

Способ относится к медицине, а именно, к хирургии.

Известны способы хирургического лечения низких залуковичных и околососочковых язв путем выполнения резекции желудка на "выключение" [Finsterer H., 1923 [1]; Кекало Б.В., 1961 [2], Jacobowici, 1932 [3]].

Вместе с тем указанные способы обладают следующими недостатками:

а) все способы предполагают оставление язвенного субстрата;

б) очень высок процент рецидивной пептической язвы анастомоза (90%) при неполном удалении слизистой оставляемого участка антрального отдела;

в) высок риск рецидива кровотечения (30-50%) в ближайшем послеоперационном периоде из оставленной, хотя и "выключенной" язвы;

Наиболее близким к заявляемому является способ резекции желудка на "выключение" с созданием впередиободочного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с брауновским соустьем по Balfour (1927) [4].

Однако и этот способ не лишен недостатков:

а) сохраняется высоким риск пептической язвы анастомоза;

б) риск развития рецидивного кровотечения из оставленной язвы также остается высоким.

Задачей изобретения является создание способа хирургического лечения юкта-папиллярных язв двенадцатиперстной кишки, позволяющего снизить послеоперационную летальность, уменьшить количество послеоперационных осложнений (недостаточность швов культи 12-перстной кишки, перитонит, послеоперационный панкреатит).

Сущность заявляемого способа заключается в иссечении краев язвы, транспапиллярном дренировании холедоха, ушивании культи 12-перстной кишки, проведении антрэктомии с ваготомией, формировании гастроэнтероанастомоза на длинной петле с брауновским соустьем и проведении трансюнально через приводящую петлю управляемого наружного транспапиллярного дренажа холедоха.

Достижимый технический результат заключается в повышении надежности при ушивании культи 12-перстной кишки, профилактике недостаточности швов культи, предупреждении развития послеоперационного перитонита, панкреатита и снижении послеоперационной летальности.

Поставленная задача решается тем, что в известном способе резекции желудка, включающем ушивание культи 12-перстной кишки, создание впередиободочного гастроэнтероанастомоза культи желудка с длинной петлей тощей кишки и формирование межкишечного соустья, согласно изобретению производят транспапиллярное наружное дренирование холедоха с выведением; управляемого дренажа трансюнально через приводящую петлю после подшивания ее к передней брюшной стенке, перитонизируют культю 12-перстной кишки стенкой приводящей петли тощей кишки.

Наличие указанных отличительных признаков подтверждает их существенность и служит основанием для представления заявляемого способа в качестве изобретения.

Способ поясняется графически: на фиг. 1 показана антрэктомия и селективная ваготомия; на фиг. 2 - транспапиллярное управляемое дренирование холедоха; на фиг. 3 - ушивание культи 12-перстной кишки в зоне фатерова соска; на фиг. 4 - формирование гастроэнтероанастомоза на длинной петле с энтеро-энтероанастомозом; перитонизация культи 12-перстной кишки приводящей петлей тощей кишки; на фиг. 5 - проведение наружного управляемого дренажа холедоха через зону энтеро-энтероанастомоза в приводящую петлю тощей кишки; выведение транспапиллярного дренажа трансюнально в виде наружного управляемого; на фиг. 6 - дополнительное дренирование холедоха через культю пузырного протока по Пиковскому.

Способ выполняется следующим образом.

После выполнения антрэктомии (1) с селективной ваготомией (2) (фиг. 1), и обнаружения дуоденальной язвы (5), расположенной в зоне Фатерова соска (4), производят транспапиллярное дренирование холедоха (7) тонким трубчатым дренажем (6) (фиг. 2), затем с максимальным использованием стенки 12-перстной кишки (3) ушивают культю ее, укрывая зону транспапиллярного дренирования (фиг. 3), после этого формируют гастроэнтероанастомоз (11) на длинной петле с межкишечным анастомозом (8), приводящей петлей тощей кишки укрывают культю 12-перстной кишки и накладывают перитонизирующие узловы швы (9), захватывая капсулу поджелудочной железы, стенку культи 12-перстной кишки и серозную оболочку стенки приводящей петли тощей кишки (фиг. 4) При формировании брауновского соустья (8) транспапиллярный дренаж (6) проводится через кольцо 12-перстной кишки и далее через зону брауновского соустья в приводящую петлю (10) тощей кишки с выведением дренажа наружу после наложения кисетного шва на стенку кишки и подшивания ее к париетальной брюшине передней брюшной стенки (12) (фиг. 5). Дополнительно может быть наложен двойной биллиарный дренаж путем выполнения холецистостомии или наружный дренаж по Пиковскому (13) после предварительной холецистэктомии (фиг. 6).

