

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической гастроэнтерологии, и может быть использовано в лечении больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ДПК), а более точно язвами, локализирующимися за пилорическим жомом (ПЖ).

Локализация язвы в луковице ДПК составляет 94% [1]. В настоящее время лечение неосложненной язвенной болезни ДПК является приоритетом терапевтов. Однако, длительное консервативное лечение некоторыми противоязвенными препаратами неминуемо ведет к рубцовой деформации луковицы ДПК, что проявляется клинической картиной стеноза. Это патологическое состояние требует хирургической коррекции. Если, в целом, тактика хирургического лечения при стенозировании луковицы ДПК отработана (селективная проксимальная ваготомия (СПВ)+дуоденопластика) [2], все же возникают значительные технические трудности при локализации язвы сразу за привратником (подпилорические язвы). Наиболее распространенным в данном случае является выполнение гастродуоденопластики, в ходе которой при иссечении язвы неминуемо иссекается и ПЖ. Разрушение ПЖ увеличивает опасность развития демпинг-синдрома, диареи и ряда других послеоперационных функциональных расстройств [3]. Поэтому, с целью профилактики развития указанных осложнений, были разработаны оперативные методики, не нарушающие целостности ПЖ.

Известен способ гастродуоденопластики (стомии) по Jaboulay [4]. Суть операции заключается в том, что накладывают соустье между передней стенкой антрального отдела желудка и передней стенкой нисходящего отдела ДПК после ее мобилизации по Кохеру. Данная методика имеет существенные недостатки. Развитию послеоперационных функциональных расстройств способствует то, что устранение клинических проявлений стеноза осуществляется за счет создания нового пути эвакуации пищи из желудка в ДПК минуя ПЖ. В данном случае не происходит вмешательства на язве, что также чревато осложнениями.

Известен также способ гастродуоденопластики [3], суть которого заключается в следующем. В области максимального стенозирования ДПК язвай производят дуоденотомию, ПЖ исследуется со стороны слизистой оболочки визуально и пальпаторно для уточнения отношения ПЖ к язве. Иссечение язвы с воспалительным инфильтратом начинают с серозно-мышечного слоя послыно в поперечном направлении, сохраняя ПЖ. Выделенный ПЖ дилиатируют. Над обнаженным жомом в последующем выполняют пластическое закрытие дефекта тканей слизистой оболочки ДПК или желудка в поперечном направлении. Данная методика позволяет радикально иссечь язву, однако, развитию послеоперационных функциональных расстройств при подпилорических язвах ДПК способствует ушивание дефекта тканей над ПЖ; обширное выделение ПЖ разрушает прямые пилорические, экстрадуоденальные и пилорoduоденальные внутрстеночные нервные и сосудистые связи. Эта методика является единственной из известных, в ходе которой при радикальном иссечении язвы с воспалительным инфильтратом и последующем ушивании дефекта тканей, сохраняется целостность ПЖ. При этом не происходит сужения просвета ДПК. Этот способ и принят в качестве прототипа.

В основе заявленного изобретения лежит задача сохранения функции ПЖ за счет сбережения анатомической целостности ПЖ.

Достижимый технический результат заключается в снижении количества послеоперационных функциональных расстройств.

Поставленная задача достигается тем, что в известном способе гастродуоденопластики, включающем поперечное иссечение подпилорической язвы передней стенки ДПК с воспалительным инфильтратом и последующее ушивание дефекта тканей в поперечном направлении с сохранением ПЖ, согласно изобретению, дополнительно иссекают воспалительный инфильтрат под ПЖ в пределах слизистых оболочек ДПК и желудка, а дефект тканей ушивают через все слои дистальнее ПЖ и захватывая слизистый и мышечный слои проксимальнее ПЖ, после чего накладывают второй ряд серозно-мышечных швов дистальнее ПЖ, укрывая последний.

