



УКРАЇНА

(19) UA (11) 46812 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ ГАСТРОСТОМИ, ЯК АЛЬТЕРНАТИВА ОПЕРАЦІЇ ПО ВІТЦЕЛЮ

1

2

(21) u200906456

(22) 22.06.2009

(24) 11.01.2010

(46) 11.01.2010, Бюл.№ 1, 2010 р.

(72) ШАЛЬКОВ ЮЛІЙ ЛЕОНІДОВИЧ, КОСЯКОВ
БОРИС ОЛЕКСАНДРОВИЧ, АКПЕРОВ ІБРАГИМ
АКПЕРОВИЧ

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-
ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб накладання гастростоми, як альтернатива операції по Вітцелю, шляхом укладання на передню стінку шлунка гумової трубки та її фіксації, який **відрізняється** тим, що крізь гастростомний отвір вводять кінець зонда до шлунка і фіксують до паралельної трубки, яка укладена на передній стінці шлунка 3-4 нитями, які проведені голкою крізь шлункову стінку, які зав'язують над трубкою, яка укладена, додатково над трубкою накладають серо-серозні шви.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути застосовна для накладання гастростоми для забезпечення ентерального харчування хворих з оклюзивними зловиясними процесами стравоходу і кардіального відділу шлунка.

Гастростомія - найпоширеніша з паліативних операцій, вживаних при непрохідності стравоходу, як в нашій країні, так і за кордоном. Залежно від патологічного процесу (пухлина, рубцеве звуження, ахалазія кардії і т.п.) ця операція проводиться з різними цілями: для харчування хворих, ретроградного бужування стравоходу, при пластичних операціях на стравоході, застосуванні променевої і комбінованої терапії з приводу неоперабельного стравоходу, при виразкових запальних процесах і кровотечах, як етап підготовки ослаблених, виснажених хворих до пластичних операцій на стравоході і кардії.

Не дивлячись на стоп'ятидесятирічний досвід розробки операції і солідний список відомих способів її проведення статистичні результати далекі від бажаних і диктують необхідність її вдосконалення.

Відомим є спосіб Штамма-Сенна-Кадера. При застосуванні цього способу доступ до шлунку здійснюється через лівобічну верхню трансректальную лапаротомію. На передній стінці шлунка по колу діаметром приблизно в 2см накладають кисетний серозний шов. В центрі утвореного круга скальпелем проводять невеликий отвір в шлунку, і в його просвіт вводиться трубка. Кисетний шов навколо трубки затягується. На відстані приблизно 1см від

цього шва накладається другий кисетний шов і після занурення першого шва зав'язується також і другий шов. Катетер виводиться так само, як і при операції по Вітцелю.

Ту частину шлунка, де з нього виходить катетер, прикріплюють декількома швами до парієтальної очеревини, а також до шкірного покриву черевної стінки. Трубка кріпиться швом до краю шкірної рани (Оперативная хирургия / Под общей редакцией проф. И. Литмана. - Будапешт, 1982, стр.422).

Недоліком способу є ненадійність фіксації шлунка до передньої черевної стінки, що часто приводить до ускладнення - перитоніту, а значить і до повторної операції, особливо у ослаблених хворих. Описане ускладнення приводить до значного збільшення тривалості лікування, а часто і до летального результату.

Найбільш близьким до способу накладання гастростоми, що заявляється, є спосіб накладання гастростоми по Вітцелю, що полягає в тому, що через розріз, паралельний лівій ребровій дузі, на передню стінку шлунка на середині відстані між великою і малою кривизнами укладається товста гумова трубка і окремими вузловими швами навколо трубки створюється канал завдовжки 5-6см. Потім у кінця трубки в антральному відділі шлунка накладають кисетний шов, в центрі якого просвіт шлунка розкривають. Кінець трубки занурюється в отвір, і кисетний шов затягується. Вільний кінець трубки залишається зовні, а стінка шлунка біля входу трубки в канал підшивається до черевної стінки. Рана пошарово ушивається до трубки (ат-

(13) U

(11) 46812

(19) UA

лас "Оперативная хирургия", А.Н. Шабанов, В.И. Кушхабиев, Б.К. Вели-Заде. - М., 1977, стр.91).

