

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаний при хірургічному лікуванні хворих на перфоративну виразку пілородуоденальної зони.

Найчастіше перфоруєть виразки передньої стінки ДПК та пілоричного каналу шлунка (1). Хворі зі встановленим діагнозом підлягають оперативному лікуванню в ургентному порядку (2). Вибраний спосіб операції має відповідати вимогам ургентної хірургії і, в той же час, бути радикальним, котрий позбавить хворого в подальшому від скарг "виразкового" характеру. Відомі способи оперативного лікування перфоративної пілородуоденальної виразки залежать від терміну з моменту перфорації, віку та важкості стану хворого (3).

Селективна проксимальна ваготомія (СПВ) + висічення виразки з дуоденопілоропластикою - радикальний, органозберігаючий спосіб операції, але вимагає тривалого часу для її виконання, що не завжди можливо в умовах перитоніту, а також технікою виконання СПВ володіють не всі ургентні хірурги (2).

Прототипом даного винаходу є двобічна стовбурова ваготомія із зашиванням або висіченням перфоративної виразки і дуоденопластикою (Саєнко В.Ф., Грубник В.В. і ін. "Современные методы лечения язвенной болезни" К., Здоров'я, 2002р.).

Недоліком прототипу є виникнення в післяопераційному періоді важких післяваготомних розладів, таких як діарея, порушення моторики шлунка, гастростаз, гіпохлоргідрія, зниження лібідо у чоловіків (4).

Завданням винаходу є розробка такого способу хірургічного лікування перфоративної пілородуоденальної виразки, який не має вище згаданих недоліків, не займає надто багато часу та доступний в технічному виконанні в ургентній ситуації.

Поставлене завдання вирішується тим, що після зашивання або висічення перфоративної виразки і дуоденопілоропластики виконується пересічення лише одного стовбура n. vagus, тобто передня (лівобічна) стовбурова ваготомія на рівні стравохідного отвору діафрагми після його попередньої каудальної тракції. Цим досягається адекватне зниження кислотопродукції шлунку, яке не призводить до значної гіпохлоргідрії і негативних наслідків, що притаманні двобічній стовбуровій ваготомії.

Вплив передньої (лівобічної) ваготомії на шлункову секрецію кислоти стимульовану інсуліном був досліджений в лабораторних умовах на щурах в гострому експерименті. Досліди проводили до та одразу після передньої (лівобічної) стовбурової ваготомії. Дебіт кислоти шлункового соку, що виділився за весь дослід, під впливом лівобічної стовбурової ваготомії зменшувався з $22,64 \pm 2,89$ титр.од. (контроль) до $10,41 \pm 1,86$ титр.од., або на 54% ($p < 0,001$).

Таким чином, в ранньому післяопераційному періоді передня (лівобічна) стовбурова ваготомія гальмувала кислотність шлункової секреції, стимульованої інсуліном.

Також виконані дослідження на щурах в умовах хронічного експерименту через три місяці після виконання передньої (лівобічної) ваготомії. Порівняльний аналіз стану секреторної функції шлунка в контрольній та дослідній групі тварин доказав, що рівень базальної секреції знизився на 80% в порівнянні з контролем, а рівень стимульованої секреції знизився на 70%.

Дані дослідження дали підставу до застосування передньої (лівобічної) стовбурової ваготомії у людей.

Хворий К. 35 років, іст. хв. №3428, госпіталізований зі скаргами на біль по всьому животу, сухість в роті, виражену загальну слабкість, нудоту. Захворів гостро 12год. назад. Виразковою хворобою ДПК хворіє протягом 3-х років, лікувався консервативно з перервами між курсами лікування. Стан хворого при поступленні середньої важкості.

Об'єктивне обстеження; АТ125/80мм.рт.ст., пульс 100уд., ЧД23/хв., позитивні синдроми подразнення очеревини, на оглядовій рентгеноскопії черевної порожнини вільний газ під правим куполом діафрагми.