Отличительные признаки заявленного изобретения - иссечение подпилорической язвы ДПК с воспалительным инфильтратом без повреждения ПЖ и предложенная методика ушивания образовавшегося дефекта тканей, которые позволяют существенно снизить количество послеоперационных функциональных расстройств. Это объясняется тем, что иссечение воспалительного инфильтрата в области ПЖ производится со стороны слизистой оболочки желудка. Предложенная последовательность ушивания образовавшегося дефекта тканей (под ПЖ и над ним) сохраняет анатомическую целостность последнего, не нарушает прямых пилорических, экстрадуоденальных и пилорoduоденальных нервных и сосудистых связей, а также его функцию порционно эвакуировать пищу из желудка в ДПК. Судя по литературным данным ни при одном из известных способов гастродуоденопластики подпилорических язв не удавалось сохранить координационную функцию пилорoduоденального перехода. А именно воссоздание нормальных анатомических взаимоотношений в области ПЖ позволило сократить количество послеоперационных функциональных расстройств. В этом прослеживается новый подход в решении проблемы лечения подпилорических язв ДПК.

На фиг.1 показано схематическое изображение подпилорической язвы ДПК с воспалительным инфильтратом (заштрихован); на фиг.2 - этап иссечения язвы ДПК в поперечном направлении; на фиг.3 - этап наложения 1-го ряда швов (поперечный срез); на фиг.4 - этап наложения 2-го ряда швов (поперечный срез); на фиг.5 - конечный вид гастродуоденопластики.

Способ осуществляется следующим образом.

Выполняют верхнесрединную лапаротомию. Производят ревизию органов брюшной полости. При перфорации подпилорической язвы в брюшной полости определяют большое количество патологического экссудата. При стенозирующей подпилорической язве последнюю диагностируют по рубцовому втяжению стенки кишки. При наличии перитонита начинают операцию с вмешательства на язве, при отсутствии перитонита первой выполняют СПВ. Поперечным разрезом производят вскрытие просвета кишки в области язвы. Последнюю радикально иссекают с воспалительным инфильтратом. При иссечении воспалительного инфильтрата в области ПЖ инфильтрат удаляют в пределах слизистых оболочек ДПК и желудка без повреждения ПЖ. Накладывают 1-й ряд узловых швов в поперечном направлении через все слои дистальнее ПЖ и захватывая слизистый и мышечный слои проксимальнее ПЖ. Гастродуоденопластику оканчивают

накладыванием 2-го ряда серозно-мышечных швов дистальнее ПЖ. Производят лаваж брюшной полости растворами антисептиков, после чего ее осушают. В случае перитонита брюшная полость дренируется несколькими перчаточными дренажами, при отсутствии перитонита - одним перчаточным дренажем, подведенным к месту гастродуоденопластики.

Пример конкретного осуществления.

Больной С, история болезни № 10444.

Диагноз: Перфоративная язва ДПК, разлитой гнойно-фибринозный перитонит.

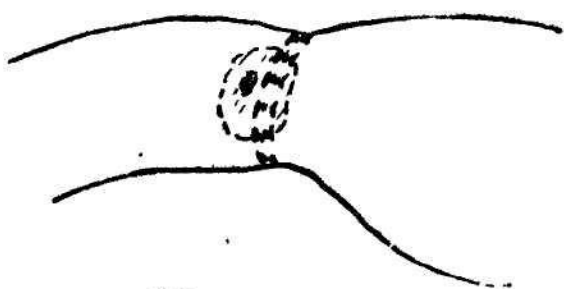
Операция: Лапаротомия, иссечение язвы ДПК, гастродуоденопластика, лаваж, дренирование брюшной полости.

Больной поступил в клинику 17.10.94 г. в 18.56 час. с жалобами на интенсивные боли в животе, тошноту, задержку стула, и газов. Заболел остро в 14.00 час, когда впервые появились указанные выше жалобы. Обратился к хирургу поликлиники, каретой скорой помощи доставлен в стационар. На протяжении многих лет страдает хроническим гастритом. Медикаментозно не лечился. Объективно: язык сухой, обложен белым налетом, пульс 100 уд. в 1 мин., АД = 100/60 мм рт.ст. Живот при пальпации напряжен (доскообразный), резко болезненный. С-м Щеткина-Блюмберга положительный. Обзорная рентгенография органов брюшной полости: свободный газ брюшной полости под правым куполом диафрагмы.

