

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии.

Известен способ хирургического лечения заампульных язв 12-перстной кишки, заключающийся в надпривратниковой резекции желудка на "выключение" язвы с иссечением слизистой антральной культи перед ее ушиванием (Vilmans, 1926) [1].

Однако указанный способ обладает рядом недостатков, заключающихся в следующем:

а) остается язвенный субстрат;

б) высок риск рецидива язвы (90%) при неполном удалении слизистой надпривратниковой части антрального отдела желудка;

в) высок риск рецидива кровотечения из оставленной язвы.

В качестве прототипа избран способ хирургического лечения околососочковых язв 12-перстной кишки (Mazingarbe-Tronk, 1957) [2], заключающийся в вертикальной дуоденотомии после мобилизации кишки по Кокхеру, выделении овальным разрезом большого дуоденального соска из стенки кишки, пересечении 12-перстной кишки и ушивании наглухо ниже соска, вшивании участка кишки вместе с сосочком в приводящую петлю после выполнения резекции желудка.

Вместе с тем и данный способ не лишен недостатков:

а) высока опасность недостаточности швов в зоне имплантации Фатерова соска;

б) отсутствует билиарное дренирование;

в) высок риск развития послеоперационного панкреатита.

Задачей изобретения является создание способа хирургического лечения кровоточащих околососочковых язв, позволяющего уменьшить риск недостаточности швов в зоне имплантации соска, осуществить билиарное дренирование, снизить вероятность развития послеоперационного панкреатита.

Сущность заявляемого способа заключается в осуществлении антрумэктомии, ушивании культи 12-перстной кишки ниже уровня Фатерова соска и язвы, транспапиллярном раздельном дренировании Фатерова соска и вирсунгова протока с выведением дренажей трансюнально наружу после имплантации области Фатерова соска и вирсунгова протока в петлю тощей кишки с перитонизацией линии швов стенкой приводящей петли тощей кишки.

Достижимый технический результат заключается в повышении надежности накладываемых швов при реимплантации зоны соска и вирсунгова протока в петлю тощей кишки, профилактике развития послеоперационного панкреатита, холангита и перитонита, что в конечном счете ведет к снижению послеоперационной летальности.

Поставленная задача решается тем, что в известном способе лечения околососочковых язв, заключающемся в резекции желудка, выделении овальным разрезом большого дуоденального соска из стенки кишки, пересечении 12-перстной кишки и ушивании ее наглухо ниже соска, согласно изобретению выполняют реимплантацию Фатерова соска и вирсунгова протока в отводящую петлю тощей кишки с перитонизацией линии швов стенкой приводящей петли, формируют энтеро-энтероанастомоз, производят раздельное транспапиллярное дренирование холедоха и вирсунгова протока с выведением управляемых наружных дренажей трансюнально.

Способ поясняется графически, где на фиг. 1 показано пересечение 12-перстной кишки ниже язвы, Фатерова соска и вирсунгова протока, ушивание культи 12-перстной кишки; на фиг. 2 - раздельное транспапиллярное дренирование холедоха и вирсунгова протока; на фиг. 3 - антрумэктомия с селективной ваготомией; на фиг. 4 - реимплантация Фатерова соска и устья вирсунгова протока в отводящую петлю тощей кишки; на фиг. 5 - выведение управляемых дренажей трансюнально наружу; фиг. 6 - перитонизация зоны реимплантации приводящей петель тощей кишки; на фиг. 7 - формирование гастроэнтероанастомоза на короткой петле и энтеро-энтероанастомоза.

Заявляемый способ отличается от прототипа наличием раздельного наружного управляемого дренажа холедоха и вирсунгова протока, перитонизацией линии швов на отводящей петле тощей кишки, в которую вшит Фатеров сосок и вирсунгов проток, стенкой приводящей петли.

Наличие указанных отличительных признаков по сравнению с прототипом подтверждает их существенность и служит основанием к представлению предлагаемого способа в качестве изобретения.

Способ осуществляется следующим образом.

