

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической гастроэнтерологии, и может быть использовано в лечении больных с язвенной болезнью пилорического отдела желудка (ПОЖ), а также в ходе оперативных пособий, требующих вмешательства на пилорическом жоме (ПЖ).

Язвы ПОЖ составляют 20% в структуре язвенной болезни желудка и относятся к 3 - му типу язв по Джонсону [1]. Рубцуясь, язвы ПОЖ деформируют и без того наиболее, узкую часть желудка. Оперативные пособия на несложных, а тем более осложненных (пенетрация, перфорация, стеноз) язвах ПОЖ сопряжены со значительными трудностями в таком иссечении и последующем пластическом закрытии образовавшегося дефекта, которые бы не повлекли за собой развития функциональных расстройств. Так, при удалении язвы ПОЖ, как правило, разрушается ПЖ, отвечающий за порционное поступление пищи из желудка в 12-типерстную кишку (ДПК). Это приводит к развитию синдрома быстрого сброса пищи из желудка. При ушивании образовавшегося значительного дефекта (пилоропластика) сохранить нормальную проходимость ПОЖ в условиях рубцово-язвенной деформации не всегда удается. Это обусловлено особенностями течения раневого процесса, в результате которых происходит стенозирование и без того физиологически узкого участка ПОЖ [2]. Развитие описанных выше функциональных расстройств и привело к усовершенствованию способов пилоропластики.

Описано множество способов пилоропластики. Наиболее благоприятные результаты отмечены при пилоропластике по Judd - Такака [3]. Суть операции заключается в следующем. После выполнения основного оперативного вмешательства (пилоросохраняющая резекция, стволовая или селективная ваготомия) выводят в рану привратник. На переднюю поверхность желудка накладывают два серозно-мышечных шва держалки. Производят ромбовидное иссечение передней полукружности привратника с язвой. Пилоропластику завершают наложением двух рядов швов в области дефекта в поперечном направлении. Данная методика имеет один существенный недостаток - развитию функциональных расстройств способствует практически полное иссечение пилорического жома по передней поверхности ПОЖ (гемипилорэктомия).

Известен также способ пилоропластики по Burgoyne-Hill [4], суть которого заключается в следующем. После выведения ПОЖ в рану производят дугообразный горизонтальный разрез привратника сначала со стороны ДПК, а затем со стороны желудка на 3см в обе стороны от середины ПЖ. При этом удаляется язва ПОЖ с воспалительным инфильтратом. Целостность желудочно-кишечного тракта восстанавливают путем сшивания дефекта тканей в поперечном направлении двумя рядами швов. Данная методика позволяет радикально иссечь язву, однако, иссечение ПЖ в таком объеме (гемипилорэктомия) неминуемо приведет к развитию функциональных эвакуаторных расстройств ПОЖ. Эта методика является единственной из известных пилоропластик, в

которой радикальное иссечение язвы ДПК производят с учетом ее физиологически узкого просвета (разрез выполняется дугообразно). Этот способ и принят в качестве прототипа.

В основе заявленного изобретения лежит задача максимального сохранения функциональной способности ПЖ порционно эвакуировать пищу из желудка в ДПК за счет сегментарного рассечения последнего. Достижимый технический результат заключается в снижении количества послеоперационных функциональных расстройств.

Поставленная задача достигается тем, что в известном способе пилоропластики, при котором дугообразно иссекают язву ПОЖ со стороны ДПК и в последующем ушивают дефект тканей в поперечном направлении, согласно изобретению, сначала иссекают ПЖ, вовлеченного в язвенный процесс, и отсепааровывают верхнюю и нижнюю его порции от слизистой оболочки желудка, производят иссечение язвы ПОЖ проксимальнее желудка в поперечном направлении, а при ушивании образовавшегося дефекта фиксируют к линии швов порции ПЖ.

Отличительные признаки заявленного изобретения - сегментарное иссечение и сепаровка верхней и нижней порций ПЖ по избежанию его более полного удаления при иссечении язвы ПОЖ. Благодаря этому сохраняется основная функция привратника - порционно эвакуировать пищу из желудка в ДПК. Иссечение язвы ПОЖ со стороны желудка в поперечном направлении с продолжением разреза дугообразно на ДПК и восстановление целостности образовавшегося дефекта в поперечном направлении позволяет добиться нормальной проходимости в этом и без того физиологически узком, участке. Последующее подшивание к линии швов верхней и нижней порций ПЖ с диастазом в 1,5 длины удаленной части ПЖ учитывает процесс рубцевания раны в послеоперационном периоде. Недооценка данного факта приводит к рубцовому сужению просвета ПОЖ. В то время как в заявленном способе проходимость ПОЖ в состоянии дилатации ПЖ для пищи удовлетворительная. В этом прослеживается новый подход к решению проблемы пилоропластики в хирургическом лечении язв желудка 3 - го типа. Судя по литературным данным ни одна из известных пилоропластик не решает поставленную задачу одновременной профилактики нерегулируемого поступления пищи из желудка в ДПК (в силу вмешательства на ПЖ) и задержки пищевых масс в желудке (в результате рубцовых изменений). А именно учет этих факторов позволяет избежать в послеоперационном периоде развития функциональных расстройств.