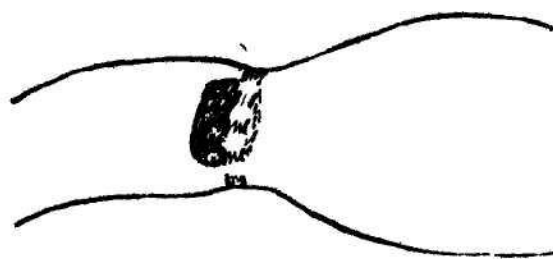
17.10.94 в 19.45 час выполнена операция верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости большое количество гноя с фибрином. Ревизия органов брюшной полости: по передней стенке ДПК сразу за пилорическим жомом имеется перфоративное отверстие 0,4 см в диаметре. Просвет ДПК расширен через перфоративное отверстие. Воспалительный инфильтрат распространяется на 0,5 см от краев язвы, вовлекая в процесс слизистую оболочку под ПЖ. Произведена иссечение язвы с воспалительным инфильтратом, причем под ПЖ последний иссечен в пределах слизистых оболочек ДПК и желудка. В поперечном направлении ушит дефект тканей путем накладывания узловых швов через все слои со стороны ДПК и захватывая слизистый и мышечный слои проксимальнее ПЖ. Наложены 2-й ряд серозно-мышечных швов над ПЖ и дистальнее его. Произведен лаваж брюшной полости растворами антисептиков (водный раствор хлоргексидина). Брюшная полость осушена и дренирована тремя перчаточными дренажами (1 - в области гастродуоденопластики, 2 - в малый таз, -3 - по левому фланку). Послеоперационное течение гладкое. В удовлетворительном состоянии 28.10.94 г. (11 суток) выписан на амбулаторное лечение. Контроль спустя 6 и 12 месяцев - жалоб нет. ФГДС - органической патологии не выявлено.

Способ апробирован в 1-м и 2-м хирургических отделениях ЦРКБ Зализничного района г. Киева. Поданной методике оперировано 15 больных. Результаты лечения сопоставлялись с результатами лечения больных с подпилорической язвой путем использования прототипа. Осложнений у больных, оперированных по заявленной методике, не наблюдалось. Судя по литературным данным (В.И.Оноприев, 1990) [3] при применении прототипа в послеоперационном периоде отмечено развитие демпинг-синдрома в 1,2% случаев.

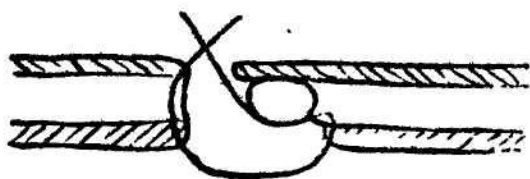
Как показала статистическая обработка с использованием таблицы Стьюдента, заявленный способ обеспечивает статистически достоверное снижение послеоперационных функциональных расстройств у больных с подпилорическими язвами ДПК ($P < 0,05$). Это обусловлено особенностями иссечения язвы с воспалительным инфильтратом, при котором сохраняются нормальные анатомические взаимоотношения в области ПЖ. Предложенная последовательность ушивания дефекта тканей позволяет ПЖ выполнять его основную координационную функцию в порционном продвижении пищи из желудка в ДПК.



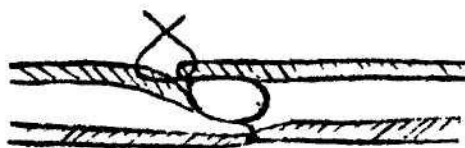
Фиг. 1



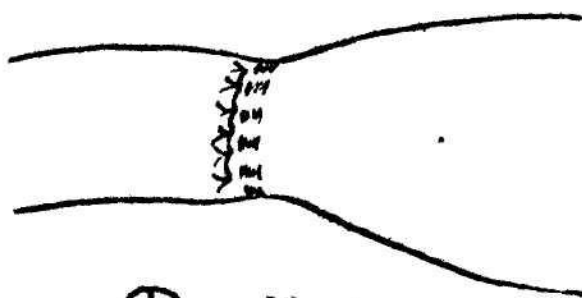
Фиг. 2.



Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5.