

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии.

Известен способ хирургического лечения околососочковых язв, заключающийся в вшивании головки поджелудочной железы вместе с Фатеровым соском в 12-перстную кишку (Santy et Durous) (1947) [1].

Недостатками этого способа являются:

- а) высокий риск развития недостаточности швов анастомоза;
- б) отсутствие бил пиарного дренирования;
- в) высокая вероятность развития послеоперационного панкреатита (у 60-70% больных).

Наиболее близким к заявляемому является способ операции при повреждении холедоха и Фатерова соска (Wilms) [2], который избран нами в качестве прототипа, и заключается в дренировании холедоха через папиллу Фатери и двенадцатиперстную кишку.

Наряду с положительными сторонами этого способа (дренаж желчевыводящих путей через двенадцатиперстную кишку), он обладает следующими недостатками:

- а) при рубцевании зоны Фатерова соска при его повреждении высока вероятность структуры и образования тубулярного (протяженного) стеноза;
- б) не устраняется вероятность развития панкреатита в отдаленном послеоперационном периоде.

Задачей изобретения является создание способа, позволяющего снизить риск развития послеоперационных осложнений, снизить послеоперационную летальность, улучшить функциональные результаты операции.

Сущность заявляемого способа заключается в выполнении антрумэктомии с ваготомией, ушивании культи 12-перстной кишки над зоной околососочковой язвы, выполнении реимплантации фатерова соска в двенадцатиперстную кишку, папиллосфинктеротомии и папиллосфинктеропластики, трансдуоденального транспапиллярного управляемого наружного дренажа холедоха, перитонизации ушитой культи стенкой приводящей петли тощей кишки.

Поставленная задача решается тем, что в известном способе, включающем антрумэктомию на длинной петле с энтеро-энтероанастомозом, дренирование холедоха через двенадцатиперстную кишку, согласно изобретению выполняют реимплантацию фатерова соска в двенадцатиперстную кишку, папиллосфинктеротомию с папиллосфинктеропластикой, транспапиллярное трансдуоденальное управляемое наружное дренирование холедоха, перитонизацию ушитой культи 12-перстной кишки над зоной транспапиллярного дренирования приводящей петлей тощей кишки,

Заявляемый способ отличается от прототипа выполнением реимплантации Фатерова соска в двенадцатиперстную кишку, папиллосфинктеропластики транспапиллярного трансдуоденального наружного управляемого дренажа холедоха, перитонизацией культи двенадцатиперстной кишки стенкой приводящей петли тощей кишки.

Заявляемый способ реализует новый подход в лечении гигантских кровоточащих папиллярных язв 12-перстной кишки, снижает опасность недостаточности швов культи 12-перстной кишки, уменьшает риск развития послеоперационного панкреатита и перитонита, снижает послеоперационную летальность.

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 антрумэктомия, селективная ваготомия; на фиг. 2 - папиллосфинктеротомия, транспапиллярное трансдуоденальное управляемое дренирование холедоха; на фиг. 3 - ушивание культи 12-перстной кишки над зоной реимплантации Фатерова соска в двенадцатиперстную кишку, выведение транспапиллярного дренажа холедоха в виде управляемого наружу; на фиг. 4 - перитонизация культи 12-перстной кишки стенкой приводящей петли тонкой кишки, формирование гастроэнтероанастомоза по Брауну.

Способ осуществляется следующим образом.

После лапаротомии определяется локализация дуоденальной язвы: заампулярная и подозрение на юктапапиллярное расположение язвы (1) предполагает внимательное и осторожное манипулирование в этой зоне с учетом возможности повреждения Фатерова соска (2); при обнаружении юктапапиллярного расположения язвы (1) производят дуоденотомию на этом уровне и мобилизацию антрального отдела желудка (фиг. 2), выполняют папиллосфинктеротомию и папиллосфинктеропластику (3) с применением атравматического шовного материала, транспапиллярное дренирование холедоха (4) и Вирсунгова протока перфорированным дренажем (5), выводят дренаж (5) наружу трансдуоденально (6) (фиг. 2); ушивают культю (7) 12-перстной кишки над зоной транспапиллярного дренирования (фиг. 3); перитонизируют культю 12-перстной кишки стенкой приводящей петли (8) тощей кишки, формируют гастроэнтероанастомоз (9) и энтеро-энтероанастомоз (10) (фиг. 4).

