

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургической гастроэнтерологии, и может быть использовано при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Известен способ лечения осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, основанный на резекции желудка с наложением терминолатерального гастродуоденоанастомоза по Haberer-Finney-Finsterer, когда невозможно операцию закончить прямым гастродуоденоанастомозом [1]. Для осуществления данного способа после резекции желудка и удаления части луковицы двенадцатиперстной кишки с пенетрирующей язвой культю двенадцатиперстной кишки ушивают полностью, а культю желудка ушивают со стороны малой кривизны, оставляя участок по большой кривизне для анастомоза. Двенадцатиперстную кишку мобилизуют по Кохеру. Накладывают первый ряд серо-серозных швов, захватывая капсулу поджелудочной железы. Вертикально рассекают переднюю стенку двенадцатиперстной кишки. Заднюю губу анастомоза зашивают непрерывным кетгутовым швом захлестку, переднюю - швом Конеля. Накладывают второй ряд серо-серозных швов.

Недостатком данного способа является то, что нарушается нормальное анатомическое расположение желудка по отношению к двенадцатиперстной кишке; возможно развитие дуоденогастрального рефлюкса; швы культи двенадцатиперстной кишки находятся в зоне язвенного кратера, что может способствовать их несостоятельности.

Известен способ лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки по методике Tomoda [2], когда после резекции желудка нижнюю часть культи желудка, прилежащую к большой кривизне, ушивают непрерывным швом и накладывают анастомоз между, верхней частью культи желудка, прилежащей к малой кривизне, и косо срезанной двенадцатиперстной кишкой. Затем формируют резервуар культи желудка, подшивая несколькими узловатыми швами часть культи, лежащей ниже места гастродуоденостомии к внутренней поверхности двенадцатиперстной кишки.

Недостатком данного способа является замедленное опорожнение культи желудка из-за сформированной так называемого резервуарного мешка культи желудка. Швы задней стенки анастомоза расположены в зоне кратера пенетрирующей язвы, что повышает возможность развития несостоятельности. Часть культи двенадцатиперстной кишки исключена из дуоденального пассажа пищи.

Наиболее близким к заявляемому решению является способ хирургического лечения осложненных язв двенадцатиперстной кишки [3]. При осложненных околососочковых язвах двенадцатиперстной кишки производят резекцию сегмента кишки, вовлеченного в язвенный процесс, выполняют мобилизацию задней стенки дистального конца, минуя участок расположения большого дуоденального сосочка. На заднюю стенку накладывают 4 - 5 швов, формируют новую заднюю стенку, прикрывающую кратер пенетрирующей язвы. Выполняют продольное рассечение передней стенки для восстановления просвета культи, после чего формируют дуоденодуоденальный анастомоз конец в конец с проксимальной культей двенадцатиперстной кишки.

Недостатком данного способа является то, что швы сформированной задней стенки и швы задней губы анастомоза находятся в зоне кратера язвы, пенетрирующей в поджелудочную железу, что может спровоцировать их несостоятельность. При отсутствии дополнительной шпоры по малой кривизне швы анастомоза находятся в определенном напряжении, что также может отразиться на их прочности. Из-за этого, сформированный таким способом анастомоз является недостаточно надежным.

В основу изобретения поставлена задача усовершенствования способа хирургического лечения осложненных язв двенадцатиперстной кишки, в котором за счет изменения направления линии швов при формировании задней стенки обеспечивается смещение гастродуоденоанастомоза относительно проекции кратера язвы двенадцатиперстной кишки, за счет чего, повышается надежность анастомоза и улучшаются функциональные результаты оперативного лечения.

Поставленная задача решается в способе хирургического лечения осложненных язв двенадцатиперстной кишки, включающем резекцию сегмента двенадцатиперстной кишки с язвой, мобилизацию задней стенки культи, ушивание культи с восстановлением отдельными швами задней стенки, продольное рассечение одной из стенок культи и наложение анастомоза, согласно изобретению, дополнительно формируют верхнюю стенку культи двенадцатиперстной кишки, рассекают культю по медиальной стенке и накладывают гастродуоденоанастомоз смещенным медиально и вниз по двенадцатиперстной кишке относительно проекции кратера язвы, после чего со стороны малой кривизны желудка несколькими швами накладывают шпору.