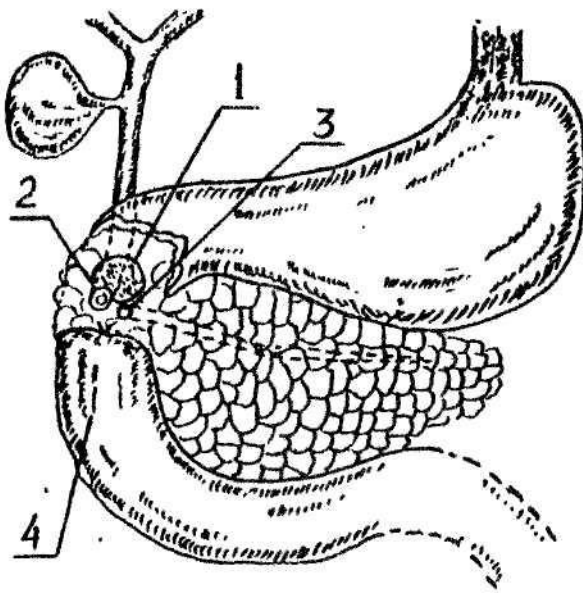
После лапаротомии и выявления язвы (1), локализующейся в зоне Фатерова соска (2) и устья вирсунгова протока (3), 12-перстную кишку (4) пересекают ниже язвы (фиг.1), проводят гемостаз на язве, после чего вводят транспапиллярный дренаж (5) в холедох (6); при раздельном впадении в 12-перстную кишку холедоха и вирсунгова протока во время ушивания культи последний оказывается вне просвета кишки и поэтому его дренируют тонкой трубкой (7) (фиг. 2), после этого резецируют антральный отдел желудка и выполняют селективную (8) или стволовую ваготомию (фиг. 3); затем берут отводящую петлю тощей кишки (9) и проводят ее позадибодочно и после энтеротомии вшивают в нее область Фатерова соска и вирсунгова протока (фиг. 4), после чего оба дренажа (5 и 7) выводят трансюнально наружу через отводящую петлю тощей кишки (9) предварительно наложив кисетный шов и подшив кишку в этом месте к париетальной брюшине передней брюшной стенки (10) (фиг. 5); перитонизируют зону реимплантации Фатерова соска и вирсунгова протока стенкой приводящей петли (11) тощей кишки (фиг. 6); формируют гастроэнтероанастомоз (12) на короткой петле и энтеро-энтероанастомоз (13) по Брауну (фиг. 7).

Пример 1. Б-ная Д., 57 лет. Ист.бол. №3748, поступила в клинику 23.03.95 г. по поводу острого холецистита, остановившегося язвенного кровотечения и оперирована в экстренном порядке. Во время операции обнаружен флегмонозный калькулезный холецистит. Выполнена холецистэктомия от шейки. При ревизии пилорoduоденальной зоны обнаружена низко расположенная язва 12-перстной кишки диаметром 2,5 см. При выведении язвы за пределы кишечного канала выявлено юктапапиллярное ее расположение с раздельным впадением Вирсунгова протока на расстоянии 1,3см от Фатерова соска. Стенка кишки пересечена ниже Фатерова соска и устья впадения вирсунгова протока, культя ушита трехрядным швом. Произведена антрумэктомия и стволовая ваготомия. Сформирован гастроею-ноанастомоз на короткой петле,

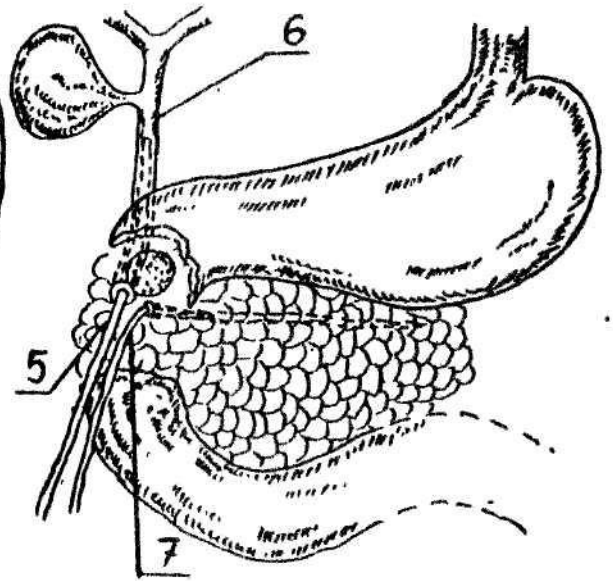
затем взята отводящая петля тощей кишки, проведена позадиободочно и область Фатерова соска и вирсунгова протока имплантирована в нее, выполнено транспапиллярное наружное дренирование холедоха и отдельно вирсунгова протока с трансюнальным выведением дренажей, перитонизация линии швов серозной оболочкой приводящей петли, формирование энтеро-энтероанастомоза, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период без осложнений. Управляемые дренажи удалены 12.04.95 г. Выписана для амбулаторного лечения 17.04.95 г. Осмотрена через год. Чувствует себя хорошо, прибавила в весе 4 кг.