Недоліком цього способу є непрямий гастростомічний канал, через який неможливо повторно провести трубку при її випаданні, що не дозволяє використовувати цей вид гастростомії для ретроградного бужування. У цьому способі не передбачена ізоляція підшкірної клітковини від контакту з трубкою, уздовж якої підтікає шлунковий вміст, що приводить до нагноєння рани і значно збільшує вірогідність отходження шлунка від передньої черевної стінки з розвитком перитоніту.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу накладення гастростомії, в якому за рахунок додаткового введення трубки та додаткових швів над трубкою, досягається запобігання просочування шлункового вмісту крізь проколи в стінці шлунка, підвищується надійність гастростомії.

Поставлена задача вирішується в способі накладання гастростомії, як альтернатива операції по Вітцелю, шляхом укладання на передню стінку шлунка резинової трубки та її фіксації, згідно з корисною моделлю, крізь гастростомний отвір вводять кінець зонда до шлунка і фіксують до паралельної трубки, яка укладена на передній стінці шлунка 3-4 нитями, які проведені голкою крізь шлункову стінку, які зав'язують над трубкою, яка укладена, додатково над трубкою накладають серо-серозні шви.

Варіантом виконання може бути введення 4-5см кінця гастростомічного зонда крізь отвір до шлунка, на попередньо утвореному отворі згинають і підвертають під зовнішнє коліно зонда. Який розташований на передній стінці шлунка. Після чого аналогічно нитями крізь стінку шлунка обидва коліна фіксують. Додатково накладають серо-серозні шви.

Фіксована гастростома запобігає випадінню зонда, попереджає просочування шлункового вмісту крізь проколи в стінці шлунка.

Сутність корисної моделі пояснюють малюнки Фіг.1-2.

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином.

Крізь гастростомний отвір вводять кінець зонда до шлунка і фіксують до паралельної трубки, яка укладена на передній стінці шлунка 3-4 нитями, які проведені голкою крізь шлункову стінку, які зав'язують над трубкою, яка укладена. Можливе просочування шлункового вмісту крізь проколи в стінці шлунка попереджуються серо-серозними швами над трубкою.

Наводимо приклад, який пояснює проведення операції.

Приклад

Хворий К., 67 років.

Хворий потрапив на консультацію з приводу скарг на явища дисфагії, кашель, субфібрильну температуру.

Болі протягом 3 місяців. Захворювання почалося з тупого болю в грудній клітині, які почалися 2 місяці тому. Примірно 2-3 тижні назад приєдналися ознаки дисфагії, при чому час прийому їжі супроводжувався періодичним кашлем і збільшен-

ням болю за грудиною. Прийом рідкої їжі полегшував больовий синдром. Протягом останніх 2-х місяців втратив 8кг.

В минулому прооперований з приводу виразки дванадцятипалої кишки. Виконана операція Більрот-1.

При дослідженні хворого виявлений рак стравоходу з розповсюдженням процесу на легені з утворенням харчово-бронхіального свища T4N xMx.

Ураховуючи ускладнену форму рака і наявність інкурабельного процесу, виставлені показання до накладання фіксованої гастростомії. Виконана операція під загальним інтубаційним наркозом.

Верхньосередина лапаротомія. Складності при вході в червну порожнину у зв'язку з перенесеним раніше оперативним втручанням. Після розсічення спайок оголена передня стінка шлунка. Великі рубцеві зміни в області анастомозу по Більрот-1. Черевна порожнина без вторинних онкологічних змін, печінка вільна від метастазів. Розміри шлунка відповідають примірно його половині. На передній стінці шлунка в середній третині великої кривизни, що залишилася, на 3см вище накладений кисетний шов. Передня стінка на місці планованого гастростомного отвору взята на держалки. На гастростомній трубці нанесено глибокий отвір на 3/4 діаметру в 5см від дистального кінця. Скальпелем нанесено отвір в стінці шлунка. Трубка введена в порожнину шлунка в бік кардії з занурюванням зробленого отвору на 3-4см.

Зовнішній кінець трубки укладений на передню стінку шлунка в бік дванадцятипалої кишки. Після цього, захвативши рукою дистальний кінець трубки в порожнині шлунка, внутрішнє коліно підведено і розташовано паралельно наружної трубки таким чином, що між зовнішнім і внутрішнім колінами виявилася стінка шлунка. Затягують кисетний шов таким чином, щоб отвір, який зробили спочатку на зонді, був занурений на 3см нижче гастростомного отвору.

