

О. В. Галимов, Ю. Б. Монаков, С. В. Колесов, А. А. Ибатуллин, В. О. Ханов,
С. Р. Туйсин, Е. Н. Бирюкова, А. Н. Питюк, Т. Р. Ибрагимов

Пути улучшения результатов лечения гастродуоденальных язв, осложненных пилоробульбостенозом

*Кафедра хирургических болезней и новых технологий ГОУ ВПО
«Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»*

В данной статье затронута актуальная проблема хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Предложен способ профилактики послеоперационного анастомозита, включающий применение кетгута обладающего антибактериальными и противовоспалительными свойствами. Применение данного шовного материала в хирургии гастродуоденальных язв позволяет сократить частоту возникновения постгастрорезекционных анастомозитов и тем самым улучшить результаты хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: язвенная болезнь, анастомозит, шовный материал, полиаминсульфон.

Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки нередко требует хирургического вмешательства, в проведении которого немаловажное значение имеет вид выбранного шовного материала. Современная нить используемая при наложении анастомоза должна обладать достаточной прочностью, хорошей рассасываемостью, обладать бактерицидностью и противовоспалительными свойствами. Доказано, что несостоятельность анастомоза в ряде случаев может наступить при хорошей герметичности и оптимально выбранной технике шва. Причиной этому служит обсемененность зоны анастомоза патогенными и условно патогенными микроорганизмами. Остается относительно высокой и частота развития анастомозитов — 11,1% у больных, перенесших резекцию желудка, что зачастую приводит к ограничению трудоспособности ^{4, 6, 7}. Все это привело к созданию все новых видов шовного материала ^{1, 2, 3, 5, 8}. При этом некоторые авторы называют анастомозит шовной болезнью, т. е. вызванной шовным материалом. Несмотря на большое разнообразие современных нитей, кетгут остается наиболее доступным шовным материалом используемым отечественными хирургами при наложении анастомоза. Поэтому создание кетгутовой нити обладающей дополнительными свойствами (бактерицидность, противовоспалительный эффект) представляет определенный интерес в хирургии желудочно-кишечного тракта.

Дата поступления 20.09.06

На базе института органической химии УНЦРАН было синтезировано аутостерильное вещество — полимер полиаминсульфон (ПАС), не обладающий кожно-раздражающим, кожно-резорбтивным действием, кумулятивными и аллергенными свойствами. Он не оказывает отрицательного влияния на сердечно-сосудистую и нервную системы, на функции печени, почек, на основные виды обмена веществ. Кроме того, ПАС обладает противовоспалительным, обволакивающим, вяжущим, купирующим раздражение рецепторов слизистой оболочки желудка и кишечника, бактериостатическим и противогрибковыми свойствами. В связи с чем, данный препарат апробирован и предложен для лечения и профилактики желудочно-кишечных заболеваний у животных.

Учитывая, выше перечисленные свойства ПАС, представляющие определенный интерес для практической медицины, была разработана специальная программа для получения шовного материала обладающего антибактериальными, противогрибковыми, ускоряющими процессы репарации, противовоспалительными свойствами, для применения в хирургии желудочно-кишечного тракта.

В процессе работы была разработана методика обработки кетгутовой нити обладающей оптимальными антибактериальными и противовоспалительными свойствами. В связи с чем также был применен ампициллин, активный в отношении большинства патогенных микробов, в том числе *Helicobacter pylori*, и поливиниловый спирт (ПВС). Последний широко применяется как пролонгатор фармакологических веществ, обладающий аутостерильностью и меньшей сходимостью с нити, нежели ПАС. Лабораторные исследования на бактерицидность подтвердили, что полученная нить обладает выраженной антогонистической активностью по отношению к Стафилококку, Стрептококку, Кишечной палочке, Протею и грибам рода Кандида.

Экспериментальная часть работы была выполнена на 48 белых крысах самках. Которые были оперированы под эфирным наркозом.

