

Лебедев М.С., Цацаев Х.М.

СПОСОБ КОМБИНИРОВАННОЙ БЕСШОВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПЕРФОРАЦИИ ЖЕЛУДКА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Саратовский государственный медицинский университет,
кафедра оперативной хирургии
и топографической анатомии*

Зав. кафедрой: профессор В.В.Алипов

Научный руководитель: профессор В.В.Алипов

Наиболее распространенным способом лечения перфорации желудка является ушивание, однако при подобной операции возможно формирование стеноза привратника, перифокальное воспаление с грануляционным валом вокруг швов. С целью профилактики данных осложнений и улучшения результатов лечения перфоративных язв предложено использование двух коллагеновых пластин с адгезивным покрытием, например препарата ТахоКомб фирмы Никомед. Другим популярным способом лечения перфоративных состояний желудка в настоящее время является ушивание перфорации методом Оппеля-Поликарпова. Однако данные способы не являются надежными, как в связи с недостаточно прочным контактом пластины с серозной оболочкой, так и в связи с возможностью возникновения воспалительных гранул вокруг лигатур после ушивания язвы, развития стеноза и деформации пилородуоденальной зоны.

Целью исследования: создание надёжного способа комбинированной бесшовной закрытия перфоративного дефекта желудка.

Материал и методы. В эксперименте на 5 исследованиях на беспородных собаках создавали модель перфорации передней стенки привратника путем эндоскопической лазерной деструкции стенки. В ходе фиброгастродуоденоскопии в желудок вводят катетер типа Фогерти с баллоном из силиконизированной резины на дистальном конце. Под контролем фиброгастродуоденоскопа дистальный конец катетера проводят через перфоративное отверстие в свободную брюшную полость, выполняют мини-лапаротомию, пластину Тахокомб фиксируют тремя швами к катетеру дистальнее баллона. После выведения катетера в просвет желудка наложенную коллагеновую пластину тупфером фиксируют на серозе привратника. Выкраивается прядь сальника размером превышающим размер коллагеновой пластины и фиксируется двумя краевыми лигатурами. Баллон катетера постепенно раздувают до контакта со стенкой желудка. Производят санацию, дренирование брюшной полости и ушивают минилапаротомную рану. Удаляют фиброгастродуоденоскоп, а по истечении суток с момента операции, под эндоскопическим контролем – катетер с опорожненным баллоном.

Контрольные эндоскопические исследования на 3-и сутки после закрытия перфоративного отверстия стенки желудка диаметром 1,0 см коллагеновой пластиной и прядью сальника и результаты произведенных после наполнения желудка релапаротомий свидетельствовали о высокой механической прочности данной пластической конструкции, пломбирующей перфоративное отверстие.

Заключение. Предложенный способ «пломбировки» прободного отверстия прост в техническом исполнении, экономически доступен, не требует видеолапароскопического сопровождения, обеспечивает дополнительную механическую прочность конструкции и васкуляризации зоны перфорации, а также и надежную герметичность запломбированного отверстия и раннюю эпителизацию перфоративного отверстия привратника.