Дополнительное формирование верхней стенки культи двенадцатиперстной кишки позволяет получить смещение гастродуоденоанастомоза относительно проекции кратера язвы двенадцатиперстной кишки. Рассечение культи двенадцатиперстной кишки по медиальной стенке позволяет получить просвет, необходимый для наложения анастомоза конец в конец. Формирование шпоры повышает прочность швов, и в результате чего кратер язвы оказывается прикрытым неизменной задней стенкой антрального отдела желудка. Все это приводит к уменьшению вероятности развития несостоятельности швов анастомоза и улучшению функциональных результатов оперативного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

На фиг.1 изображены: 1 - культя двенадцатиперстной кишки, 2 - кратер язвы двенадцатиперстной кишки; на фиг.2 изображены: 3 - вновь сформированная задне-верхняя стенка культи двенадцатиперстной кишки с линией швов в продольно-медиальном направлении, 4 - направление продольного рассечения медиальной стенки культи двенадцатиперстной кишки; на фиг.3 изображен: 5 - просвет культи кишки, сформированный для наложения анастомоза; на фиг.4 изображены: 6 - культя желудка, 7 - линия швов гастродуоденального анастомоза; на фиг.5 изображена: 8 - шпора, сформированная по малой кривизне.

Заявляемый способ осуществляют следующим образом.

Строго по стенке двенадцатиперстной кишки вдоль печеночно-двенадцатиперстной связки на

протяжении 2 - 3см выделяют двенадцатиперстную кишку из зоны рубцово-язвенного поражения до нижнего края язвы, чтобы избежать возможное повреждение холедоха. При этом отделяют полностью полуокружность двенадцатиперстной кишки с ротацией ее в медиальном направлении и одновременным перемещением вниз насколько позволяет поджелудочная железа и элементы печеночно-двенадцатиперстной связки. После циркулярного пересечения двенадцатиперстной кишки по нижнему краю язвы или язв (фиг.1) производят максимальное выделение стенок культи двенадцатиперстной кишки с восстановлением отдельными швами задне-верхней стенки на протяжении 1,5 - 2см (фиг.2). При этом неизбежно суживается просвет культи двенадцатиперстной кишки, который к тому же мог быть исходно суженным вследствие рубцово-язвенного стеноза. Производят продольное рассечение культи двенадцатиперстной кишки по медиальной стенке ее на протяжении 2 - 3см (фиг.3), что позволяет получить просвет культи достаточный для наложения гастродуоденоанастомоза конец в конец, перемещенного медиально и вниз по двенадцатиперстной кишке на расстояние до 3 - 4см (фиг.4, 5). При формировании передней стенки анастомоза используют однорядный подслизистый шов. В качестве шовного материала предпочтение отдают мононити на атрауматической игле. При использовании однорядного шва не происходит инвагинации линии анастомоза, что позволяет уменьшить число анастомозитов и сохранить герметичность анастомоза. По малой кривизне при помощи 3 - 4 швов формируют шпору, укрывающую швы сформированной задне-верхней стенки анастомоза здоровой тканью антрального отдела желудка (фиг.5). Это изолирует швы анастомоза от кратера язвы и снимает с них напряжение.

