>

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

***Кадыров Давронжон Мухамеджанович** – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник ГУ “Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан”, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: davron.kadyrov.00@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-7752-8853

Табаров Зафар Валиевич – кандидат медицинских наук, заведующий отделением хирургии желудка и кишечника ГУ “Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан”, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: Z_tabarov@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-6848-6786

Кодиров Фарход Давронджонович – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник ГУ “Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан”, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: farhod.kadyrov@yandex.com

https://orcid.org/0000-0002-7107-6155

Сайдалиев Ширинджон Шарифович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1 ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино”, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: Aka.74@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-9819-8531

***Автор для корреспонденции**

FINANCING

There was no financial support.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Kadyrov Davronjon Mukhamedjanovich – Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher State Institution “Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan”, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: davron.kadyrov.00@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-7752-8853

Tabarov Zafar Valievich – Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Stomach and Intestinal Surgery State Institution “Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan”, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: Z_tabarov@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-6848-6786

Kodirov Farhod Davronjonovich – Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher State Institution “Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan”, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: farhod.kadyrov@yandex.com

https://orcid.org/0000-0002-7107-6155

Saidaliev Shirinjon Sharifovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Surgical Diseases N1 State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: Aka.74@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-9819-8531

***Author for correspondence**