

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии.

Известен способ дуоденопластики при хирургическом лечении язвы двенадцатиперстной кишки (В.И. Оноприев, 1984)[1], заключающийся в поперечной дуоденотомии с сохранением привратника, иссечении язвы и рубцов, сшивании стенки двенадцатиперстной кишки в поперечном направлении с перитонизацией линии шва прядью сальника.

Однако, при выраженном дуоденогастральном рефлюксе и недостаточной функции пилорического жома (последний дилатирован), наблюдаемых (как правило) при стенозирующих дуоденальных язвах, этот вид дуоденопластики далеко не всегда приводит к исчезновению ДГР в послеоперационном периоде.

Наиболее близким к заявляемому является способ лечения язвы двенадцатиперстной кишки с выполнением дуоденопластики и перемещением сфинктера привратника в подслизистый слой стенки антрального отдела желудка (Н.И. Тутченко и соавт., 1990) [2], избранный нами в качестве прототипа.

Вместе с тем как аналог так и прототип обладают следующими недостатками:

а) не обеспечивается профилактика дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) при дилатированном привратнике и наличии дистального бульбарного язвенного стеноза;

б) не обеспечивается профилактика ДГР, когда утрачена функция привратника в результате его интраоперационного повреждения либо последующего рубцевания.

Сохранение ДГР приводит к снижению защитных свойств стенки антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки и повышает вероятность рецидива язвы в послеоперационном периоде.

Задачей изобретения является снижение частоты дуоденогастрального рефлюкса и последующего рецидива язвы в отдаленном послеоперационном периоде.

Сущность предлагаемого способа заключается в создании дополнительного клапана ниже пилорического жома при выполнении "клапанной" дуоденопластики с использованием "клапанного шва".

Создание дополнительного клапанного механизма в виде рефлюксной дуоденопластики препятствует ДГР и тем самым улучшает функциональные результаты оперативного вмешательства.

Наличие указанных отличительных признаков по сравнению с прототипом подтверждает их существенность и служит основанием к представлению предлагаемого способа в качестве изобретения.

Способ поясняется графически, где на фиг. 1 показана мобилизация 12-перстной кишки по Кохеру; на фиг. 2 - дуоденотомия с иссечением язвы и рубцов; на фиг. 3 - первый этап наложения комбинированного клапанного шва; на фиг. 4 - окончательный этап наложения комбинированного клапанного шва; на фиг. 5 - завязывание швов с формированием клапанной дуоденопластики; на фиг. 6 - выполнение СПВ и эзофагофундопликации.

Способ осуществляется следующим образом.

После выполнения лапаротомии, уточнения локализации язвы (3) по отношению к пилорическому жому (1), мобилизуют двенадцатиперстную кишку (2) по Кохеру (фиг. 1), выполняют поперечную дуоденотомию (4) с иссечением язвы (3) и рубцов (фиг. 2); затем сшивают образовавшийся дефект в двенадцатиперстной кишке (2) с формированием арефлюксной складки в виде клапана ниже пилорического жома (1), осуществляя вкол со стороны серозной оболочки проксимального лоскута (5) стенки дуоденума с выколом в подслизистом слое, после чего вкол дистального лоскута (6) происходит вначале на границе слизистой и подслизистой с выколом на серозной оболочке дистального лоскута на расстоянии 2мм от края (фиг. 3); после этого нити перекрещивают восьмьюобразно с созданием одного узла, а концом нити (8), идущей после выкола из дистального лоскута, делают стежок на проксимальном лоскуте (5) на расстоянии 2-3мм от первого вкола; другим концом нити (7), которым начинался шов вкол в проксимальный лоскут (5), производят два стежка на дистальном лоскуте (6) на расстоянии 3-5мм друг от друга (фиг. 4); последовательно накладывают такие швы на дуоденотомическое отверстие на всем протяжении на расстоянии 3мм друг от друга с использованием атравматического шовного материала, и последовательно их завязывают один за другим (фиг. 5). Оперативное вмешательство дополняют, как правило, селективной проксимальной ваготомией (10) с эзофагофундопликацией (11) (фиг. 6).

