

Способ относится к медицине, а именно к хирургии.

Известен способ хирургического лечения околососочковых язв, заключающийся в ваготомии с пилоропластикой без вмешательства на язве (Курыгин А.А., 1976) [1].

Однако этот способ непригоден для лечения кровоточащих язв в области большого дуоденального соска поскольку: во-первых, отсутствие вмешательства на язве не дает стойкого гемостаза и тем самым не предотвращает рецидив кровотечения; во-вторых, проведение мер гемостаза прошиванием краев и дна кратера язвы опасно из-за возможности прошивания большого дуоденального соска и развития механической желтухи; в-третьих, высока вероятность возникновения послеоперационного панкреатита при лигатурном гемостазе на язве.

Наиболее близким к заявляемому является способ, избранный нами в качестве прототипа и заключающийся в выполнении СПВ, пилорoduоденопластики с выведением язвы из просвета кишки (Братусь В.Д., Фомин П.Д., Пацкань Б.М., 1994 [2]). Тем не менее, при анализе преимуществ и недостатков способа прототипа необходимо отметить следующее:

а) выведение из просвета кишечного канала кратера язвы, расположенной вблизи Фатерова соска, связано с угрозой его повреждения (травматизации, прошивания);

б) высок риск недостаточности швов в верхнем углу пилоропластики;

в) велика угроза развития послеоперационного панкреатита.

Задачей изобретения является создание способа, позволяющего снизить риск послеоперационных осложнений (недостаточность швов пилоропластики, механическая желтуха, послеоперационный панкреатит) и послеоперационной летальности.

Сущность заявляемого способа заключается в выполнении СПВ, поперечной пилорoduоденопластики с иссечением краев язвы, транспапиллярном дренировании холедоха через зону язвы, расположенной на Фатеровом соске, трансдуоденальном выведении наружного управляемого дренажа, заворачиванием краев стенки двенадцатиперстной кишки с тампонированием кратера язвы и наложением швов в верхнем углу пилорoduоденопластики с подхватыванием элементов гепатoduоденальной связки и серозной оболочки желчного пузыря.

Достижимый технический результат заключается в повышении надежности накладываемых швов при формировании верхнего угла пилоропластики, предупреждении развития послеоперационного панкреатита, механической желтухи, что в совокупности приводит к снижению послеоперационной летальности.

Поставленная задача решается тем, что в известном способе СПВ с эзофагофундопликацией и пилорoduоденопластикой, выведением язвы из просвета кишки, согласно изобретению производят транспапиллярное трансдуоденальное наружное дренирование холедоха, тампонируют кратер язвы краями верхней стенки двенадцатиперстной кишки с наложением гофрирующих полукисетных швов при формировании пилорoduоденопластики.

Способ поясняется чертежами, где показано: на фиг. 1 - СПВ с эзофагофундопликацией; на фиг. 2 - пилорoduоденопластика при юстапепиллярном расположении язвы с иссечением ее краев; на фиг. 3 - транспапиллярное дренирование холедоха с выведением дренажа трансдуоденально наружу в виде управляемого; на фиг. 4 - тампонируют кратер язвы мобилизованными лоскутами двенадцатиперстной кишки (дистальным и оральным); на фиг. 5 - наложение полукисетных гофрирующих швов с подхватыванием элементов гепатoduоденальной связки при формировании верхнего угла пилорoduоденопластики; на фиг. 6 - рассечение связки Трейца и низведение дуоденоюнального перехода.

Отличительными чертами заявляемого способа по сравнению с прототипом является выполнение трансдуоденального транспапиллярного наружного управляемого дренажа холедоха, тампонируют кратер язвы лоскутами верхней стенки двенадцатиперстной кишки с наложением полукисетных гофрирующих швов.

Наличие указанных отличительных признаков является существенным и служит основанием к представлению заявляемого способа в качестве изобретения.

Способ выполняется следующим образом.

После лапаротомии определяют местоположение язвы (1) и показания к выполнению СПВ (2) с пилоропластикой. Выполняют СПВ (2) с эзофагофундопликацией (3) (фиг. 1), затем производят пилорoduоденопластику и при обнаружении юстапепиллярного расположения язвы края ее иссекают (фиг. 2), выполняют транспапиллярное дренирование холедоха (4) с выведением дренажа (5) трансдуоденально наружу после наложения кисетного шва (6) на стенку двенадцатиперстной кишки и его затягивания вокруг дренажа (фиг. 3); после этого мобилизованными лоскутами двенадцатиперстной кишки (дистальным (7) и оральным (8)) тампонируют кратер язвы (фиг. 4) и формируют пилорoduоденопластику путем наложения полукисетных гофрирующих швов (9) начиная от верхнего угла с подхватыванием элементов гепатoduоденальной связки (10) и серозной оболочки прилегающей стенки желчного пузыря (11) (фиг. 5); рассекают связку Трейца и низводят дуоденоюнальный переход (фиг. 6).

