



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 53505

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ ГАСТРОСТОМІЇ

1

2

(21) 2002065069

(22) 19 06 2002

(24) 15 01 2003

(46) 15 01 2003, Бюл. № 1, 2003 р

(72) Дувалко Олександр Васильович, Кустрьо Валерій Іванович

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб виконання гастростомії, що включає мобілізацію частини стінки шлунку по великій кри-

визні, формування з неї трубки з просвітом, якою формують гастростому, який відрізняється тим, що мобілізацію частини стінки шлунку виконують не відсікаючи верхній та нижній краї лоскута, формують зігнуту трубку, просвіт якої з обох кінців з'єднаний з шлунком, а з випуклою зовнішньою стінкою трубки формують гастростому, при цьому трубку розміщують під шкірою передньої черевної стінки, тканини якої зшивають між собою в утвореному вікні між шлунковою трубкою та шлунком

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний при лікуванні хворих з неоперабельними пухлинами стравоходу або кардіального відділу шлунку

Відомі способи виконання гастростомії, по яким в ділянці тіла шлунку накладають три кисетні серозно-м'язеві шви на відстані 1,5 см один від одного, на вершині конуса розтинають шлунок і вводять в його порожнину ПХВ трубку, шви затягують і формують конусоподібну трубку, вершину якої підшивають до передньої черевної стінки. Відомий також спосіб при якому мобілізують велику кривизну шлунку на протязі 10 см і виводять її в рану в вигляді конуса, на верхівку якого накладають шов-трималку та 2 кисетних шва, затягують та інвалпнують за допомогою 3 - 4 поздовжніх швів. Накладають третій кисетний шов, затягують до співставлення слизових оболонок, верхівку конуса фіксують передньої черевної стінки, розтинають її і краї шлунку підшивають до шкіри [1]

Недоліками цих способів є велика кількість ускладнень через прорізи кисетних швів, порушення герметичності стоми, мацерації шкіри, загноєння рани, порушенню кровообігу та некрозу викрешної верхівки конуса шлунку, втягненню стоми в черевну порожнину

Найближчим аналогом є спосіб виконання гастростомії, при якому мобілізують шлунок по великій кривизні, перев'язують праву шлунково-чепцеву артерію та вену, викроюють за допомогою зшиваючого апарату із передньої та задньої стінки шлунку по великій кривизні трубку з основою в напрямку дна шлунку, вільний кінець якої підши-

вають до передньої черевної стінки і формують стому [2]

Недоліками цього способу є велике число ускладнень через порушення кровопостачання, некрозу верхівки трубки

Задачею винаходу є розробка такого способу виконання гастростомії, який за рахунок мобілізації частини шлунку у вигляді трубки без відсічення обох кінців забезпечував би зниження післяопераційних ускладнень

Поставлена задача вирішується тим, що в способі виконання гастростомії, який включає мобілізацію частини стінки шлунку по великій кривизні, формувалися з неї трубки з просвітом якої формують гастростому, згідно з винаходом, мобілізацію частини стінки шлунку виконують не відсікаючи верхній та нижній краї лоскута, формують зігнуту трубку просвіту якої з обох кінців з'єднаний з шлунком, а з випуклою зовнішньою стінкою трубки формують гастростому, при цьому трубку розміщують під шкірою, передньої черевної стінки тканини якої зшивають між собою в утвореному вікні між шлунковою трубкою та шлунком

Мобілізація частини стінки шлунку без відсічення обох кінців дозволяє зберегти хороше кровопостачання мобілізованого лоскута, за рахунок збереження шлунково-сальникових артерії та вени, що і забезпечує зниження числа післяопераційних ускладнень. Цьому ж сприяє формування зігнутої трубки просвіт якої з обох кінців з'єднаний з шлунком, з випуклою зовнішньої стінки трубки формують гастростому, при цьому тканини передньої черевної стінки зшивають між собою в утвореному