На фиг.1 показан этап рассечения серозной оболочки над пилорическим жомом (заштрихована область язвы с воспалительным инфильтратом); на фиг.2 - этап сегментарного иссечения ПЖ и сепаровки его; на фиг.3 - этап поперечного иссечения язвы в области антрального отдела желудка; на фиг.4 - этап дугообразного иссечения язвы со стороны ДПК; на фиг.5 - этап ушивания дефекта тканей в поперечном направлении (собственно пилоропластика); на фиг.6 - конечный вид пилоропластики.

Способ осуществляется следующим образом.

Выполняют верхне-срединную лапаротомию. Производят ревизию органов брюшной полости, Убеждаются в наличии язвы в области ПОЖ (пальпаторно определяют воспалительный инфильтрат в этой области, при перфоративной язве - наличие перфоративного отверстия в области ПОЖ). В ситуации, когда пилоропластика является вспомогательным пособием, к ней приступают после выполнения основного оперативного вмешательства (пилоросохраняющая резекция, ваготомия). При перфоративной язве операцию начинают с вмешательства на язве. Выводят ПОЖ в рану. На переднюю стенку желудка накладывают два серозно-мышечных шва-держалки. Поперечным разрезом надсекают серозную оболочку по ходу ПЖ, обнажают последний. Продольными разрезами с обеих сторон от язвы отделяют жом из воспалительного инфильтрата, отсепааровывая его верхнюю и нижнюю порции тупым и острым путем. Производят не сечение язвы в области пилоруса в поперечном направлении. Для удаления язвы ПОЖ с воспалительным инфильтратом последнюю иссекают дугообразно со стороны ДПК. Образовавшийся дефект зашивают в поперечном направлении, с последующей фиксацией к линии швов верхней и нижней порций ПЖ с диастазом между ними в 1,5 длины удаляемой части ПЖ в состоянии дилатации, так как в послеоперационном периоде происходит рубцевание зоны ушивания. Сверху накладывают второй ряд шелковых узловых швов. Оканчивают операцию подведением перчаточного дренажа к месту пилоропластики. После ушивания перфоративной язвы ПОЖ производят лаваж брюшной полости, после чего ее осушают. Брюшная полость дренируется тремя перчаточными дренажами.

Пример конкретного осуществления.

Больной К., история болезни №8338.

Диагноз: Перфоративная язва ПОЖ, субкомпенсированный стеноз привратника, разлитой серозно-фибринозный перитонит.

Операция: Лапаротомия, иссечение язвы ПОЖ, пилоропластика, лаваж, дренирование брюшной полости.

Поступил в клинику в порядке скорой помощи 02.09.95г. в 0,56час с жалобами на интенсивные боли в животе, тошноту, рвоту. Заболел остро в 23.10час, когда среди полного здоровья отметил появление болей. Язвенный анамнез в течение 16 лет, неоднократно лечился в стационаре (Н2-блокаторы гистаминовых рецепторов, гастроцепин, гастрофарм, викалин, алмагель). Последний год не лечился.

Объективно: пульс 90уд. в 1мин, ритмичный, АД 100/60мм рт.рт. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот доскообразный, болезненный при пальпации. С-м Щеткина - Блюмберга и Спигарского положительные. Обзорная рентгенография органов брюшной полости: под правым куполом диафрагмы определяется серповидная полоска свободного газа.

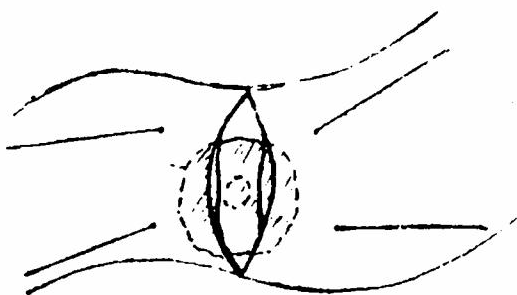
В 3.00час больной взят на операционный стол. Выполнена верхне-срединная лапаротомия. В брюшной полости большое количество гнойно-фибринозного экссудата. Ревизия органов брюшной полости: в области ПОЖ обнаружено перфорационное отверстие 0,5см в диаметре.