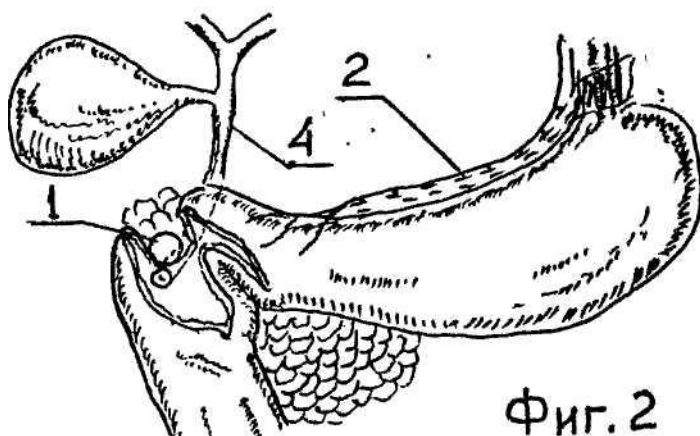
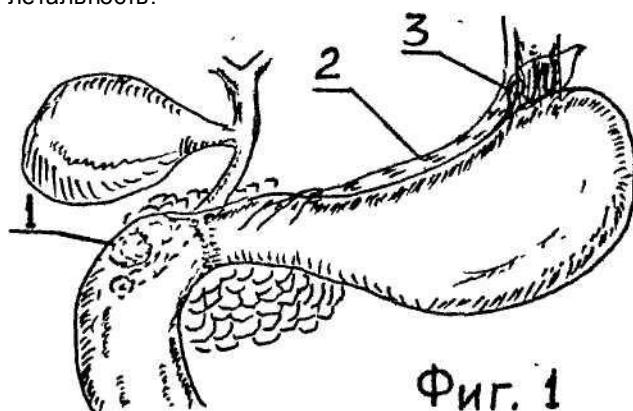
Примеры конкретного выполнения.

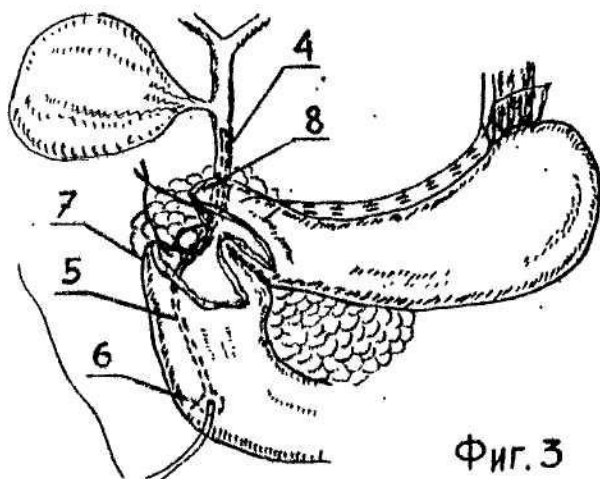
Пример 1. Б-ной П., 27 лет; ист. бол. №9660, переведен в клинику 27.09.95 г. из гастроэнтерологического отделения, где находился на лечении с 29.08.95 г. по поводу хронической каллезной язвы двенадцатиперстной кишки, осложнившейся кровотечением. Эндоскопическое исследование указано на наличие язвы 2 см в диаметре с тромбированными сосудами на дне ее кратера. 27.09.95 г. операция, во время которой обнаружена язва дистального отдела луковицы размерами 2,5 x 2,5 см, пенетрирующая в поджелудочную железу и гепатoduоденальную связку. При выведении язвы за пределы кишечного канала выявлено, что по нижнему краю язвы расположен Фатеров сосок. Произведено транспапиллярное дренирование холедоха управляемым дренажем, проведенным трансдуоденально на границе вертикальной и нижнегоризонтальной ветви двенадцатиперстной кишки, с последующим выведением наружу через прокол брюшной стенки. Сформирована пилорoduоденопластика с тампонированием кратера язвы лоскутами стенки двенадцатиперстной кишки путем наложения полукисетных гофрирующих швов с подхватыванием элементов гепатoduоденальной связки и серозной оболочки стенки желчного пузыря. Выполнена интраоперационная

чрездренажная холангиография. Произведена СПВ с эзофагофундопликацией, операция Стронга-Витебского. Через 16 дней после операции удален транспапиллярный дренаж. Выписан 19.10.95 г. в удовлетворительном состоянии.

