

Изобретение относится к медицине в частности к хирургии, и может быть использовано в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки при закрытии короткой открытой ее культи.

Существует несколько способов закрытия культи двенадцатиперстной кишки при низкорасположенной пенетрирующей язве. Наиболее часто применяют способы Юдина, Шалимова, Кривошеева. Так, при способе Юдина на культю двенадцатиперстной кишки накладывают непрерывный скорняжный шов и образуют "капюшон", из которого формируют "улитку", тампонирующую дно язвы. При способе Шалимова А.А. на основание отсепарированной от язвы двенадцатиперстной кишки накладывают полукисет, затем одним концом нити формируют "улитку", после чего оба конца нити связывают, прикрывая швы "улитки", боковые поверхности последней сшивают и сформированной культей тампонируют дно язвы.

Наиболее близкой является методика Кривошеева, который модифицировал способ Юдина. После выкраивания языкообразного лоскута из стенки двенадцатиперстной кишки и ушивания его образуется "улитка-капюшон", который инвагинируется в просвет кишки кисетным швом, наложенным на его основание, затем культей тампонируют дно язвы.

Метод Кривошеева не достигает достаточного герметизма в скорняжном шве, формирующем "капюшон", когда последний инвагинируется в кисетный шов, это приводит к воспалению замкнутого пространства, расположенного между этими швами. Воспаление замкнутого пространства может привести к несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки, особенно если сохраняется длительный парез кишечника после операции, что ведет к повышению давления в просвете двенадцатиперстной кишки.

Задачей изобретения является облегчение ушивания просвета культи и исключения случаев несостоятельности ее формирования.

В известном способе, включающем формирование при ушивании просвета кишки "капюшона" с занурением его в кисетный шов и тампонажем дна язвы. Для облегчения ушивания просвета культи двенадцатиперстной кишки и исключения случаев несостоятельности сформированной дуоденальной культи, просвет открытой культи двенадцатиперстной кишки ушивают двухрядным спиралевидным швом с инвагинацией последнего в просвет кишки кисетным швом наложенным в два этапа.

На рисунках изображены этапы формирования культи двенадцатиперстной кишки; а - отделение кишки с языкообразным лоскутом от нижнего края язвы; б - наложение полукисета и капроновой лигатуры (для спиралевидных швов) на растянутую контрлатеральными держалками открытую двенадцатиперстную кишку; в - ушивание просвета первым спиралевидным швом капроновой лигатуры; г - первый шов наложен - нить взята на держалку, накладывается второй ряд спиралевидного шва другим концом нити; д - второй шов лигатуры укрывает первый; е - оба конца лигатуры после наложения спиралевидных швов связываются между собой; ж - двухрядный спиралевидный шов погружается в наложенный полный кисетный шов; з - одиночными узловыми швами культя погружается в кратер язвы; к - окончательный вид.

Способ осуществляется следующим образом.

После мобилизации желудка мобилизуют двенадцатиперстную кишку по Кохеру, затем стенку кишки освобождают до нижнего края язвенного кратера (при пенетрации в головку поджелудочной железы). Кишку косо пересекают на уровне нижнего края язвы, оставляя языкообразный лоскут на передней стенке. Острым путем отделяют двенадцатиперстную кишку от нижнего края язвы на 0,6-0,8см (рис. а). Просвет кишки раскрывают и удерживают двумя контрлатеральными держалками. Затем под контролем зрения накладывают полукисет на основание двенадцатиперстной кишки через отсепарированную от язвы стенку с захватом рубцовых тканей между стенкой кишки и язвой. Проводят три-четыре стежка захватывая серозомышечный слой кишечной стенки. Оба конца нити берут на держалки. При наложении полукисета обращают внимание на стенку кишки, учитывая возможность прокалывания панкреатодуоденального сосуда, что приведет к образованию гематомы. При появлении признаков гематомы - прошивают ее отдельными капроновыми узловатыми швами, стараясь прошить кровоточащий сосуд. После наложения полукисета на основании открытой культи двенадцатиперстной кишки над полукисетом через все слои кишечной стенки проводят капроновую нить № 4 и завязывают ее оставляя равные концы от узла (рис. б).