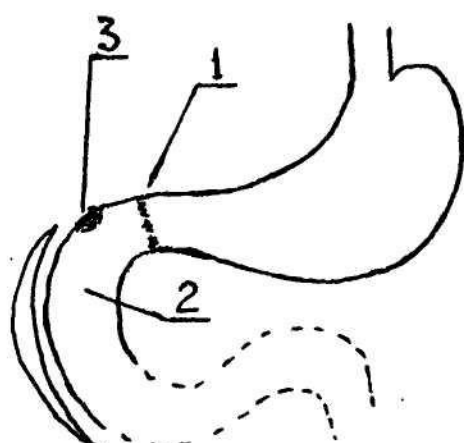
Примеры конкретного выполнения.

Пример 1. Больной Л., 43 лет. Ист.бол. №10809, поступил в клинику по поводу язвенного кровотечения 28.09.95 г. Пятилетний язвенный анамнез. При эндоскопическом исследовании обнаружена язва на верхней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки без продолжающегося кровотечения, в полости желудка около 150 мл секреторной жидкости с примесью желчи. После подготовки 11.10.95 г. операция в отсроченном периоде. Обнаружен язвенный инфильтрат диаметром 1,0см на передневерхней стенке на расстоянии 1,0см от пилорического жома. Выполненная селективная проксимальная ваготомия с эзофагофундопликацией, и дуоденопластика с иссечением язвы. Дуоденопластика произведена в клапанном варианте. При ревизии области связки Трейца обнаружено нормальное положение дуоденоюнального перехода. В послеоперационном периоде при контрольном эндоскопическом исследовании через три месяца признаков дуоденогастрального рефлюкса нет. Осмотрен через восемь месяцев, жалоб не предъявляет, работает по специальности.

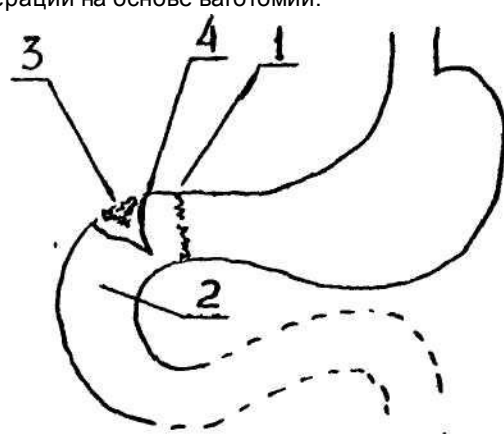
Пример 2. Больная Ф., 20 лет. Ист.бол. №13006, доставлена в клинику по скорой помощи по поводу желудочно-кишечного кровотечения 21.09.95 г. Фиброгастродуоденоскопия указала на наличие язвы луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 0,8см с тромбированными сосудами на дне. После остановки кровотечения 1.12.95 выполнено оперативное вмешательство, во время которого язва на передней стенке луковицы 1,5см в диаметре, находящаяся на 0,8см ниже пилорического жома, иссечена. В связи с тем, что пилорус несколько дилатирован, выполнена клапанная дуоденопластика. Она дополнена СПВ с эзофагофундопликацией и операцией Стронга-Витебского. Послеоперационное течение гладкое. Обследована через полгода. Признаков ДГР нет, самочувствие хорошее, жалоб не предъявляет.

По заявляемому способу оперировано трое больных, а по способу прототипу - 12. В результате наблюдений было установлено, что предлагаемый способ значительно более эффективен в хирургическом лечении осложненных дуоденальных язв.