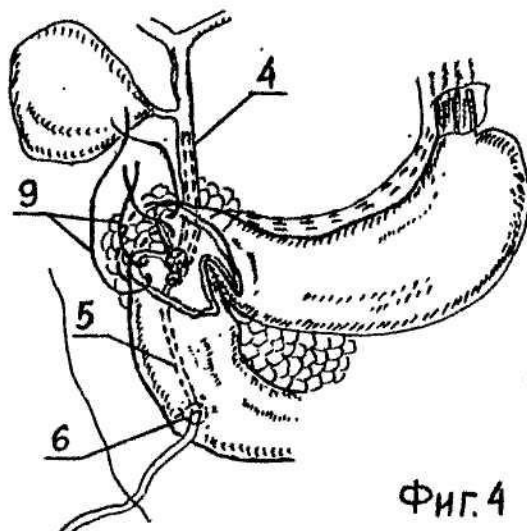
2. Б-ной Б., 53 лет, ист. бол. №1772, поступил в клинику 10.02.93 г. по поводу тяжелого язвенного кровотечения. После компенсации анемии в отсроченном периоде 25.02.93 г. выполнено оперативное вмешательство. Во время операции обнаружена залуковичная язва на задне-верхней стенке с диаметром кратера в 2 см, расположенная рядом с Фатеровым соском. Произведена пилорoduоденопластика с иссечением краев язвы, транспапиллярное трансдуоденальное наружное управляемое дренирование холедоха, тампони́рование кратера лоскутами стенки двенадцатиперстной кишки с наложением гофрирующих швов при формировании верхнего угла пилорoduоденопластики. Селективная проксимальная ваготомия с эзофагофундопликацией. Через 2 недели удален транспапиллярный дренаж. Выписан из клиники 17.02.93 г. Осмотрен через год, здоров, жалоб не предъявляет.

По заявляемому способу оперировано двое больных, а по способу-прототипу - 86. Предлагаемый способ является более эффективным в хирургическом лечении кровоточащих околососочковых язв двенадцатиперстной кишки, позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений (недостаточность швов пилоропластики, механическая желтуха, послеоперационный панкреатит), а также послеоперационную летальность.

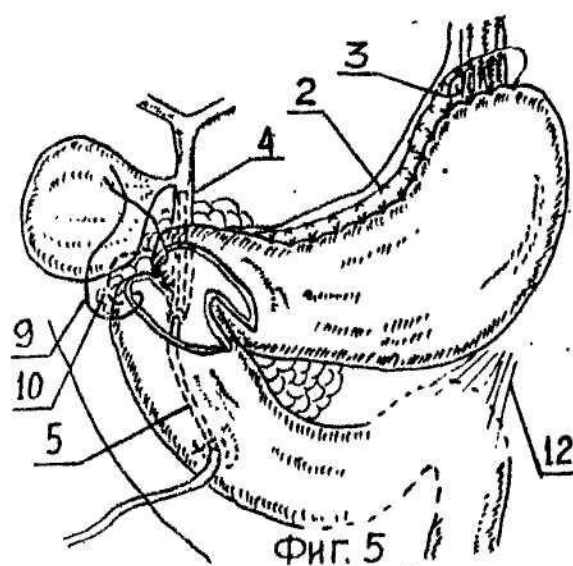




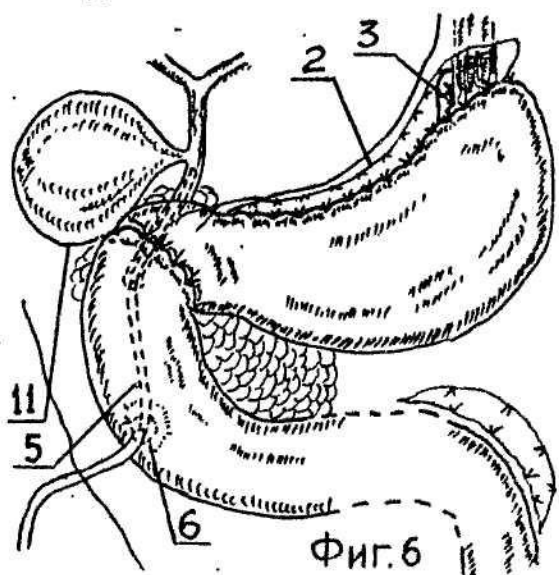
Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6