Пример 2. Б-ной Ф., 42 лет. Ист.бол. №9821, доставлен в клинику 21.08.94 по скорой помощи по поводу желудочно-кишечного кровотечения. Двенадцатилетний язвенный анамнез. Неоднократно лечился амбулаторно и стационарно. Дважды было язвенное кровотечение, лечился консервативно, от операции отказывался. При поступлении в клинику во время эндоскопического исследования обнаружена язва двенадцатиперстной кишки 2см в диаметре на задней стенке луковицы в дистальном отделе с тромбированными сосудами в кратере. В отсроченном периоде через 5 дней после поступления произведено оперативное вмешательство. Во время операции обнаружен залуковичный язвенный стеноз, расширенный желудок. Предпринята антрумэктомия с селективной ваготомией. При мобилизации двенадцатиперстной кишки в зоне стеноза и подготовке стенок к ушиванию культи обнаружено, что язвенный кратер расположен в зоне Фатерова соска и устья вирсунгова протока. Уровень мобилизации стенки двенадцатиперстной кишки оказался ниже Фатерова соска. В связи с этим культи дуоденум ушита ниже его, произведена реимплантация Фатерова соска и устья вирсунгова протока в отводящую петлю тощей кишки после транспапиллярного его дренирования и отдельного дренирования вирсунгова протока с трансюнальным выведением дренажей в виде управляемых наружу, перитонизация зоны реимплантации приводящей петель тощей кишки, антрумэктомия на короткой петле, селективная ваготомия, энтеро-энтероанастомоз по Брауну. Управляемые дренажи извлечены на 14 сутки. В средней части срединная рана зажила вторичным натяжением. Через полтора месяца выписан из стационара. Осмотрен через 8 месяцев. Самочувствие хорошее, работает по специальности.

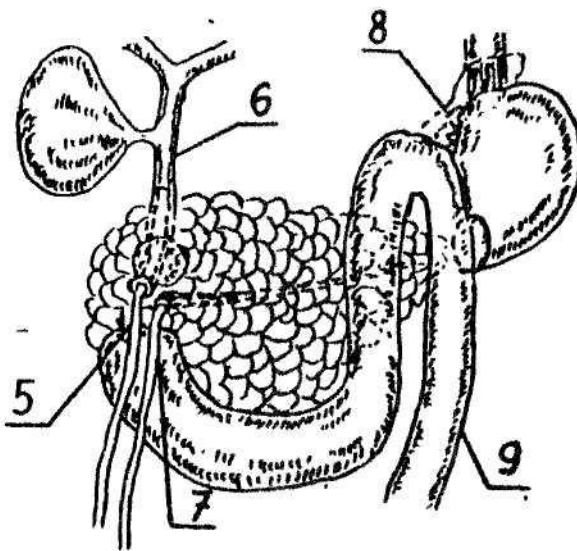
По заявляемому способу оперировано двое больных, а по способу-прототипу - 5. При анализе результатов операций установлено, что предлагаемый способ гораздо, более эффективен в профилактике несостоятельности швов в зоне реимплантации Фатерова соска в тощую кишку при кровоточащих околососочковых язвах. В заявляемом способе реализуется новый подход в лечении околососочковых язв, осложненных кровотечением, позволяющий снизить послеоперационную летальность.