Было выполнено наложение кетгутового шва на рану желудка с перитонизацией узловым капроновым швом. Животные выводились из эксперимента путем декапитации на 3, 5, 10, 15, 20 и 30 сутки. Проведенный сравнительный анализ гистологических срезов показал меньшую выраженность воспалительной реакции желудочной слизистой у крыс опытной группы.

В связи с чем данная нить была применена в хирургической клинике при наложении первого ряда швов анастомоза у 35 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом у 15 больных выполнялась резекция желудка по Бильрот-1 с наложением терминалолатерального гастродуоденанастомоза, у 11 — резекции желудка в модификации Шалимова, с сохранением пилорического жома, у 3 — резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера. Еще 6 больных были оперированы в экстренном порядке с прободными дуоденальными язвами и наличием разлитого перитонита, в связи с чем им было выполнено иссечение язвы. Всем больным в послеоперационном периоде производилась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с прицельной биопсией на 10, 20 и 30 сутки. При наличии воспалительных изменений на 10 сутки ФЭГДС производилась с большей частотой. Что позволяло визуально проследить за процессами репарации в зоне анастомоза.

Для оценки результатов была использована клиничко-эндоскопическая классификация ранних форм анастомозитов по выраженности воспаления:

1. Катарально-отечная форма.
2. Эрозивная форма.
3. Язвенно-некротическая форма.

В исследуемой группе больных постгастрорезекционный анастомозит подтвержденный клинически и эндоскопически был отмечен у одного больного, что составило 3% от общего количества больных. У данного больного на 4–5 сутки после операции было отмечено появление отрыжки, тошноты, изжоги. При проведении ФЭГДС был выявлен выраженный отек слизистой, что привело к сужению просвета анастомоза и расценен как катарально-отечная форма анастомозита. Это потребовало проведения комплекса консервативных мероприятий, включающих интенсивную

противовоспалительную терапию, коррекцию электролитных нарушений, эндоскопическое обкалывание зоны анастомоза раствором гидрокортизона, зондовое питание и др. У 10 больных (30%) на 10 сутки после операции отмечался умеренно выраженный отек слизистой в области анастомоза, который клинически ни как не проявлялся. И полностью нивелировался на 13–15 сутки без каких-либо дополнительных консервативных мероприятий.

Таким образом, в патогенезе постгастрорезекционного анастомозита немаловажное значение имеет обсемененность зоны анастомоза микробами, а также шовный материал используемый при наложении анастомоза, который должен отвечать современным требованиям: прочность, резорбируемость, эластичность, бактерицидность, противовоспалительный эффект.

Результаты лабораторных и экспериментальных исследований подтвердили, что полученная нить обладает противовоспалительными и антибактериальными свойствами.

Применение предложенного шовного материала в хирургии гастродуоденальных язв позволяет сократить количество послеоперационных анастомозитов и тем самым улучшить результаты хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Литература

1. Адамян А. А. Основные направления создания хирургических шовных материалов в СССР и за рубежом. Современные подходы к разработке эффективных перевязочных средств и шовных материалов // Тез. докл. 1 Всесоюз. конф. — М., 1989. — С. 179.
2. Гостицев В. К., Толстых П. И., Василькова З. Ф. // Хирургия. — 1986. — № 5. — С. 36.
3. Егиев В. Н. // Хирургия. — 1998. — № 3. — С. 33.
4. Коршунова Т. П., Сухоруков В. П. // Клин. хирургия. — 1987. — № 2. — С. 62.
5. Кузин М. И., Адамян А. А., Винкурова Т. И. // Хирургия. — 1990. — № 9. — С. 152.
6. Назиров Ф. Н., Закирходжаев У. Д., Арипова Н. У. // Мед. журнал Узбекистана. — 1990. — № 8. — С. 25.
7. Стружко К. Г., Кашлевский Л. Д. // Хирургия. — 1984. — № 9. — С. 108.
8. Фурманов Ю. А., Горшевикова Э. В., Адамян А. А. // Клиническая хирургия. — 1985. — № 3. — С. 25.