Одну нить оставляют на месте у узла, другой нитью от узла прошивают обе стенки двенадцатиперстной кишки натянутой между держалками через все слои так, чтобы нить прошивая образовывала непрерывную спираль, при этом подтягивают конец нити через каждые два-три витка, достигая плотное смыкание обеих стенок кишки. Закончив шов нить берут на держалку (рис. в-г).

Оставленной у узла свободной нитью пришивают серо-серозным непрерывным швом, сохраняющим спиралевидный ход, кишку таким образом, чтобы наложенный первый спиралевидный шов погружался в просвет кишки (рис. д).

Проведенные на противоположную сторону кишки спиралевидными швами оба конца наложенной лигатуры связывают между собой, завершая образование двухрядного спиралевидного шва (рис. е). Затем подтягивая за концы нитей спиралевидных швов, накладывают полный кисетный шов, продолжающий наложенный ранее полукисет, так чтобы оставалось минимальное замкнутое пространство после инвагинации двухрядного спиралевидного шва в кисет. При этом инвагинируемый шов обрабатывают спиртом (рис. ж). Сформулированную культю двенадцатиперстной кишки одиночными швами подшивают к наружному краю кратера язвы и, завязывая их, тампонируют кратер культи, нем достигают полную перитонизацию культи двенадцатиперстной кишки (рис. з-к).

При пенетрации язвы в желчный пузырь, печень, печеночно-дуоденальную связку при рассечении двенадцатиперстной кишки после ее мобилизации языкообразный лоскут оставляют с противоположной язве стороны; последующие этапы формирования культи остаются в той же последовательности.

Пример. Больной К., 63 лет, госпитализирован 17.05.1991 года с клиникой субкомпенсированного пилородуоденального стеноза. Язвенный анамнез около 20 лет. Данные лабораторных исследований, кроме снижения Нв до 120 г/л и эр. до  $3,82 \cdot 10^{12}$  /л, без отклонений от нормы. Эндоскопически: рубцово-язвенная деформация привратника, язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Ро-ологически: язва задней луковицы двенадцатиперстной кишки пенетрирующая в поджелудочную железу. Операция

21.05.1991 года. При ревизии выявлено, что имеется язва задней стенки до 1,5 см в диаметре с пенетрацией в головку поджелудочной железы. Произведена резекция желудка по Гофмистеру-Финстереру с ушиванием культи двенадцатиперстной кишки заявляемым способом. Послеоперационный период без осложнений, больной выписан на 10 день после операции в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 1 год. Жалоб нет, диеты не соблюдает, работает по специальности.

При формировании культи двенадцатиперстной кишки достигается абсолютный герметизм ушитого просвета кишки двухрядным спиралевидным капроновым швом. При этом даже при глубоком расположении в ране открытой культи двенадцатиперстной кишки, наложение спиралевидного шва практически просто. Кроме того, в кисетном шве имеется ряд преимуществ: на первом этапе накладывается полукисет на основание отсепарованной от язвы кишки с открытым просветом, что позволяет вовремя заметить и предотвратить образование обширной гематомы в случае прокалывания панкреатодуоденального сосуда (гематома не может привести к несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки); полный кисетный шов накладывается после ушивания просвета кишки двухрядным спиралевидным швом. Это позволяет снизить до минимума объем замкнутого пространства между спиралевидными и кисетными швами.

Таким образом, заявляемый способ позволяет, при своей практической простоте, надежно герметизировать просвет двенадцатиперстной кишки за счет двухрядного спиралевидного шва, инвагинируемого в просвет кишки кисетным швом, исключая возможность несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки.

