

Способ относится к медицине, а именно, к желудочно-кишечной хирургии и может быть использован для лечения околососочковых язв двенадцатиперстной кишки (ДПК), осложненных, например, пенетрацией в поджелудочную железу (ПЖЖ) или кровотечением.

Наиболее близким к заявляемому способу является "Способ формирования культи ДПК при резекции желудка", включающий резекцию желудка, ушивание культи ДПК с помощью трансплантата, покрытие трансплантатом язвенной поверхности, его фиксацию к краям язвенного кратера и последующее наложение анастомозов. Однако, при использовании этого способа для лечения околососочковых осложненных язв целостность БДС, а, следовательно, и его функция может быть нарушена при подшивании трансплантата к краю язвенного дефекта.

Задачей изобретения является создание способа хирургического лечения околососочковых осложненных язв ДПК, который обеспечивал бы эффективное заживление язв при сохранении функции БДС.

Поставленная задача решается тем, что, в способе хирургического лечения околососочковых осложненных язв ДПК, включающих резекцию желудка, ушивание культи ДПК с помощью трансплантата, покрытие трансплантатом язвенного кратера с последующей фиксацией к краям последнего и наложением анастомозов, ДПК резецируют по нижней полукружности язвы, затем стенку БДС рассекают в направлении к язвенному кратеру, сшивают заднюю стенку трансплантата с задней стенкой ДПК и прилегающими краями рассеченного сосочка, а его переднюю стенку с передней стенкой ДПК.

При таком подходе рассеченная стенка БДС обеспечивает более широкий просвет для выхода желчи, что предотвращает нарушение ее пассажа и возникновение непроходимости БДС, т.е. обеспечивает полное сохранение его функции. Кроме того, предупреждает рубцевание тканей сосочка вследствие свободного прохода секрета, что способствует более быстрому заживлению линии анастомоза трансплантат - ДПК.

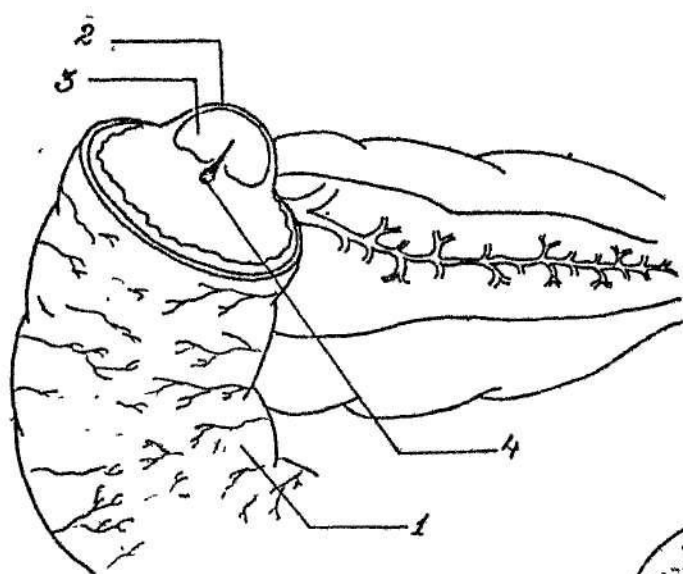
Осуществление способа иллюстрируется чертежом, где на фиг. 1а показан резецированный участок ДПК 1 с линией резекции 2 околососочковой язвы 3 и с рассеченным большим дуоденальным сосочком 4, а на фиг. 1б - участок сшитой задней стенки трансплантата 5 с задней стенкой ДПК 1 и прилегающими краями БДС.

Способ осуществляется следующим образом.