Д-з: Виразкова хвороба ДПК, перфоративна виразка. Перитоніт. Операція через 13,5 годин від початку захворювання. Верхньосередина лапаротомія. В черевній порожнині мутний випіт з пластівцями фібрину, який евакуйовано електровідсмоктувачем. Нижче ворота, на передній стінці ДПК має місце перфоративний отвір в діаметрі 1см, краї якої вивернуті назовні, периульцерозна запальна реакція стінки органу. Виконано ромбовидне висічення перфоративної виразки, дуоденопластика по Джадду дворядним вузловим швом. Стравохід взято на затискач, виділено передній (лівий) стовбур n.vagus і пересічено його на рівні стравохідного отвору діафрагми після попередньої каудальної тракції. Гемостаз, санація розчином фурациліну 1:5000 та дренування черевної порожнини. Рана зашита.

Післяопераційний діагноз: Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, перфоративна виразка цибулини ДПК. Розлитий серозно-фібринозний перитоніт, токсична фаза.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Перистальтика з'явилась на 3-тю добу. Стазу в шлунку не було.

Хворого виписано додому в задовільному стані на десяту добу після поступлення. Показники рН шлунка через Зміс. після виписки відповідали помірній гіпоацидності (2,86). Скарг "виразкового" характеру хворий не пред'являє.

Даний спосіб ваготомії при лікуванні хворих на перфоративну пілородуоденальну виразку застосували у 71 пацієнта. Стан зниження кислотопродукції в післяопераційний період контролювали за допомогою внутрішньошлункової рН-метрії. Впродовж першого року ендоскопічно та рентгенологічно обстежено 52 пацієнти.

Віддалені результати простежені в строки від 1 до 5 років у 62 хворих. Критерієм оцінки служила модифікована Панциревим Ю.М. та співавторами (1987р.) шкала Visic. Відмінні та добрі результати отримали у 40 (64,5%), задовільні у 18 (29%), незадовільні у 4 (6,5%) пацієнтів. Серед останніх рецидив виразки виник у 3 пацієнтів, стеноз з наступною хірургічною корекцією - у 1 пацієнта. Показники внутрішньошлункової рН-метрії у віддаленому післяопераційному періоді не змінювались і знаходились в межах 2,9-3,8, що відповідало помірній гіпоацидності. Рентгенологічне у обстежених пацієнтів спостерігалось відновлення тонууса шлунка, задовільні перистальтичні хвилі у його вихідному відділі і своєчасний початок евакуації. Описані рентгенологічні ознаки спостерігались, як у хворих з наявністю стенозу до операції, так і без нього. Пацієнти з діагностованим рецидивом після передньої (лівобічної) стовбурової ваготомії не потребували оперативного лікування, виразка загоїлась після проведення курсу консервативної терапії.

Запропонований спосіб хірургічного лікування виразкової хвороби ДПК ускладненої перфорацією виразки,

відповідає вимогам ургентної хірургії, не потребує подовження часу операції, можливе в хірургічних стаціонарах лікарень усіх акредитаційних рівнів, техніка операції доступна хірургам всіх кваліфікаційних категорій, а також дає можливість покращити результати хірургічного лікування пацієнтів з цією патологією, запобігти рецидиву виразки, досягти адекватного зниження шлункової кислотності до помірного гіпоацидного стану, зменшити кількість ускладнень та летальність.

Джерела інформації:

1. Салупере В. Клиническая гастроэнтерология. Таллин: Валгус, 1988–288с.
2. В.Н. Сацукевич Хирургическое лечение прободных пилородуоденальных язв // Хирургия. - 2001. -№5. – с.24-27.
3. Панцирев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв / Хирургия.-2003.- N3. с.43-49.
4. Саенко В.Ф., Грубник В. В., Грубник Ю.В., Четвериков С, Г. Современные методы лечения язвенной болезни. Київ. Здоров'я. - 2002.