

СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ.

Винахід відноситься до медицини, зокрема, хірургії, і може бути використаним при лікуванні ускладнених форм виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки.

Відомий спосіб хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки методом ушивання перфоративного отвору виразки в умовах поширеного перитоніту шляхом накладання на краї перфоративного отвору швів через усі шари шлунка або дванадцятипалої кишки з наступним затягуванням країв перфоративного отвору з додатковою перитонізацією одним рядом серозно-серозних вузлових швів шовком, лавсаном або кетгутом, з додатковою перитонізацією сальником (1-3).

Недоліком відомого способу є те, що він не забезпечує попередження мікробного забруднення зони швів, яке, власне, є основною причиною рецидиву виразки (4). За даними різних авторів, рецидив захворювання після зашивання перфоративного отвору спостерігається у 30-80 % оперованих, а позитивні результати у віддаленому періоді після паліативних операцій відмічено лише у 11,7% (5,6).

В основу винаходу поставлено завдання вдосконалити спосіб хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, в якому шляхом використання шовного матеріалу, попередньо просоченого засобами антибактеріальної дії та створенням біологічної герметичності і антимікробного захисту шва пілородуоденального отвору досягають зменшення ймовірності ускладнень в ранньому післяопераційному періоді, зниження частоти рецидиву захворювання і скорочення термінів лікування.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки з ушиванням перфоративного отвору виразки шляхом накладання на краї перфоративного отвору швів через усі шари шлунка або дванадцятипалої кишки з наступним затягуванням краю перфоративного отвору з додатковою перитонізацією рядом швів у відповідності до винаходу ушивання здійснюють шовним матеріалом, попередньо просоченим засобами антибактеріальної дії з наступною герметизацією зони ушитого отвору антимікробною розсмоктувальною плівкою, наприклад, типу ЕСЕАГ / елемент сполучний біосумісний антибактеріальний з гентаміцином / або ЕСБАДХ / з діоксидин-хіноксидином /.

Спосіб здійснюють наступним чином. Після лапаротомії та визначення локалізації перфоративного отвору в шлунку чи дванадцятипалій кишці по краях перфоративного отвору повздовжньо осей шлунка чи кишки накладають вузловаті серозно-м'язеві без захоплення слизової шви ниткою "Капройд" і затягують до співставлення країв перфоративного отвору. Для укріплення шва з антимікробної розсмоктувальної плівки викроюють частину її з розрахунку, щоб вона закрила не тільки зону швів, але й ділянку кишки / 1,5-2 см / або шлунка-Для придання плівці кращої еластичності її занурюють на 3-5 хвилин у фізіологічний розчин NaCl або 0,25% розчин новокаїну. Для кращої фіксації плівки до зони швів на їхні краї наносять смугу клейової композиції МК-6, МК-7. Потім проводять аплікацію плівки на поверхню кишки, а моделювання плівки до поверхні кишки здійснюють за допомогою сухого марлевого тупфера.

Приклад на здійснення способу і досягнення позитивного результату. Хворий Б., 54 років, N історії хвороби 7821, оперований через 16 годин від початку захворювання. Верхньо-серединна