(13) A

(11) 53505

(19) UA

вікні між шлунковою трубкою та шлунком, що запобігає втягненню гастростоми

Спосіб виконують таким чином. Вскривають черевну порожнину, мобілізують шлунок в середній третині його зі сторони великої кривизни по шлунково-обвідній зв'язці із збереженням артеріальної дуги, формують шлункову трубку, яка з'єднана з порожниною шлунка обома протилежними кінцями, за допомогою зшиваючого апарата НЖКА, для чого передню та задню стінки шлунка прошивають паралельно мобілізованій частині великої кривизни не доходячи до країв на 3,0 - 4,0см з обох сторін, розсікають прошиті передню та задню стінки шлунка, укривають апаратний шов серозно-м'язовими швами. Виводять середню третину трубки назовні через додатковий розріз, розташовують її під шкірою, для чого зшивають розсічені тканини передньої черевної стінки в утвореному вікні між шлунковою трубкою та шлунком. Ушивають передню черевну стінку і формують стому

Приклад. Хворий С. 1934 р. народження історія хвороби № 1439 поступив у відділення 12.02.2002р., зі скаргами на непрохідність рідкої та напіврідкої їжі під час харчування, зхудіння на 15кг на протязі 5 - 6 місяців. Хворий комплексно обстежений, встановлений діагноз: рак н/з стравоходу ст4 кл. гр 4, метастаз в печінку. В зв'язку з неможливістю харчування із-за непрохідності стравоходу вирішено накласти гастростому. Після проведення передопераційної підготовки 18.02.2002р. хворий прооперований. Під ендотрахеальним наркозом вскрита черевна порожнина, мобілізували шлунок в середній його частині зі сторони великої кривизни по шлунково-обвідній зв'язці на протязі 6 - 8см із збереженням артеріальної дуги, відступили від великої кривизни на 4,0см ближче до антрального відділу, виконали отвір в передній та задній стінках шлунка, через яке на задню стінку завели браншу сшиваючого апарата НЖКА, другу браншу апарата наклали на передню стінку шлунка, паралельно мобілізованій частині великої кривизни, в напрямку до фундальної частини шлунка, проши-

ли та пересікли обидві стінки шлунка на протязі 10см і сформували шлункову трубку, яка з'єднана з його порожниною обома протилежними кінцями, перитонізували апаратний шов вузловими серозно-м'язовими швами. Вивели середню третину шлункової трубки назовні через додатковий розріз передньої черевної стінки і розташували її під шкірою, для чого зшили м'які тканини між собою в утвореному вікні між шлунковою трубкою та шлунком. Передню черевну стінку пошарово ушили, до виведеної шлункової трубки підшили шкіру, через 3 дні сформували харчову стому.

Післяопераційний період протікав гладко. Рана зажила первинним натягом. Харчування проводилось 4 - 5 разів на добу після чого на стому наклали пов'язку, герметизм забезпечувався шляхом компресії шлункової трубки над зшитими під нею м'якими тканинами передньої черевної стінки, що попереджувало витікання харчових мас, шлункового соку, мацерацію шкіри, полегшувало догляд за стомою, виключало необхідність постійного носіння трубки.

Запропонований спосіб застосований у 3 хворих з неоперабельним раком стравоходу. Післяопераційних ускладнень не спостерігалось, зберігався хороший герметизм стоми, втягнення в черевну порожнину не виявлялось, виписані на 9 добу із стаціонару. В той же час із 3 хворих оперованих з застосуванням способу-аналога у одному випадку спостерігалась мацерація шкіри внаслідок витікання шлункового вмісту, і у одного незначний крайовий некроз шкіри, що потребувало затримки лікування в стаціонарі до 3 тижнів.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє знизити число післяопераційних ускладнень.

Література

1. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев 1987, с 295 - 297.

2. Грицман Ю.А. Гастростомия из большой кривизны желудка. Экспериментальная хирургия и анестезиология. 1972, 1974, с 32 - 35 - найближчий аналог.