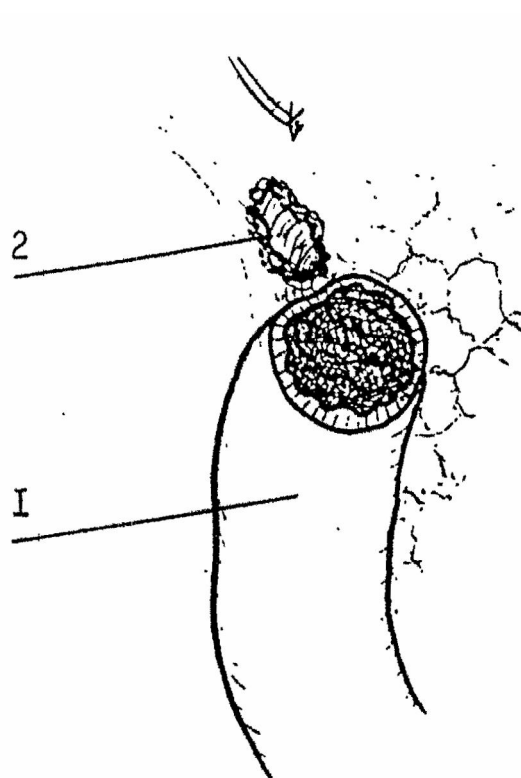
Примеры конкретной реализации способа на отдельных больных с подробным описанием всех его этапов и полученных результатов.

Пример 1. Больной К., 35 лет, поступил в клинику 13.02.90г. по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Язвенный анамнез около 10 лет, ранее было язвенное кровотечение, которое остановлено консервативным путем. При фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) до операции установлена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хроническая каллезная язва луковицы, осложненная пенетрацией в головку поджелудочной железы. Во время операции диагноз подтвердился, на задней стенке двенадцатиперстной кишки обнаружена пенетрирующая язва до 2см в диаметре. Выполнена двухсторонняя селективная ваготомия. После мобилизации 1/2 антрального отдела желудка двенадцатиперстная кишка была отсечена по нижнему краю язвы с оставлением кратера на головке поджелудочной железы. Мобилизованная часть желудка прошита аппаратом УКЛ-60 и отсечена. Танталовые швы на культе желудка перитонизированы узловыми серо-серозными швами, кроме участка у большой кривизны. Наложен гастродуоденоанастомоз по предлагаемому способу. Больной выписан на 11 - е сутки после операции. Осмотрен через 1,5 года. Жалоб не предъявляет, при рентгенологическом исследовании эвакуация бария из культи желудка порционная в течение часа. При эндоскопическом осмотре анастомоз перистальтирует.

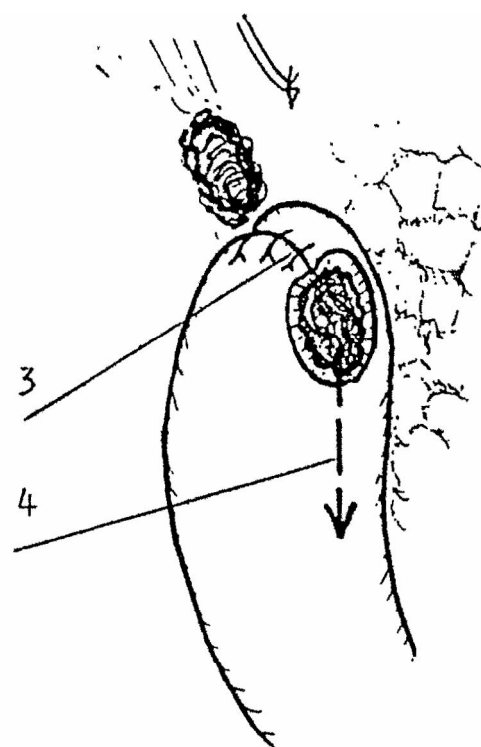
Пример 2. Больной С., 43 лет, переведен из гастроэнтерологического отделения 28.10.88г., где проходил очередной курс лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Противоязвенное лечение эффекта не дало. Язвенной болезнью страдает в течение 15 лет. При ФГДС установлена язва передней и пенетрирующая язва задней стенки луковицы 12-перстной кишки. Больной оперирован. В пилоробульбарной зоне выраженный спаечный процесс. На передней и задне-верхней стенках определяются две каллезные язвы, пенетрирующие в гепатодуоденальную связку и головку поджелудочной железы. Выполнена двухсторонняя селективная ваготомия, мобилизация 12-перстной кишки по Кохеру, антрумэктомия с формированием гастродуоденоанастомоза по предлагаемому способу. Послеоперационное течение гладкое. Выписан на 12 - й день. При обследовании через 3 года больной желоб не предъявляет, общее состояние удовлетворительное. Рентгенологически и эндоскопически моторно-эвакуаторных нарушений не выявлено.