Швы-держалки на желудок. Поперечно рассечен серозный слой над ПЖ, жом сегментарно рассечен в обе стороны от отверстия (длина 1см), верхняя и нижняя его порции отсепаарованы. Проксимальнее язвы произведен поперечный разрез (в области антрума). Ревизия язвы: язва с выраженным воспалительным инфильтратом около 2см. Произведено дугообразное иссечение язвы с инфильтратом в сторону ДПК. За область дефекта (в нисходящую ветвь ДПК) проведен назогастральный зонд. Произведено ушивание дефекта тканей через все слои в поперечном направлении. К линии швов подведены верхняя и нижняя порции ПЖ, жом подшит к линии швов с диастазом между порциями в 1,5см (во избежание рубцового сужения этой области в послеоперационном периоде). Наложены второй ряд серо-серозных швов над ПЖ. В силу выраженного перитонита ваготомия не производилась. Брюшная полость промыта 8л растворов антисептиков (хлор-гексидин). Осушена. Дренирование брюшной полости тремя перчаточными дренажами: 1) установлен к месту пилоропластики (контрапертура в правом подреберье); 2) в малый таз (контрапертура в правой подвздошной области); 3) по левому флангу (контрапертура в левой подвздошной области).

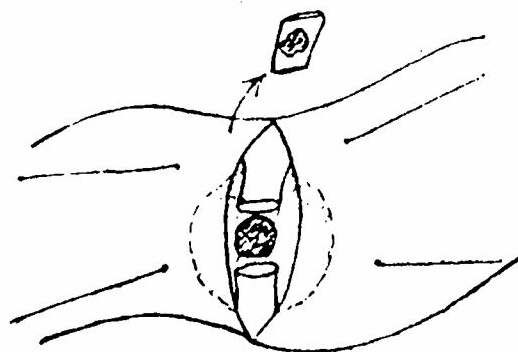
Макропрепарат направлен на патистологическое исследование. Заключение: хроническая язва ПОЖ. Послеоперационное течение гладкое. Выписан 13.09.95г. (10 суток) в удовлетворительном состоянии. Контроль спустя 12мес. - жалоб нет. ФГДС: признаки хр. гастродуоденита.

Способ апробирован в 1 - м и 2 - м хирургических отделениях ЦРКБ Зализного района г.Киева. По данной методике оперировано 12 больных. Результаты лечения сопоставлялись с результатами лечения равного количества больных с язвенной болезнью ПОЖ с помощью пилоропластики типа Burry-III. Осложнений у больных основной группы не наблюдалось, у больных контрольной группы отмечены следующие осложнения: демпинг-синдром - в 17% случаев, стеноз ПОЖ - в 8% случаев.

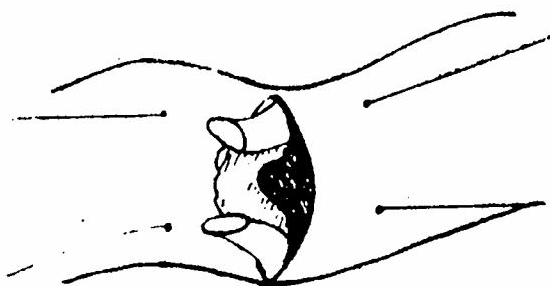
Как показала статистическая обработка с использованием таблицы Стюдента, данный способ обеспечивает статистически достоверное снижение послеоперационных функциональных осложнений у больных язвенной болезнью ПОЖ. Это обусловлено особенностями иссечения язвы ПОЖ, при которых сохраняется функциональная способность ПЖ порционно эвакуировать пищу из желудка в ДПК, пластика дефекта тканей предотвращает сужение ПОЖ даже в условиях декомпенсированного стеноза привратника.



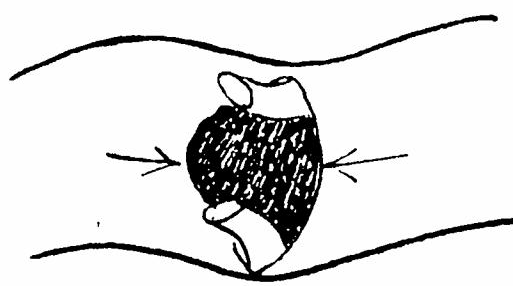
Фиг. 1



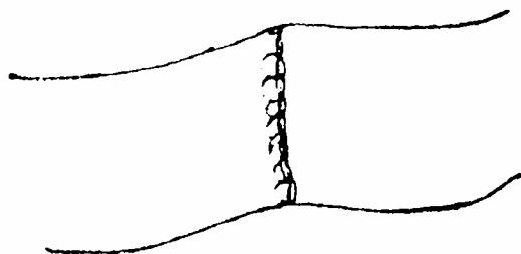
Фиг. 2



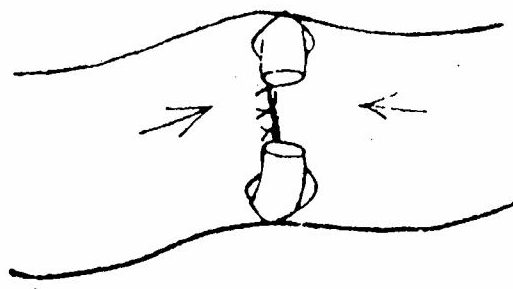
Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6