Відмінною ознакою способу є наступне. Щоб запобігти розходженню трубок круглою голкою з товстою 1,0 капроною лігатурою прокалюють у зовнішньої трубки передню стінку шлунка, голку проводять під внутрішнім коліном трубки і виконують у зовнішньої трубки з іншого боку. Кінці лігатур зав'язують з помірним натягом на нить 3-4 вузлами. Для запобігання можливого підтікання шлункового вмісту крізь проколи шлункової стінки накладають серо-серозні шви, які охоплюють зовнішню трубку і попередні 3-4 шви разом з кисетним швом.

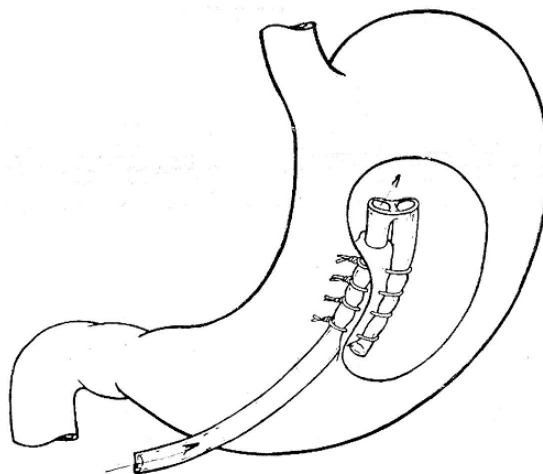
Перевірка проходження рідини в порожнині шлунку шляхом введення фіз.розтвору через зовнішній кінець трубки в кількості 100-150мл. Додатково обстеженням через стінку шлунку проводиться перевірка місця вигину і фіксованого внутрішнього коліна трубки. Операція закінчується шляхом виведення гастростомної трубки через вузький прокол передньої черевної стінки правіше за прямий м'яз живота. Простяганням за кінець трубки стінка шлунку підводиться до очеревини передньої черевної стінки. Можливе попередне

укутування трубки сальником. Фіксація трубки до шкіри передньої черевної стінки. Санація черевної порожнини, санація черевної стінки.

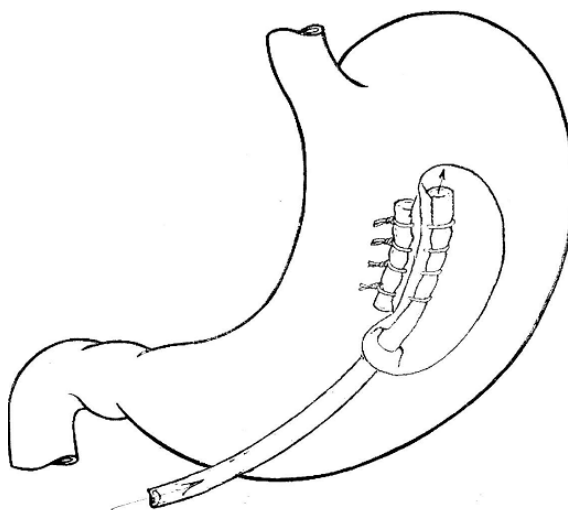
Враховуючи той факт, що введена трубка повинна служити декілька місяців, зовнішній її кінець повинен бути не менше 15-20см. Щоб уникнути деструкції трубки її не можна перегинати або накладати металеві затиски. Доцільно зовнішню трубку через провідник подовжити другою знімною трубкою, яка може бути замінена у будь-який момент.

Хворий після операції знаходиться під спостереженням протягом 3 місяців. В цей період ускладнень не спостерігається. Запропонованим способом було проліковано 14 хворих. Звертає увагу значне покращення якості життя, збереження маси тіла. Випадків ускладнень, пов'язаних безпосередньо з технікою накладення фіксованої гастростоми, не спостерігалось.

Таким чином, використання пропонованого способу накладення гастростоми зменшує кількість післяопераційних ускладнень, скорочує терміни лікування, покращує якість життя хворих.



Фіг. 1



Фіг. 2