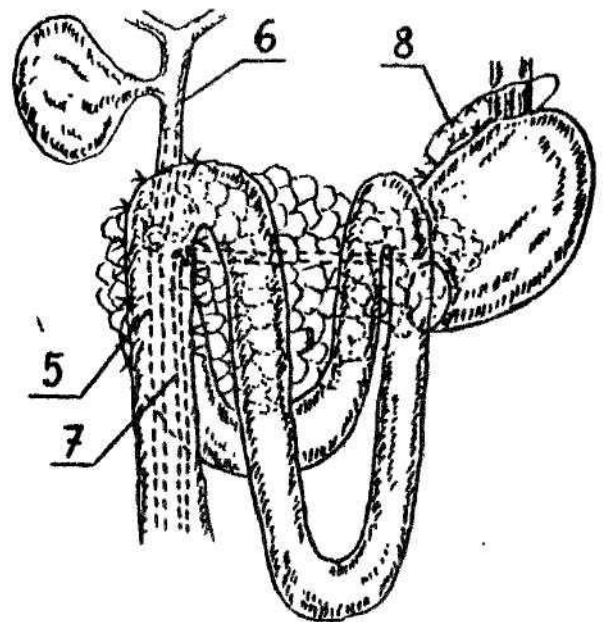
Фиг. 1



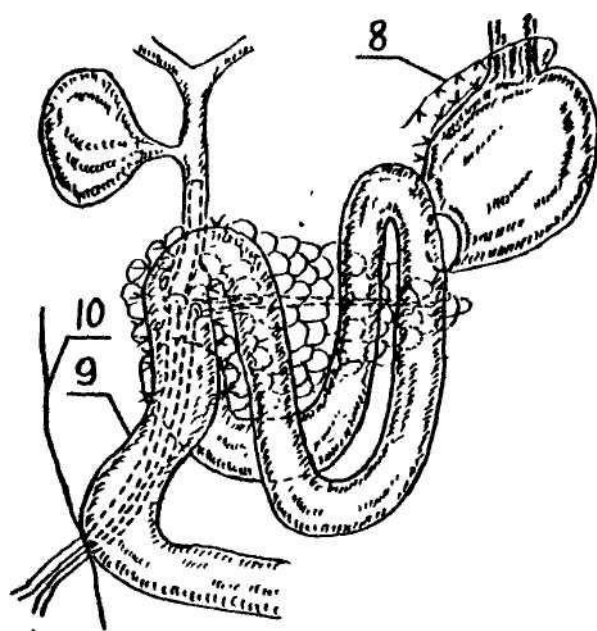
Фиг. 2



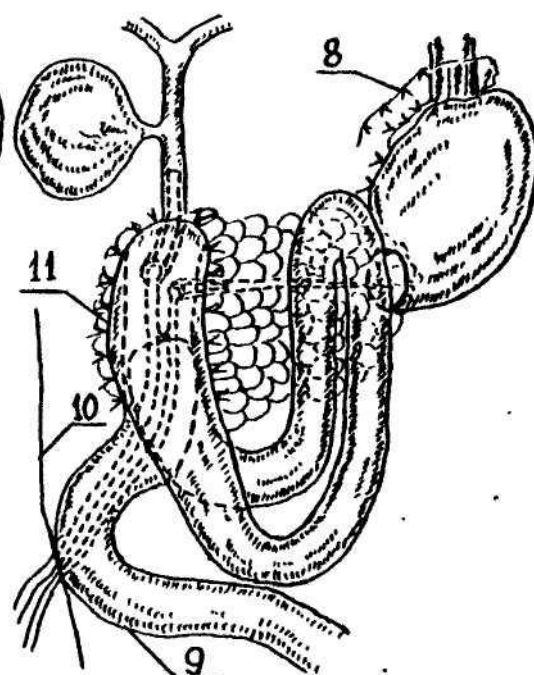
Фиг. 3



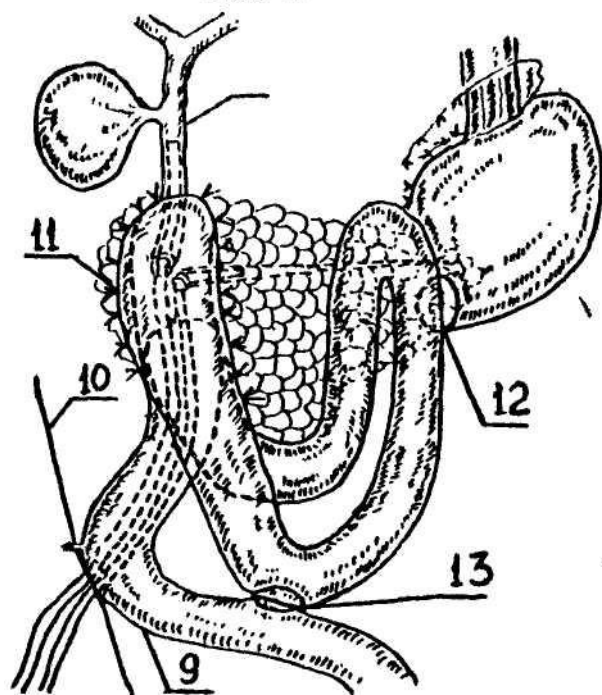
Фиг. 4



ФИГ. 5



ФИГ. 6



ФИГ. 7