

Способ относится к медицине, а именно к желудочно-кишечной хирургии, и может быть использован для лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК), осложненной перфорацией, в токсической фазе разлитого перитонита.

Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, представляет одну из сложных и нерешенных проблем неотложной гастроэнтерологии.

Наиболее близким является способ хирургического лечения язвы ДПК, который заключается в иссечении перфоративной язвы и выполнения стволовой ваготомии. Недостатком такого способа является то, что стволовая ваготомия действительно приводит к угнетению кислотно-пептического фактора, но при этом возникают нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта (парез кишечника, дуоденогастральный рефлюкс, демпинг-синдром), а также вызывает нарушения в гепатобиллиарной системе (дискинезия желчевыводительных путей).

Задачей изобретения является создание способа радикального хирургического лечения перфоративной язвы ДПК при гнойном перитоните в токсической фазе перитонита, который позволил бы повысить качество лечения за счет предотвращения указанных в способе-прототипе послеоперационных осложнений и осложнений, вызываемых спаечным процессом при повторных хирургических вмешательствах, а также сократить сроки лечения.

Поставленная задача решается тем, что в способе радикального хирургического лечения перфоративной язвы ДПК при гнойном перитоните в токсической фазе, включающем иссечение язвенного дефекта и выполнении ваготомии, операцию по иссечению язвенного дефекта завершают закрытой лапаростомой, затем выполняются плановые санации органов брюшной полости до купирования токсической фазы гнойного перитонита и при его достижении осуществляют селективную проксимальную ваготомию. Совокупность и последовательность операций позволяет:

1 - радикально излечить язву за 1 этап пребывания больного в стационаре, исключая последующие отсроченные оперативные вмешательства и послеоперационное медикаментозное лечение;

2 - исключить развитие осложнений, сопровождающих стволовую ваготомию (как в способе прототипе), которые требуют дальнейшего медикаментозного лечения, ограничений в диете и могут приводить к необходимости повторного хирургического вмешательства по поводу рецидива язвы, которое существенно осложняется наличием спаечного процесса после первой операции;

3 - сократить сроки лечения прободной язвы ДПК при разлитом перитоните в его токсической фазе.

Способ осуществляется следующим образом.

Производят верхнюю срединную лапаротомию, осуществляют ревизию органов брюшной полости и при наличии перфоративной язвы ДПК подтверждают диагноз: язвенная болезнь ДПК, осложненная перфорацией, разлитой перитонит, токсическая фаза. Затем иссекают перфоративное отверстие и производят дуодено или пилоропла-стику в зависимости от расположения язвы. Завершается операция закрытой лапаростомой. Через 24 часа производят санацию органов брюшной полости, удаление фибриновых налетов, пленок, удаляют скопившейся экссудат, производят контроль герметичности линии пластики и снова завершают операцию закрытой лапаростомой. Через 48 часов производят очередную санацию брюшной полости и, убедившись в купировании токсической фазы перитонита, производят радикальное органосохраняющее патогенетически обоснованное лечение язвенной болезни ДПК, методом выполнения селективной проксимальной ваготомии.

Предлагаемый способ был апробирован в КНПО СМП и МК и дал удовлетворительные результаты. В качестве примера приводится выписка из истории болезни № 2061 больного Н. 34 лет, который поступил в клинику 06.02.1995 года в ургентном порядке с жалобами на боли в эпигастриальной области, которые возникли внезапно 18 часов назад, слабость, вялость, сухость во рту. У больного заподозрили перфоративную язву. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости выявлен свободный газ. Больному 06.02.1995 года произведена верхняя срединная лапаротомия, во время которой обнаружены перидуоденит, перфоративную язву по передней стенке ДПК в диаметре до 1,5 см с выраженным околязвенным инфильтратом. Язва находилась на 2 см ниже привратника, в брюшной полости было до 1 литра фибринозно-гнойного содержимого. Последнее удалено, брюшная полость санирована и дренирована. ДПК выделена из спаек, мобилизована по Кохеру, произведена радикальная дуоденопластика 1 рядным швом с использованием прецизионной техники. Операция закончена мало-женным закрытой лапаростомой. 07.02.1995 года произведена плановая релапаротомия во время которой произведена санация брюшной полости, разъединение и удаление фибриновых пленок, санация экссудата скопившегося между петлями тонкой кишки, контроль состоятельности линии дуоденопластики. Проведение радикального оперативного вмешательства было невозможным ввиду тяжелого состояния больного, хотя имело место динамическое улучшение состояния больного как субъективно до операции, так и объективно с учетом клинических, биохимических и лабораторных критериев. Операция закончена наложением закрытой лапаростомы. 09.02.1995 года произведена очередная плановая релапаротомия, во время которой была установлена стабилизация париетальной и висцеральной брюшины, купирование разлитого перитонита, отсутствие скопления экссудата, функционирование дренажей. Выполнена селективная проксимальная ваготомия с фундопликацией по Ниссену. Брюшная полость санирована, осушена, ушита наглухо. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан домой на 15 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Обследован через год, чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет, медикаментозно не лечился.

Таким образом, предложенный способ позволяет радикально излечить прободную язву ДПК, осложненную перитонитом в токсической фазе, за один этап пребывания больного в стационаре, повысить качество лечения за счет исключения послеоперационных осложнений, и сократить его сроки.