

Винахід відноситься до медицини, а саме, до хірургічної езофагології, і може бути використаний для покращення результатів лікувального бужування рубцевих стриктур стравоходу.

Як прототип обрано спосіб бужування післяопікових рубцевих стриктур стравоходу (Ратнер Г.Л., Белоконев В.И. Ожоги пищевода и их последствия. - М.: Медицина, 1982. - 160.), який полягає в тому, що хворий з типовою гастростомию, накладеною раніше для забезпечення ентерального харчування, здійснюють проведення нитки-провідника зі свинцевою дробинкою на кінці шляхом її проковтування, причому дробинка з ниткою проходить через рубцево-звужений стравохід і попадає в просвіт шлунка; далі зі шлунка вона вимивається струменем води через канал гастростоми або витягається хірургічним інструментом, таким як пінцет, корнцанг, гачок та інші, а потім по нитці через рот або ретроградно проводять бужі.

Ознаками, що збігаються з істотними ознаками запропонованого способу, є: проведення нитки-провідника через стравохід з наступним її виведенням через гастростому.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення ефективності лікування), є: неможливість впливу на процес проходження нитки через рубцево-звужений стравохід;

необхідність або наявність створення в хворого типової гастростоми для виведення нитки на передню черевну стінку.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу-прототипу шляхом установки нитки-провідника стравохідного за рахунок застосування бужа з фіксованою на його дистальному кінці ниткою, проведеною інтраопераційно ретроградно через стравохід і створенням мікрогастростоми для виведення нитки на передню черевну стінку, що дозволяє домогтися очікуваного технічного результату при використанні винаходу.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі бужування післяопікових рубцевих стриктур стравоходу, який включає проведення нитки-провідника через стравохід із наступним її виведенням через гастростому, відповідно до винаходу, нитку - провідник фіксують до дистального кінця стравохідного бужа № 14 та інтраопераційно ретроградно проводять через шлунок і стравохід, виводячи один кінець нитки через рот, а інший - на передню черевну стінку через мікрогастростому.

Між сукупністю істотних ознак запропонованого способу та очікуваним технічним результатом, що може бути досягнутий, виявляється наступний причинно-наслідковий зв'язок: використання для проведення нитки-провідника через стравохід стравохідного бужа №14 з фіксованою на його дистальному кінці ниткою, яка вводиться ретроградно інтраопераційно, дозволяє надійно провести та установити нитку-провідник у стравохіді; застосування мікрогастростоми для виведення внутрішньостравохідної нитки-провідника на передню черевну стінку дозволяє значно спростити операцію, зменшити її тривалість і травматичність, підвищити якість лікування хворих з післяопіковими рубцевими стриктурами стравоходу.

Запропонований спосіб установки внутрішньостравохідної нитки-провідника ілюстрований графічним зображенням: фіг.1, фіг.2 і фіг.3.

На фіг.1 зображена фіксація нитки-провідника до стравохідного бужа №14.

На фіг.2 - представлено інтраопераційне ретроградне проведення бужа №14 з фіксованою на його дистальному кінці ниткою-провідником через шлунок, стравохід і рот.

На фіг.3 - показано виведення нитки-провідника на передню черевну стінку через мікрогастростому.

На фіг.1, фіг.2, фіг.3, де 1 наведені наступні позначення: 1 -стравохідний буж №14, 2 - нитка-провідник, 3 - рубцево-звужений стравохід, 4 - шлунок, 5 - гастротомічний отвір, 6 - лігатура-держак, 7 -затиск, 8 - інтубаційна трубка, 9 - мікрогастростома, 10 - шов лапаротомної рани.

Спосіб реалізується наступним чином:

Через верхньосерединну лапаротомію роблять ревізію органів черевної порожнини та оцінку стану абдомінального відділу стравоходу і шлунка 4. На передню стінку тіла шлунка накладають капроном №3 по колу п'ять серозно-м'язових лігатур-держаків 6, що беруться на затиски 7. Між лігатурами-держаків проколом гострого скальпеля розкривають просвіт шлунка 5. Шлунковий вміст евакуюють операційним відсмоктувачем. Через прокол у шлунок ретроградно в стравохід 3 проводять стравохідний буж №14 з фіксованою на його кінці ниткою-провідником 2. У ковтку бужа 1 за інтубаційною трубкою 8 захоплюється анестезіологом і виводиться назовні через рот. Нитку 2 звільняють від бужа і витягають на 50см. У лівому підребер'ї роблять прокол передньої черевної стінки голкою діаметром 1мм, через просвіт якої виводять назовні дистальний кінець нитки 2, причому діаметр нитки - 0,5мм. Місце виведення нитки через передню черевну стінку перитонізують раніше накладеними на стінку шлунка 4 лігатурами 6 з формуванням мікрогастростоми 9. Пошаровий шов операційної рани 10. Кінці нитки-провідника 2 закріплюють.

Тривалість операції складає звичайно 30-40 хвилин.

Через 8-10 днів після операції по нитці-провіднику починають проводити ортоградне бужування стриктури стравоходу зі щоденним збільшенням номера бужа на двох одиниць. Після розширення просвіту стравоходу до бужа №40 хворого навчають підтримуючому самобужуванню бужом №40 по нитці-провіднику.

Внутрішньостравохідна установка нитки-провідника з застосуванням ретроградного інтраопераційного проведення стравохідного бужа №14 з фіксованою на його кінці ниткою-провідником і виведенням нитки-провідника на передню черевну стінку через мікрогастростому може бути як основною операцією, так і симультанною.