Производят верхнюю срединную лапаротомию. Осуществляют ревизию органов брюшной полости и при наличии язвенного инфильтрата, язвенной деформации ДПК подтверждают диагноз язвенной болезни ДПК околососочковой локализации с пенетрацией в поджелудочную железу, ДПК мобилизуют по Кохеру и в зоне язвы выполняют поперечную дуоденотомию передней стенки. Устанавливают точную локализацию язвы, ее размеры, степень пенетрации, взаимоотношение язвы с большим дуоденальным сосочком и состояние последнего. Для наглядности локализации БДС его катетеризируют зондом Фогарти. Производят резекцию 2/3 желудка и ДПК 1 и по нижней полукружности язвы 2 оставляют участок язвы 3, пенетрирующей в поджелудочную железу. Рассекают стенку БДС 4 в проксимальном направлении. Резецируют участок тонкого кишечника (8-10 см) с интактной васкуляризацией. Трансплантат перемещают к дуоденотомическому отверстию. Заднюю стенку трансплантата 5 пришивают к

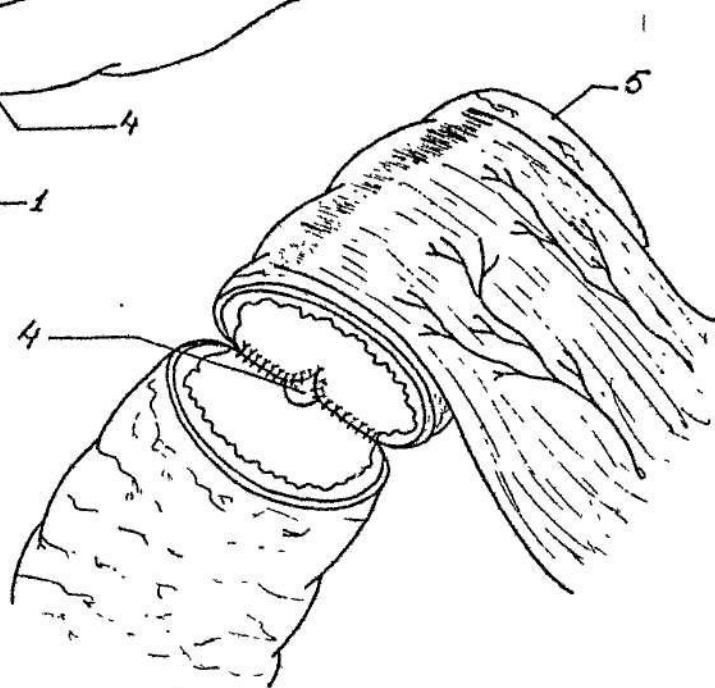
задней стенке ДПК 1 и к краям рассеченной стенки БДС 4. После этого с дорсальной стороны верхний край язвы пришивают к задней стенке трансплантата. Переднюю стенку трансплантата пришивают к передней стенке ДПК, культю трансплантата ушивают наглухо. Между желудком и проксимальным концом открытой тощей кишки формируют гастроеюноанастомоз, а дистальнее накладывают анастомоз "конец в бок" между донцом ДПК и тощей кишкой (перечисленные выше операции, вследствие их известности, на рисунке не показаны).

Предлагаемый способ был апробирован в КНПО СМП и МК и дал удовлетворительные результаты. В качестве примера конкретного выполнения приводится выписка из истории болезни № 5792 больного С, 39 лет, который поступил в клинику 10.01.1995 с жалобами на боли в эпигастриальной области, тошноту, рвоту "кофейной гущей", слабость, вялость, головокружение. Страдает язвой около 3 лет, лечился консервативно с временными улучшениями. Диагноз: язвенная болезнь, околососочковая язва ДПК, осложненная кровотечением 2 степени тяжести. Операция (12.01.1995 г): при ревизии обнаружена заампульная околососочковая язва диаметром 1-1,5 см, пенетрирующая в головку поджелудочной железы. Произведена мобилизация ДПК по Кохеру, резекция 2/3 желудка и ДПК по нижней полукружности язвы, оставлен участок язвы, пенетрирующий в головку поджелудочной железы. Стенка БДС рассечена в проксимальном направлении. Резецирован участок тощей кишки (8-10 см) с интактной васкуляризацией, задняя стенка трансплантата пришита к задней стенке ДПК и к прилегающим краям рассеченного БДС. Передняя стенка ДПК пришита к передней стенке трансплантата, открытый край трансплантата ушит наглухо. Между желудком и участком тощей кишки наложен гастроеюноанастомоз, а между ДПК дуоденоюноанастомоз. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан домой на 14 суток после операции в удовлетворительном состоянии. Обследован через 1 год: чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет, прибавил в весе 3 кг.



a

b



фиг. 1.