

DOI: 10.17238/issn2223-2427.2019.2.11-14

УДК 617-089.844

© Графов А.К., Шевердин Н.Н., Мошкин А.С., Алексеев А.Г., 2019

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИЛОРИЧЕСКОГО СФИНКТЕРА И СИНДРОМА ШМИДЕНА

А.К. ГРАФОВ^{1,a}, Н.Н. ШЕВЕРДИН^{2,b}, А.С. МОШКИН², А.Г. АЛЕКСЕЕВ²¹БУЗ Орловской области «Краснозороенская ЦРБ», Орловская область, пос. Красная заря, 303650, Россия²Кафедра анатомии, оперативной хирургии и медицины катастроф, Медицинский институт, ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева», Орел, 302028, Россия

Резюме: Важное место в абдоминальной хирургии занимают методы восстановления эвакуаторной и барьерной функции пилорического сфинктера при лечении осложнений язвенной болезни желудка, постхолецистэктомического синдрома, желчнокаменной болезни, рефлюкс гастрита и синдрома Шмидена. В данной статье приводится клинический случай пациентки, больной язвенной болезнью декомпенсированного пилоростеноза, пилорического сфинктера и способ его оперативного лечения.

Ключевые слова: недостаточность пилорического сфинктера, синдром Шмидена, арефлюксная пилоропластика.

THE QUESTION OF SURGICAL TREATMENT OF INSUFFICIENCY OF PILOR SPHINCTER AND SHMIDEN'S SYNDROME

GRAFOV A.K.^{1,a}, SHEVERDIN N.N.^{2,b}, MOSHKIN A.S.^{2,c}, ALEKSEEV A.G.^{2,c}¹Budget institution of health care of Orel region "Krasnozorenk central district hospital", Orel region, village of Krasnaya Zarya, 303650, Russia²Department of anatomy, operative surgery and disaster medicine, Medical Institute, "Orel State University named after I.S. Turgenyeva", Orel, 302028, Russia

Summary: Methods of restoring the evacuation and barrier function of the pyloric sphincter in treating complications of gastric ulcer, duodenal ulcer, and postcholecystectomy syndrome, cholelithiasis, gastritis reflux and Schmieden's syndrome play an important role in abdominal surgery. This article presents a clinical case of a patient with a duodenal ulcer with the development of decompensated pyloric stenosis due to pyloric sphincter insufficiency and the method of its surgical treatment.

Key words: pyloric sphincter insufficiency, Schmieden's syndrome, areflux pyloroplasty.

Введение

За последние 15 лет хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и ее осложнений с каждым годом становится реже, что является отрядным фактом [1,2]. Тем не менее, до настоящего времени, вопрос о хирургическом лечении пилородуоденального стеноза остается актуальным. Пилородуоденальный стеноз встречается наиболее часто в качестве осложнения язвенной болезни, достигая при этом 10-20%, и служит показанием к оперативному лечению [3]. Наиболее часто при этом используют резекцию желудка и ваготомию с дренированием желудка [4]. Современные способы оперативного лечения осложнённой язвен-

ной болезни двенадцатиперстной кишки зачастую сложны, с высокой вероятностью повреждения желчных протоков, поджелудочной железы и сосудов, что требует их усовершенствования и снижения травматичности [5]. Большинство авторов считают необходимым использовать органосохраняющие операции при компенсированном и субкомпенсированном дуоденальном стенозе. В случаях развития декомпенсации предпочтения отводят экономной резекции желудка с ваготомией или резекции 2/3 по стандартным методикам [1,4]. В настоящее время усовершенствована техника лечения язвы с выполнением пластики пилоруса с резекцией желудка и ваготомией, что не дало возможности полностью исключить летальность и послеоперационные осложнения. [6]. В связи с этим возникла необходимость применения в хирургической практике новых способов оперативного лечения больных с недостаточностью пилорического сфинктера.

^a E-mail: a.grafov@list.ru^b E-mail: nsheverdin81@mail.ru^c E-mail: kafedra.anatomiiOGU@yandex.ru

В нашем наблюдении описан случай оперативного лечения женщины с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом пилоруса и развитием явлевой декомпенсации.