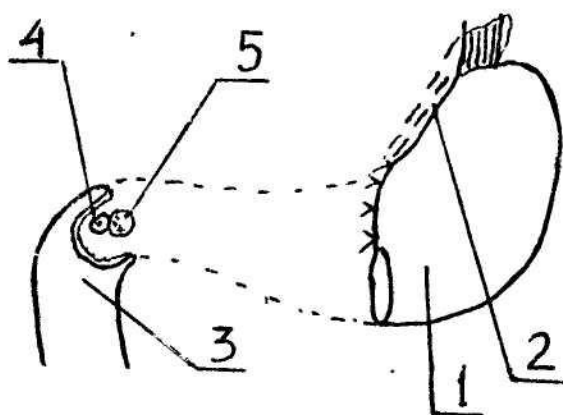
Примеры конкретного выполнения:

Пример 1. Б-ной, 42 лет, ист. бол. №14789, поступил в клинику 12.12.92 г, по поводу острокровоточащей язвы 12-перстной кишки. Эндоскопическое исследование обнаружило дуоденальную язву в залуковичной части с выраженной рубцовой деформацией и стенозированием дуоденума, остановившееся кровотечение. 15.12.92 г. возник рецидив кровотечения и больной экстренно оперирован. Во время операции обнаружена стенозирующая залуковичная язва, а при выполнении селективной ваготомии и антрорезекции желудка выявлен фатеров сосок, находившийся на дне кратера язвы. Произведено транспапиллярное дренирование холедоха, атипичное ушивание культи 12-перстной кишки, укрывание культи приводящей петлей тощей кишки после формирования анастомоза культи желудка с длинной петлей тощей кишки и брауновским соустьем, проведением трансюнально наружного транспапиллярного дренажа холедоха. Наложена дополнительно холецистостома. Послеоперационный период без осложнений. Дренажи холедоха и холецистостомический удалены на 10 и 12 сутки. Выписан через 14 дней после операции. Осмотрен через 1,5 года. Здоров, работает по специальности.

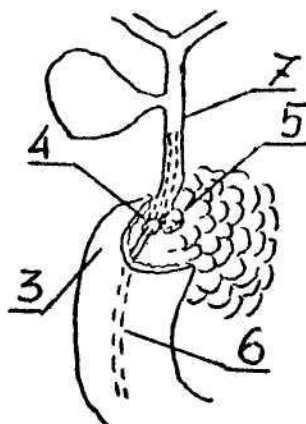
Пример 2. Б-ной Б., 70 лет, ист.бол. №12887, поступил в клинику 20.11.95 г, по поводу стенозирующей дуоденальной язвы, субкомпенсированного стеноза выхода из желудка. Во время операции обнаружен

расширенный желудок с наличием стеноза луковицы 12-перстной кишки в дистальном отделе. Предпринята антрумэктомия с селективной ваготомией и эзофагофундопликацией. При мобилизации и пересечении 12-перстной кишки по уровню стеноза обнаружено, что язвенный кратер находится в зоне фатерова соска. Произведено транспапиллярное дренирование холедоха, атипичное ушивание культи 12-перстной кишки над транспапиллярным дренажем, антрумэктомия на длинной петле с брауновским соустьем, проведение транспапиллярного дренажа через зону энтеро-энтероанастомоза в виде управляемого, перитонизация культи 12-перстной кишки приводящей петлей тощей кишки. Холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому. Послеоперационный период осложнился нагноением раны. На 31-е сутки выписан из клиники в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 3 месяца, состояние хорошее, жалоб нет.