лапаротомія. В черевній порожнині мутний з пластівцями фібрину ексудат до 1500 мл., який евакуйовано за допомогою електровідсмоктувача. Петлі тонкого кишківника здуті, сероза гіперемійована. При ревізії підпечінкового простору - масивні фібриозні нашарування, після роз'єднання яких виявлено перфоративний отвір у пілоричному відділі шлунка, розмірами 1,0x0.9 см., з вираженою періульценою запальною реакцією. Враховуючи важкий стан хворого, виражену супутню серцево-легеневу паталогію, об'єм оперативного втручання обмежено вшиванням перфоративного отвору. Перфоративний отвіршили однорядним вузловим серозно-м'язовим швом ниткою "Кайпрод" повздожньо до вісі шлунка.. Провели санацію черевної порожнини, блокаду корня брижі тонкого кишківника 0,25 % розчином новокаїну. Провели назогастральну інтубацію тонкого кишківника до ілеоцекального кута. Зону швів висушили та обробили розчином спирту і герметизували антибактеріальною розсмоктувальною плівкою ЕСБАДХ із захватом під плівку запаленої поверхні шлунку. Дренували черевну порожнину. Післяопераційний діагноз : перфоративна виразка пілоричного відділу шлунка, розлитий фібринозний перитоніт.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. На 3 добу відновились перистальтика, на 5 добу був самостійний стілець. На 7 день знято шви. При пальпації живота - останній незначно болючий по ходу швів. Інфільтрата в проекції шлунку не виявлено. На 10 добу після операції провели ендоскопічний та бактеріологічний контроль зони швів. Незначна гіпермія та набряк слизової в ділянці швів. Раньову щілину визначити важко. З біоптатів слизової мікроорганізми не висіяні. Три місяці після операції - ендоскопічно лінія швів не визначена. Слизова нормального кольору Лігатур уприсвіті шлунку не виявили. Із біоптатів, із місця вшивання перфоративного отвору, висія-

ли *Helicobacter pylori* в кількості, яка не перевищує *W* колоній - утворюючих одиниць на 1г тканини / в подальшому - кyo/г/. Контрольна ендоскопія через 1 рік. Слизова в ділянці пілоричного відділу звичайного кольору, ерозії не виявили. В біоптаті слизової оболонки присутній *Helicobacter pylori* / кількість не перевищує 10^5 кyo на 1 г тканини /.

Запропонованим способом проліковано 20 хворих, у яких при ліквідації перфоративного отвору застосували комбінацію - одношаровий вузловий шов антибактеріальною розсмоктувальною ниткою " Капройд " з наступним укріпленням та герметизацією зони швів антибактеріальною розсмоктувальною плівкою ЕСБАГ або ЕСБАДХ. Контролем була група з 30 хворих, прооперованих за традиційним способом .Про ефективність лікування запропонованим способом судили на основі результатів езофагогастродуоденоскопії /ЕГДС/ та бактеріального дослідження біоптатів зони швів. Результати представлені в таблиці N 1.

Таблиця 1.

Групи хворих Дослідна п=20	ЕГДС		Б акобстежен ня	
	ранні строки	пізні строки	ранні строки	пізні строки
	загоєння рани на фоні незначного запалення	явища запалення відсутні	стерильно до 2 місяців(100%)	<i>Helicobacter pylori</i> не більше 10^4 кyo/г(100%)
Контрольна п=30	загоєння рани з вираженою запальною реакцією	ознаки хронічного запального процесу	<i>Helicobacter pylori</i> більше 10^6 кyo/г(100%)	<i>Helicobacter pylori</i> більше 10^6 кyo/г(100%)

Про частоту рецидивів хвороби свідчать дані, наведені в таблиці 2.

Таким чином, запропонований спосіб хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки забезпечує зменшення ймовірності ускладнень в ранньому післяопераційному періоді,

зниження частоти рецидиву основного захворювання, скорочення термінів лікування.

Таблиця 2.

Групи хворих	Кількість рецидивів хвороби							
	до 1 року		1 -3 роки		4-5 років		всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Дослідна п=20	—	”	2	10	1	5	3	15
Контрольна п=30		26,6	6	20	7	23,3	21	70

ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ, ЯКІ ТРЕБА ВЗЯТИ ДО УВАГИ :

1. А.А.Шалимов,В.Н.Полупан.Атлас операцій на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке.- М.: Медицина, 1975 , - 304 с.
2. И.И.Неймарк.Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.- М.: Медицина, 1979.- 280 с.
- ЗД.П.Чухриенко. Непроходимость кишечника.К.:Госмедиздат.УССР, 1958.-429 с.
4. АА.Шалимов, В.Ф.Саенко. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки .- К.: Здоров'я, 1972 .-365 с.
5. АА.Ольшанецкий с соавт. Радикальная операция - метод выбора при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки.
//Клиничлиургия.- 1991 .-N4.-с. 12-15.
6. А.Г.Хасанов с соавт. Диагностика и результаты хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки .
//Клинич. хирургия.- 1991. -N 4.-е. 15-18.