Пациентка 46 лет была госпитализирована 26.03.2002 г. в хирургическое отделение. Был установлен диагноз язвенной болезни, осложненной стенозом привратника в стадии декомпенсации. В анамнезе отмечалась желчнокаменная болезнь, осложненная хроническим калькулезным холециститом - около десяти лет. По поводу данного заболевания произведена холецистэктомия в 1999 году. Спустя один год после операции появились боли в эпигастрии, с последующей рвотой, возникающей после приема пищи. В дальнейшем, находилась на лечении у терапевта по месту жительства с диагнозом: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК), постхолецистэктомический синдром. При этом, за последние полгода ею было отмечено ухудшение состояния: боль стала постоянной, рвота участилась. За этот период больная похудела на 8 кг. Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), при которой выявлен отек слизистой оболочки, больше в антральном отделе желудка, а также точечные кровоизлияния на слизистой по окружности пилорического сфинктера. Провести конец зонда в луковицу ДПК за привратник не представилось возможным. Произведена рентгеноскопия желудка. Раствор бария остаётся в желудке. При повторном рентгенологическом исследовании через сутки большая часть раствора бария обнаружена в желудке и следы бария в тонком кишечнике. Больной 30.03.2002 г. выполнена верхнесрединная лапаротомия, в ходе которой рассечены спайки в подпечёночном пространстве и произведен висцеролиз верхне-горизонтальной части ДПК. В области привратника выявлено эластическое образование округлой формы не пропускающее указательный палец со стороны желудка. При натяжении передней стенки желудка и давлении пальцем со стороны луковицы ДПК образование в области пилорического сфинктера расправилось, через пилорический канал стал легко проходить палец в полость желудка. В ДПК через желудок введен зонд. Привратник со стороны большой и малой кривизны мобилизован. В области привратника и стенки желудка по большой кривизне произведены три циркулярных косых разреза без рассечения мышечного и слизистого слоев сфинктера. Первым рядом наложены серо-серозные циркулярные швы, затем вторым рядом - серозно-мышечные узловы швы. С использованием поливинилового зонда проведена назогастродуоденальная интубация. Выполнено дренирование брюшной полости в правом подреберье. В завершении операции проведен контроль гемостаза, с послойным ушиванием операционной раны. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии 11.04.2002 г. на 16 день после госпитализации. При ФГДС, выполненной 21.09.2002 г. признаков гастрита и дуоденога-

стрального рефлюкса не отмечено. В области привратника определялась гиперемия, диаметр канала 15 мм. В результате проведенной 22.09.2002 г. рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки желудок и область привратника не изменены, обычных размеров, эвакуация контраста из желудка проходила порционно ориентировочно в течение 1,5 часа.

Через год после операции повторно выполнены ФГДС и рентгеноскопия желудка. В результате проведенных исследований признаков стеноза и недостаточности пилоруса не отмечено, перистальтика и эвакуация содержимого из желудка не нарушены.

Результаты и их обсуждение.

Способ заключается в осуществлении поперечной гастродуоденопластики, а также в восстановлении передней полуокружности пилорического сфинктера сшиванием стенок желудка и двенадцатиперстной кишки. Проводится три циркулярных разреза. Первый разрез серозной оболочки выполняется по малой кривизне и нижнему краю сфинктера, затем по его середине к большой кривизне желудка. Следующее рассечение стенки проводят по малой кривизне от середины сфинктера и по большой кривизне к его верхнему краю в проксимальном направлении отступя около 1 см. от сфинктера. Все разрезы проходят через сфинктер, при этом рассекается только серозная оболочка, а на желудке - серозная и мышечная. Затем накладываем два ряда швов. Первый ряд составляют серо-серозные швы, инвагинирующие второй разрез. Второй ряд выполняется узловыми, серозно-мышечными швами, которыми ушивают первый и третий разрезы, погружающие в просвет желудка и привратника сформированную клапанную заслонку. При этом образовавшаяся верхняя складка заслонки меньше чем нижняя.

Следует отметить, что циркулярная складка сфинктера привратника обеспечивает для него клапанную функцию, тем самым предотвращая развитие синдрома Шмидена.