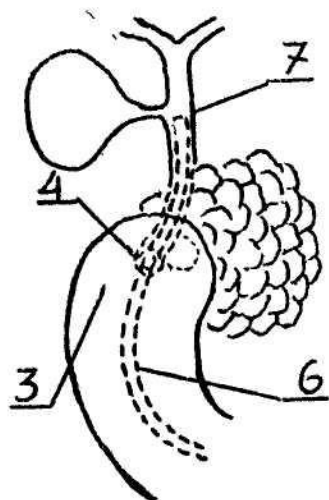
По заявляемому способу оперировано двое больных, а по способу-прототипу - 5. При анализе результатов операций установлено, что предлагаемый способ гораздо более эффективен в профилактике несостоятельности культи 12-перстной кишки при кровоточащих юкстапапиллярных язвах. В заявляемом способе реализуется новый подход в лечении околососочковых язв, осложненных кровотечением.



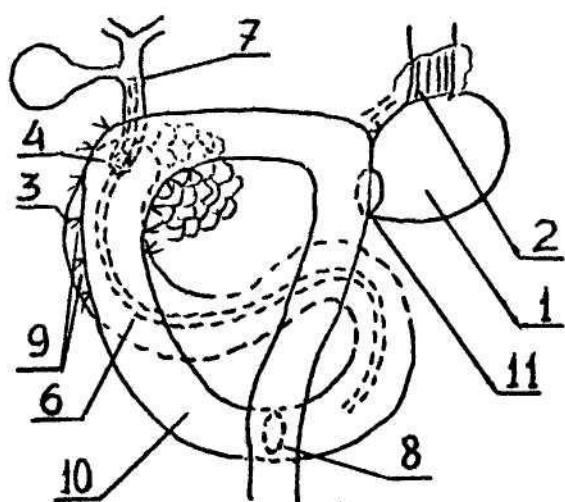
Фиг. 1



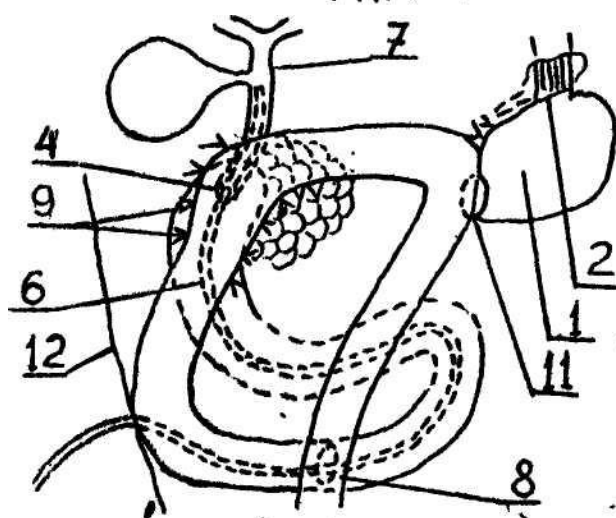
Фиг. 2



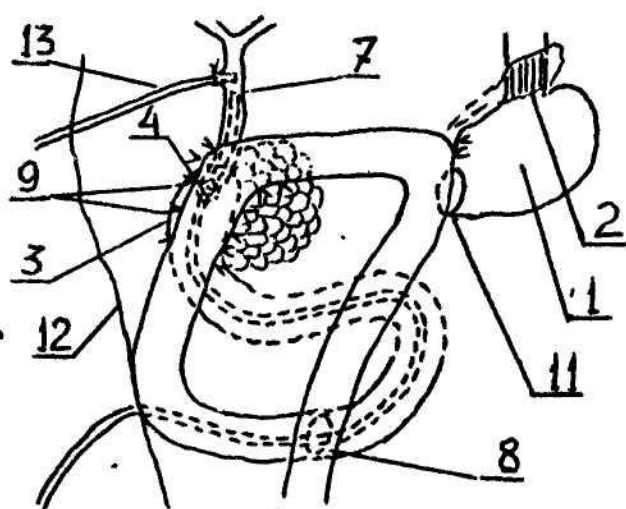
Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6