Предлагаемый способ применен у 16 больных. Летальных исходов не было. В отдаленные сроки (свыше 5 лет) рецидивов язв и других осложнений не было.

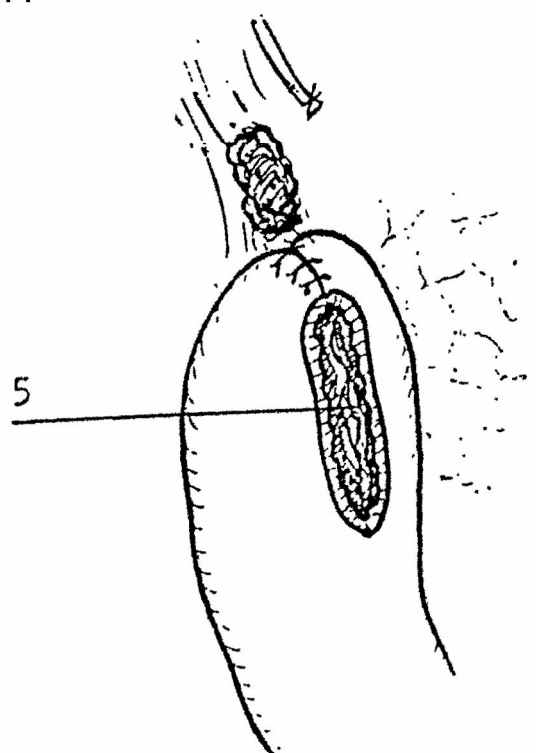
Предлагаемая методика позволяет максимально сохранить размеры культи для дуоденального пассажа пищи. Эта методика не требует обязательного формирования культи и тампонады ею язвы, что в ряде случаев ведет к несостоятельности швов и образованию раннего послеоперационного дуоденального свища, опасного для жизни больного.