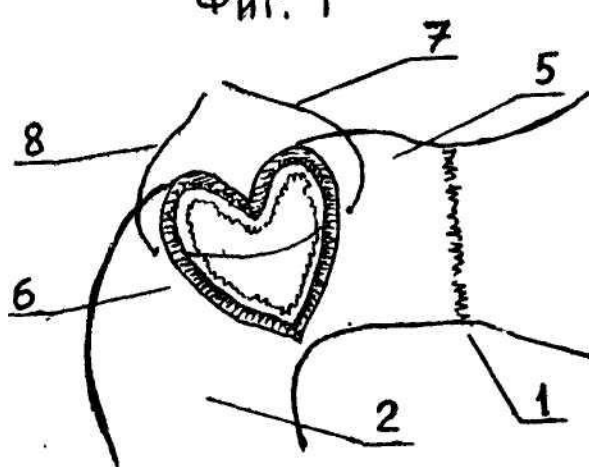
Предлагаемый способ реализует новый подход в пластике двенадцатиперстной кишки при недостаточной функции пилорического жома (дилатированный привратник) и позволяет снизить частоту дуоденогастрального рефлюкса, улучшить ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения дуоденальных язв с использованием органосберегающих операций на основе ваготомии.



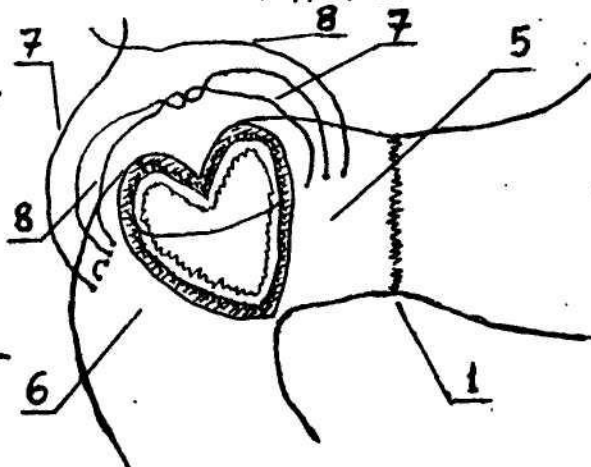
Фиг. 1



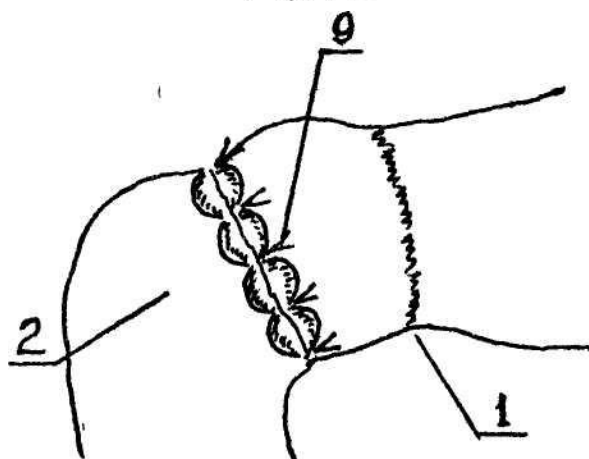
Фиг. 2



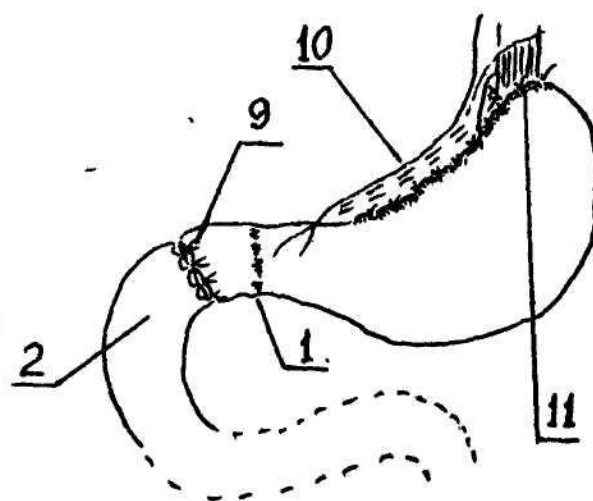
Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6