При данном методе проводится инструментальная и мануальная ревизия гастродуоденального перехода. Диаметр канала должен составлять не менее 2 см. Мобилизация пилоруса проводится по малой кривизне с сохранением правой желудочной артерии. Также выполняется мобилизация пилоруса по большой кривизне желудка, не повреждая правую желудочно-сальниковую артерию. Производят три циркулярных, косых разреза серозной оболочки пилорического сфинктера и передней стенки желудка. При этом первый циркулярный разрез идет по малой кривизне желудка от нижней поверхности пилоруса к большой кривизне по направлению к середине жома. Следующий разрез выполняется по малой кривизне от середины жома к верхнему краю по большой кривизне. Заключительный разрез проходит по верхнему краю пилоруса от малой к большой кривизне, проксимально отступя от сфинктера около 1 см. Разрезы проводят через пилорический сфинктер, рассекая только

серозный, а на желудке - серозно-мышечный слои и накладывают два ряда швов. Первым рядом серо-серозных циркулярных швов, ушивают второй разрез в области сфинктера. Вторым рядом узловых, серозно-мышечных швов - первый и третий циркулярные разрезы, инвагинируя в полость желудка и пилоруса заслонку в виде клапана. В таком случае сверху располагается меньшая складка у малой кривизны, а большая - у большой кривизны желудка. В завершении затягивают лигатуры, которыми была выполнена инвагинация первых швов в просвет желудка и двенадцатиперстной кишки. Циркулярная складка в области пилорического сфинктера придаёт ему клапанные свойства, препятствует соскальзыванию слизистой пилорического канала и предотвращает дуоденогастральный рефлюкс.

Таким образом, формируется по внутреннему периметру пилорического сфинктера циркулярная складка, которая выполняет роль клапана пилоруса. В случае повышения давления в двенадцатиперстной кишке клапан закрывается, а при более высоком градиенте давления в желудке происходит его открытие [7].

Заключение.

Данный способ арефлюксной пилоропластики, обеспечивает радикальное придание эффективной замыкательной функции пилорическому сфинктеру и способствует профилактике синдрома Шмидена и дуоденогастрального рефлюкса.

Список литературы

1. Кульчиев А.А., Морозов А.А., Тедеев С.У., Галачиев С.М., Дзбоев Д.М. Хирургическое лечение рубцово-язвенного стеноза пилородуоденального канала // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2015. №3-4. С. 62-70.
2. Дурлештер В.М., Дидигов М.Т., Ключников О.Ю. Способ бульбодуоденопластики при осложненной хронической язве задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2014. № 4. С. 11-14.
3. Горбунов В.Н., Чернооков А.И., Столярчук Е.В. Результаты экономной резекции желудка в сочетании с комбинированной ваготомией культи в хирургическом лечении осложнённых язв привратника // Успенские чтения. 2015. №8. С. 87-88.
4. Белоногов Н.И., Валька Е.Н., Янголенко В.В. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение // Медицинский альманах. 2011. №2(15). С. 70.
5. Косенко П. М., Вавринчук С. А. Современные аспекты оптимизации диагностики и хирургического лечения рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки // Молодой ученый. 2019. №8. С. 34-48.
6. Шабанова Н.Е., Дурлештер В.М., Корочанская Н.В. и др. Результаты хирургических антирефлюксных операций у пациентов с некоронарогенными проявлениями рефлюкс-эзофагита // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2015. № 3-4. С. 13-18.
7. Графов А.К., Швердин Н.Н., Халилов М.А., Алексеев А.Г., Товаченков В.И. Патент РФ на изобретение №2663388 / 03.08.2018.

Способ арефлюксной пилоропластики при недостаточности пилорического сфинктера и синдроме Шмидена.