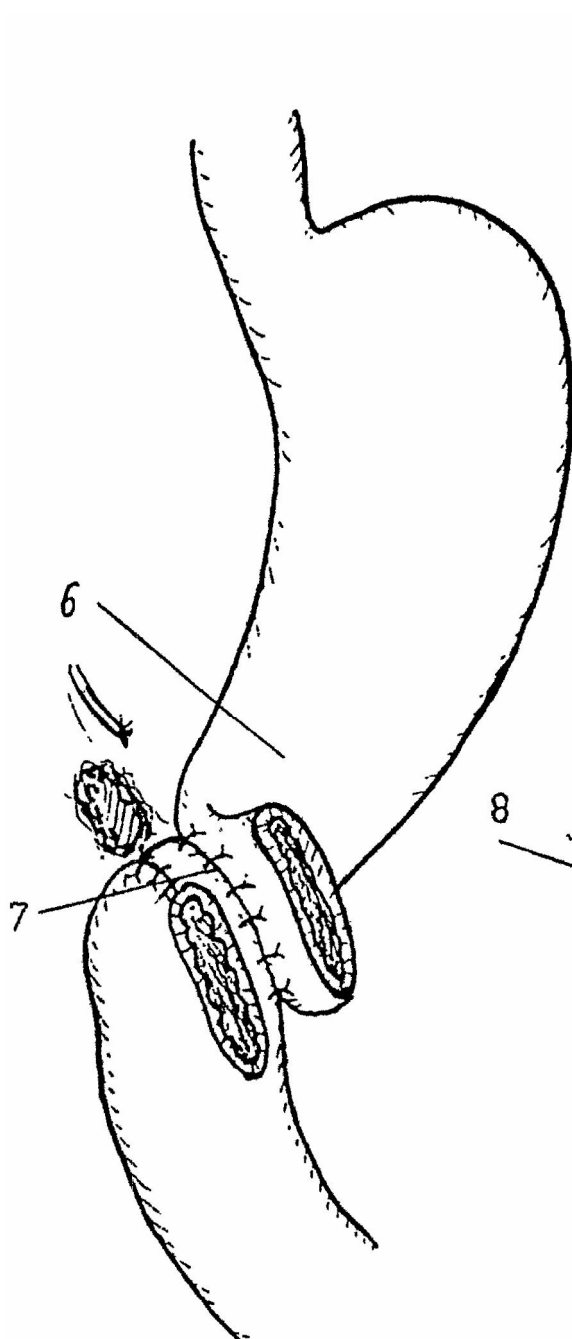
Фиг. 1



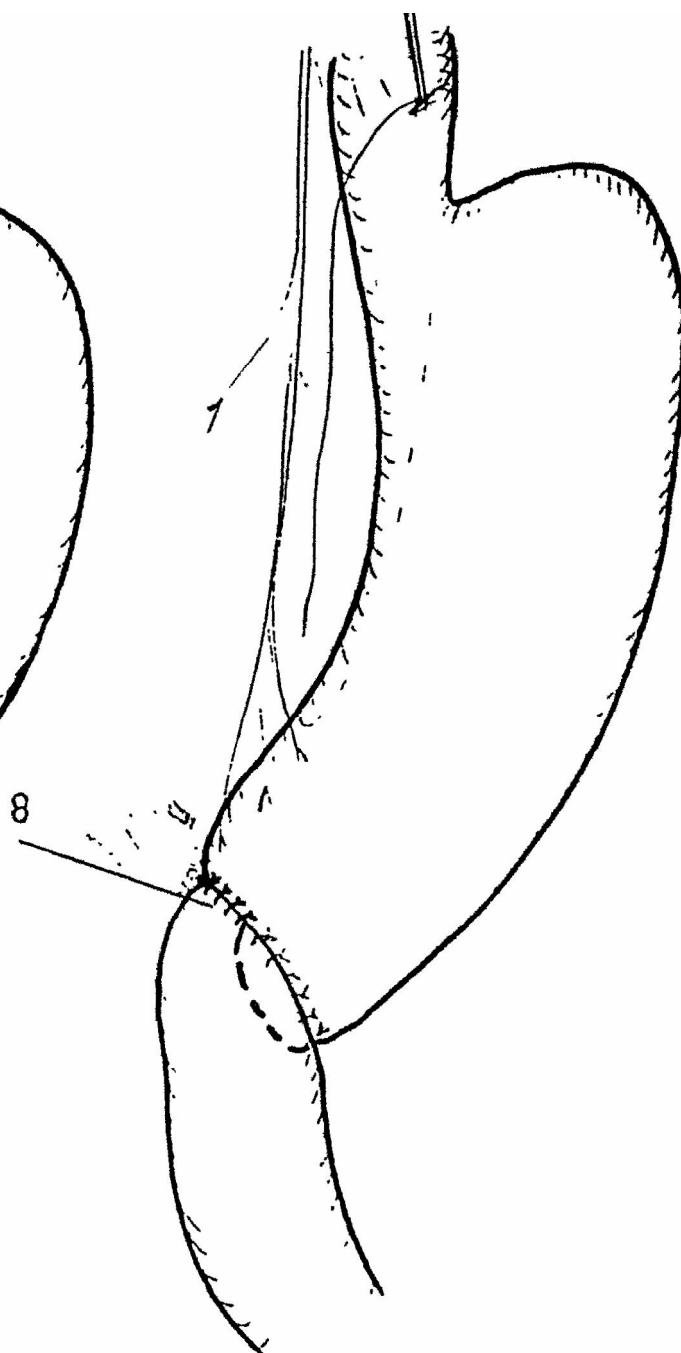
Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5