

*А.М. Хмелевський, П.В. Сахацький, О.В. Плегуца,
О.І. Полянський, А.В. Ушаков*

ВІДНОВЛЕННЯ ГЕРМЕТИЧНОСТІ ШЛУНКА ПРИ ПЕРФОРАЦІЇ ВЕЛИКИХ КАЛЬОЗНИХ ВИРАЗОК

Кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. – проф. І.Ю. Полянський)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. У роботі представлено методику, яка пропонує один із варіантів закриття перфоративного отвору шлунку пасмом чепця на ніжці з подальшим підведенням медикаментозних препаратів до місця з'єднання швів для прискорення регенерації. В експерименті доведена її висока ефективність.

Ключові слова: великі кальозні виразки, перфоративний отвір, великий чепець.

Вступ. Перфорація виразки - одне з найбільш небезпечних ускладнень виразкової хвороби. Діагностика перфорацій в деяких випадках буває досить затрудненою [2,4,5], хоча при класичних проявах не складна. Більш складним є вибір методу оперативного лікування. Операція повинна включати висічення перфоративної виразки з прилеглими інфільтрованими ділянками стінки шлунка або ДПК, ретельну ревізію слизової оболонки для виявлення інших виразок, корекцію стенозу пілородуоденальної зони, відновлення герметичності порожнистого органа.

Досить часто зустрічаються випадки, коли краї перфоративної виразки кальозно змінені, стінки навколо перфоративного отвору хрящоподібної консистенції, а наявність перитоніту не дозволяє виконати резекцію шлунка. У таких випадках використовують тампонаду перфоративного отвору великим чепцем на ніжці [2]. Цей спосіб дозволяє герметизувати просвіт шлунка і, у більшості випадків, досягти задовільних найближчих результатів [2]. Однак, у частини хворих виникають досить важкі ускладнення. Висока агресивність шлункового вмісту призводить до деструктивних змін у тій частині великого чепця, який знаходиться в просвіті шлунка. Найнебезпечнішим ускладненням може стати порушення герметичності тампонованого перфоративного отвору, що призведе в подальшому до розвитку перитоніту [3]. Летальність в подібних ситуаціях сягає 70% [5].

У кращому випадку, тканина чепця, що знаходиться в просвіті шлунка заміниться грубою волокнистою сполучною тканиною [3], однак, це може призвести до рубцового звуження цього відділу з подальшим розвитком стенозу, що вимагає повторної операції.

Мета дослідження. Покращання результатів лікування хворих із перфоративними виразками, коли виконання радикального втручання, або зашивання виразки не представляється можливим.

Матеріал та методи. Для вивчення можливості підвищення надійності герметизації перфоративного отвору великим чепцем на ніжці нами використаний спосіб [6], при якому в товщу чепця тривалий час після операції підводяться медикаментозні препарати, що підвищують його антибактеріаль-

ні властивості і стійкість до протеолітичних ферментів, стимулюють розвиток пухкої волокнистої сполучної тканини.

В експерименті на 15 безпорідних собаках проведено порівняння методів тампонади перфоративного отвору шлунка великим чепцем на ніжці за способом Оппеля-Полікарпова та І.Ю.Полянського. У контрольній групі (8 собак) після моделювання перфорації шлунка дефект закривали за Оппелем-Полікарповим.

У дослідній групі (7 собак) перфоративний отвір у шлунку моделювали таким же способом та тампонували великим чепцем, у товщу його вводили катетер, один кінець якого підводили до тієї частини чепця, яка тампонувала перфорований отвір, а другий виводили на передню черевну стінку назовні. У післяопераційному періоді через виведений кінець катетера в товщу чепця вводили протизапальні препарати, антиоксиданти, стимулятори регенерації.

Результати дослідження та їх обговорення. У контрольній групі тварин при релапаротомії через 1, 3, 5, 7 діб після операції виявили значний інфільтрат у ділянці тампонади перфоративного отвору. Навколо мав місце виражений злуковий процес. Все це свідчить, що тампонада великим чепцем за методикою Оппеля-Полікарпова забезпечує фізичну герметичність шлунка, однак не в змозі забезпечити біологічної герметичності. З боку просвіту шлунка чепець в усіх випадках був набряклий, з явищами некрозу, численними крововиливами. У більш пізні строки (5, 7 доби) він не виступав над поверхнею слизової оболонки, а знаходився на дні дефекту стінки шлунка, покритий грануляціями. У 2-х тижневий строк після операції ні в одному випадку не виявлено епітелізації дефекту. У 2 собак мало місце порушення фізичної герметичності перфорованого отвору та явища розлитого перитоніту, що послужило причиною смерті цих тварин.

У дослідній групі релапаротомії проведено в ті ж строки, що і в контрольній групі. Виявлено, що злуковий процес навколо затампонованого перфоративного отвору був менш виражений, майже не виявлено набряку великого чепця. З боку просвіту шлунка чепець був дещо набряклим, без некротичних змін, крововиливів було значно менше, ніж у контрольній групі тварин.

У більш пізні строки у цих тварин ні в одному випадку не виявлено ніші в ділянці перфоративного отвору - чепець вкривався грануляціями, а з боку слизової шлунка відмічалась епітелізація дефекту. Через 14-18 днів після операції перфоративний отвір на шлунку повністю епітелізувався, а чепець, фіксований до стінки шлунку, зберігав нормальну структуру.

Висновки. Тампонада перфоративного отвору чепцем на ніжці та підведення в його товщу медикаментозних препаратів, дозволяє забезпечити стійкість тканини великого чепця до дії шлункового вмісту, умови для закриття отвору пухкою волокнистою сполучною тканиною та швидку епітелізацію дефекту, попереджує стенотичне звуження просвіту шлунка.

Література. 1. Зайцев В.Т., Пеев Б.И., Бойко В.В. и др. Особенности иссечения перфоративной пилородуоденальной язвы у больных с распространенным перитонитом // Клін. хірургія. - 1995. - № 4. - С. 14-15. 2. Кутуков В.Е. О зашивании перфоративных гастродуоденальных язв // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 1984. - № 9. - С. 121. 3. Маневич В.Л., Харитонов Л.Г., Зенатлов С.Г. Выбор метода повторной операции после ушивания перфоративного отверстия дуоденальной язвы // Хирургия. - 1990. - № 3. - С. 31-35. 4. Мирошников Б.И., Горбачев В.Н., Шамраева К.Д. Протоколы хирургического общества Пирогова №1783 // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 1986. - № 8. - С. 151. 5. Горбашко А.И., Батчаев О.Х., Егоров Н.В.

Возможности улучшения результатов оперативного лечения больных перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии им. И.И.Грекова.- 1986.- Т. 137, № 11.- С. 96-101. 6. А.с. №1697760 / Способ профилактики несостоятельности швов желудочно-кишечного тракта. Полянский И.Ю., Мильков Б.О.

THE RECONSTRUCTION OF GASTRIC HERMETISM AFTER LARGE PERFORATIONS

A.M. Khmelevsky, P.V. Sakhatsky, A.M. Plegutsa, O.I. Polyansky, A.V. Ushakov

Abstract. The special technique for the closure of perforative hole with the use of omentum tissue and local conduction of drugs is presented. The high efficiency of the method is demonstrated experimentally.

Key words: Large ulcer, omentum, perforative hole.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)