Примеры конкретного выполнения.

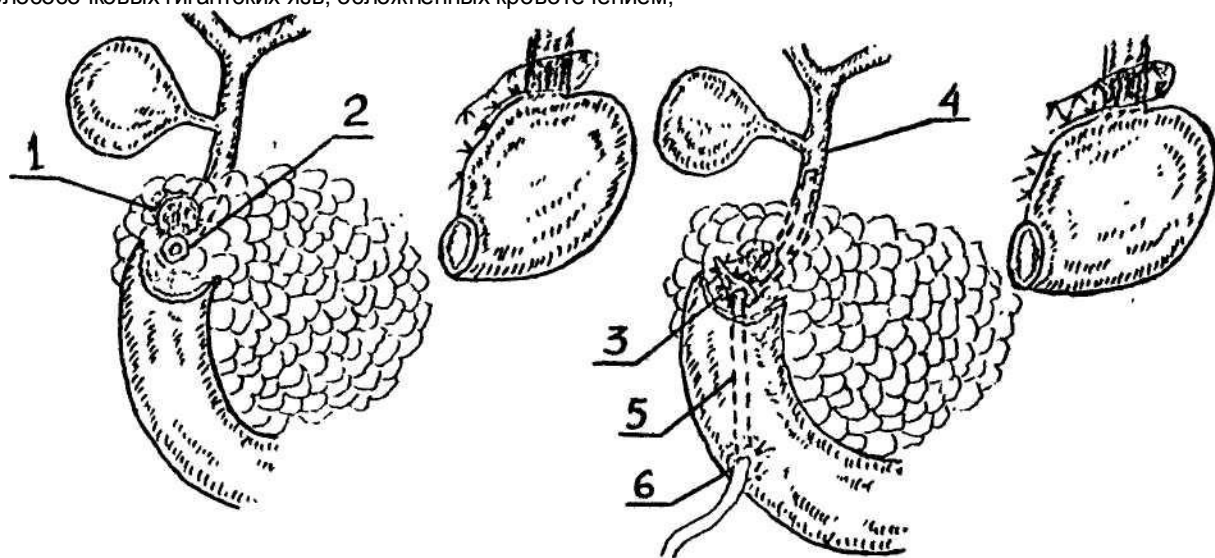
Пример 1. Больной Ч., 22 лет. Ист.бол. №2872, поступил в клинику 6.03.96 г. по поводу тяжелого язвенного кровотечения. Язвенный анамнез 8 лет. При поступлении Нв - 75 г/л. Эндоскопическое исследование указало на наличие язвы 2,0см в диаметре с тромбированными сосудами на дне.

Во время операции (7.03.96 г.) выявлена стенозирующая пенетрирующая в головку поджелудочной железы и гепатодуоденальную связку дуоденальная язва, субкомпенсированный стеноз выхода из желудка. При выполнении антрумэктомии и подготовке к ушиванию культи 12-перстной кишки на уровне дистального края кратера язвы обнаружено устье Фатерова соска. Произведена папиллосфинктеропластика, реимплантация зоны Фатерова соска в 12-перстную кишку, транспапиллярное трансдуоденальное наружное управляемое дренирование холедоха, атипичное ушивание культи 12-перстной кишки, селективная ваготомия и антрумэктомия на длинной петле с Брауновским соустьем, дополнительная перитонизация зоны ушитой культи с реимплантированным большим дуоденальным соском серозной оболочкой стенки приводящей петли тощей кишки, холецистэктомия, наружное дренирование холедоха по Пиковскому. В послеоперационном периоде больной получил три курса сандостатина. Управляемые дренажи удалены через 2,5 недели. 8.04.96 г. выписан из клиники в удовлетворительном состоянии. Осмотрен и обследован через 2 месяца. Жалоб не

предъявляет, прибавил в весе 4 кг. При ФГДС анастомоз шириной 2,5см, умеренно выраженный гастрит культи желудка.