References

1. Kulchiev A.A., Morozov A.A., Tedeev S.U., Galachiev S.M., Dzboev D.M. Surgical treatment of scar-ulcerative stenosis of the pyloroduodenal canal. *Bulletin of surgical gastroenterology*, 2015, No.3-4, pp. 62-70. [In Russ].
2. Durlshter V.M., Didigov M.T., Klyuchnikov O.Yu. The method of bulboduodenoplasty with complicated chronic ulcer of the posterior wall of the duodenal bulb. *Surgery*, 2014, No.4, pp. 11-14. [In Russ].
3. Gorbunov V.N., Chernokov A.I., Stolyarchuk E.V. The results of economical gastrectomy in combination with combined stump vagotomy in the surgical treatment of complicated pyloric ulcers. *Uspenskie readings*, 2015, No.8, pp. 87-88. [In Russ].
4. Belonogov N.I., Valyka E.N., Yangolenko V.V. Complications of gastric ulcer and duodenal ulcer and their surgical treatment. *Medical Almanac*, 2011, No.2 (15), pp. 70. [In Russ].
5. Kosenko P.M., Vavrinchuk S.A. Modern aspects of optimization of diagnostics and surgical treatment of cicatricial-ulcerative duodenal stenosis. *Young scientist*, 2019, No.8, pp. 34-48. [In Russ].
6. Shabanova N.E., Durlshter V.M., Korochanskaya N.V. et al. Results of surgical antireflux surgeries in patients with non-coronarogenic manifestations of reflux esophagitis. *Surgical Gastroenterology Bulletin*, 2015, No.3-4, pp.13-18. [In Russ].
7. Grafov A.K., Sheverdin N.N., Khalilov M.A., Alekseev A.G., Tovachenkov V.I. The patent of the Russian Federation for the invention №2663388 / 03.08.2018. The method of reflux pyloroplasty with pyloric sphincter insufficiency and Schmieden syndrome. [In Russ].

Сведения об авторах

Графов Александр Кимович – профессор, д.м.н., врач-хирург БУЗ Орловской области «Краснозоренская ЦРБ», ул. Ленина, д.5, Орловская область, пос. Красная заря, 303650, Россия. E-mail: a.grafov@list.ru

Швердин Николай Николаевич – к.м.н, доцент кафедры анатомии, оперативной хирургии и медицины катастроф, Медицинский институт, ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева», ул. Октябрьская, д. 25, Орел, 302028, Россия. E-mail: nsheverdin81@mail.ru

Мошкин Андрей Сергеевич – к.м.н, доцент кафедры анатомии, оперативной хирургии и медицины катастроф, Медицинский институт, ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева», ул. Октябрьская, д. 25, Орел, 302028, Россия. E-mail: kafedra.anatomiiOGU@yandex.ru

Алексеев Александр Геннадьевич - к.м.н, доцент, зав. каф. анатомии, оперативной хирургии и медицины катастроф, Медицинский институт, ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева», ул. Октябрьская, д. 25, Орел, 302028, Россия. E-mail:kafedra.anatomiiOGU@yandex.ru

Ответственный за переписку

Швердин Николай Николаевич, адрес: 302028, Россия, г. Орел, ул. Октябрьская, д. 25 тел. (4862) 43-21-87, +7-920-810-11-40. E-mail: nsheverdin81@mail.ru

Information about the authors

Grafov Alexander Kimovich - professor, MD, surgeon of budget institution of health care of Orel region “Krasnozorensk central district hospital”, Lenina St.,5, Orel region, village of Krasnaya Zarya, 303650, Russia. E-mail:a.grafov@list.ru

Sheverdin Nikolai Nikolaevich – PhDs in Medicine, associate professor of the department of anatomy, operative surgery and disaster medicine, Medical Institute, “Orel State University named after I.S. Turgeneva”, Oktyabrskaya St.,25, Orel, 302028, Russia. E-mail: nsheverdin81@mail.ru

Moshkin Andrey Sergeevich – PhDs in Medicine, associate professor of the department of anatomy, operative surgery and disaster medicine, Medical Institute, “Orel State University named after I.S. Turgeneva”, Oktyabrskaya St.,25, Orel, 302028, Russia. E-mail:kafedra.anatomiiOGU@yandex.ru

Alekseev Alexander Gennadievich – PhDs in Medicine, associate Professor, head of department of anatomy, operative surgery and disaster medicine, Medical Institute, “Orel State University named after I.S. Turgeneva”, Oktyabrskaya St., 25, Orel, 302028, Russia E-mail:kafedra.anatomiiOGU@yandex.ru

Correspondent

Sheverdin Nikolai Nikolaevich, address: 302028, Russia, Orel, Oktyabrskaya St., 25, phone: 8(4862) 43-21-87, + 7-920-810-11-40. E-mail: nsheverdin81@mail.ru