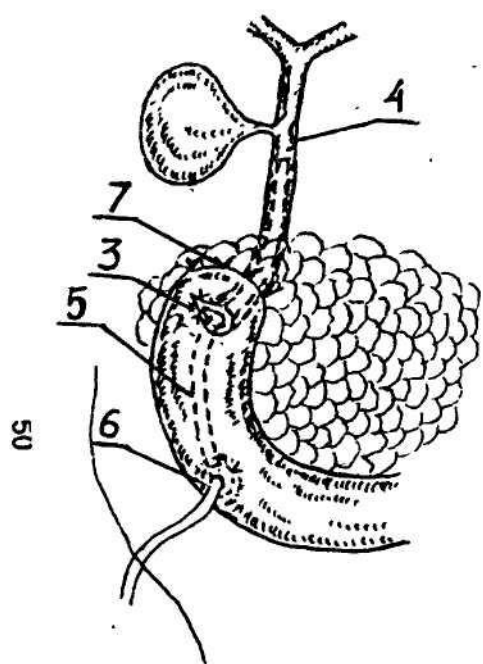
Пример 2. Больной Б., 70 лет, Ист.бол. №12887, поступил в клинику 20.11.95 г. по поводу кровоточащей стенозирующей дуоденальной язвы, субкомпенсированного стеноза выхода из желудка, остановившегося кровотечения. Во время операции обнаружен расширенный желудок с наличием стеноза луковицы 12-перстной кишки 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. Произведена папиллосфинктеропластика, транспапиллярное дренирование холедоха, атипичное ушивание культи 12-перстной кишки над транспапиллярным дренажем, антрумэктомия на длинной петле с брауновским соустьем, проведение транспапиллярного дренажа трансдуоденально наружу в виде управляемого, перитонизация культи 12-перстной кишки приводящей петлей тощей кишки. Холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, 20.12.95 г. выписан из клиники в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 3 месяца, состояние хорошее, жалоб нет.

По заявляемому способу оперировано двое больных, а по способу-прототипу - 4. При анализе результатов операций установлено, что предлагаемый способ более эффективен в профилактике несостоятельности культи 12-перстной кишки при кровоточащих гигантских язвах и повреждении Фатерова соска при их хирургическом лечении. В заявляемом способе реализуется новый подход в лечении околососочковых гигантских язв, осложненных кровотечением,

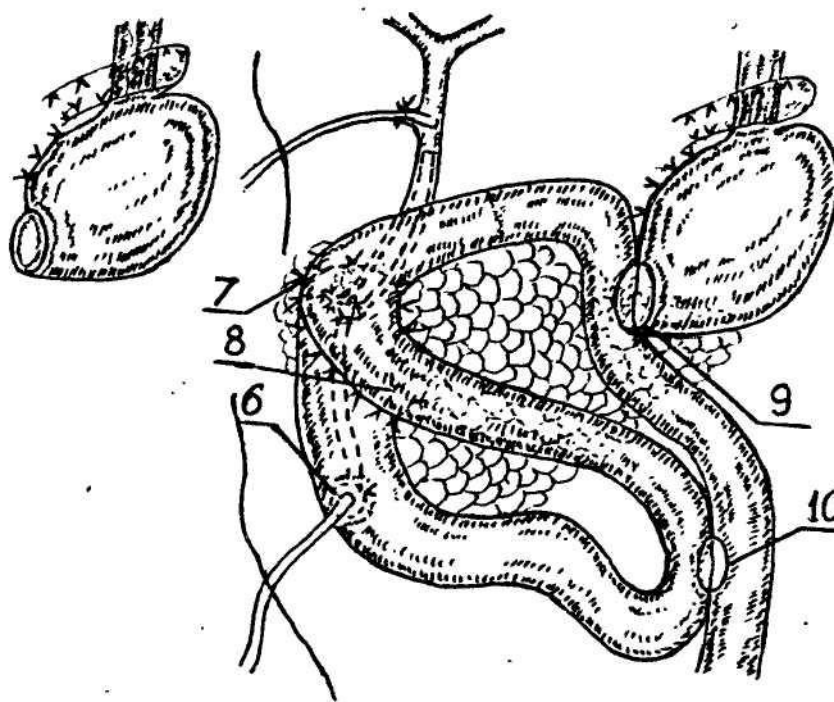


Фиг. 1

Фиг. 2



ФИГ. 3



ФИГ. 4