Симультанне ця операція може виконуватися під час хірургічного втручання на рубцево-зміненому шлунку, при поєднаному післяопіковому ураженні стравоходу і шлунка або під час виконання трансабдомінального черездіафрагмального дренажу середостіння в зв'язку з перфорацією стравоходу.

Запропонований спосіб ілюструється такими прикладами його виконання.

Приклад 1.

Хворий Д., 1954р., знаходився на лікуванні в хірургічному відділенні з діагнозом: протяжна декомпенсована післяопікова рубцева стриктура стравоходу. Дисфагія 3-4 ступеня. Надійшов зі скаргами на виражену дисфагію: по стравоходу ледве проходить рідина, іноді по ранках виникає повна непрохідність стравоходу, слабкість, схуднення на 30кг протягом року. З анамнезу: опік стравоходу і шлунка лугом. Одержував лікування у відділенні реанімації, а потім у терапевтичному відділенні. Профілактичне бужування не проводилося. Знаходився на

лікуванні в хірургічному відділенні, де через повну непрохідність по стравоходу, була накладена гастростома за Вітцелем. Проводилося «сліпе» бужування до бужа №15 і була вилучена гастростомічна трубка; гастростома закрилася самостійно. Далі насилу харчувався рідкою і напіврідкою їжею; дисфагія прогресувала. При огляді: стан тяжкий, виснажений, збезводнений. На передній черевній стінці фляки від верхньосерединної лапаротомії і гастростоми.

Рентгенографія стравоходу : акт ковтання не порушений. Починаючи від другого фізіологічного звуження, визначається післяопікова рубцева стриктура стравоходу діаметром по звуженню до 2мм, довжина - 150мм. Пасаж барію різко уповільнений.

Після інтенсивної передопераційної підготовки і компенсації волемічних розладів було проведено бужування по запропонованому способі.

Післяопераційний період гладкий. Навчений підтримуючому самобужуванню по нитці-провіднику бужом №40.

Рентген-контроль стравоходу: акт ковтання не порушений. Починаючи від другого фізіологічного звуження, визначається післяопікова рубцева стриктура стравоходу діаметром по звуженню до 10мм, довжина -150мм. Пасаж барію звичайний.

Виписаний у компенсованому стані. Задовільно харчується будь-якою добре пережованою їжею. Оглянутий через місяць - скарг не пред'являє, бужується щодня ранком бужом №40 при експозиції 15 хвилин по нитці-провіднику, додав у вазі 5кг.

Приклад 2.

Хворий Б., 1933р., знаходився на лікуванні в хірургічному відділенні з діагнозом: подвійна субкомпенсована післяопікова рубцева стриктура стравоходу. Дисфагія 2-3 ступеня. Субкомпенсований рубцевий стеноз вихідного відділу шлунка. Надійшов зі скаргами на непрохідність по стравоходу щільної їжі, напіврідка проходить насилу, тяжкість в епігастрії і відчуття переповнення в шлунку після їжі, слабкість, втрата у вазі 10кг за останні 3 місяці, запори до 4-5 доби, оправляється після клізми. З анамнезу: два роки тому опік стравоходу лужним електролітом. Проводився курс профілактичного бужування. Був навчений сліпому самобужуванню, але через 3 місяці курс самобужування самостійно припинив. Через рік відзначає порушення проходження щільної їжі. Дисфагія поступово прогресувала. При огляді: стан середнього ступеня тяжкості, зниженого харчування.

Рентген: акт ковтання не порушений. У середній третині грудного відділу є стриктура довжиною до 40мм і діаметром по звуженню до 3мм; у нижній третині грудного відділу друга стриктура протягом 35мм із діаметром по звуженню до 6мм. Прохідність барієвої суспензії затруднена. Антральний відділ шлунка являє собою ригідну трубку мінімальним внутрішнім діаметром до 1см. Евакуація зі шлунка з затримкою до 30хв. Повна евакуація через 5 годин.

Була проведена операція: антрум-резекція шлунка за Більрот-II і бужування по запропонованому способі.

Післяопераційний період гладкий. Навчений підтримуючому самобужуванню по нитці-провіднику бужом №40. Задовільно харчується будь-якою добре пережованою їжею. Виписаний у компенсованому стані для проведення курсу самобужування бужом №40 амбулаторне за місцем проживання.

Приклад 3.

Хворий П., 1968р., знаходився на лікуванні в хірургічному відділенні з діагнозом: Подвійна декомпенсована післяопікова рубцева стриктура стравоходу. Дисфагія 4 ступеня. Надійшов зі скаргами на непрохідність по стравоходу навіть рідини і слини протягом 3 днів, слинотеча, слабкість, схуднення на 10кг за останній місяць. З анамнезу: опік стравоходу побутовим хімічним засобом «Кріт». Профілактичне бужування не проводилося. Самовільно залишив лікувальну установу. Вдома насилу харчувався рідкою і напіврідкою їжею; дисфагія прогресувала. Останні 3 дні не проходить навіть рідини і слини. При огляді: стан тяжкий, виснажений, збезводнений.

Рентгенографія стравоходу з тріобрастом: акт ковтання порушений; при великому ковтку контрастна речовина закидається в дихальні шляхи. У верхній третині грудного відділу є стриктура довжиною до 40мм і діаметром по звуженню до 3мм; у нижній третині грудного відділу друга стриктура протягом 60мм із діаметром по звуженню до 4мм. Прохідність водорозчинного контрасту звичайна.

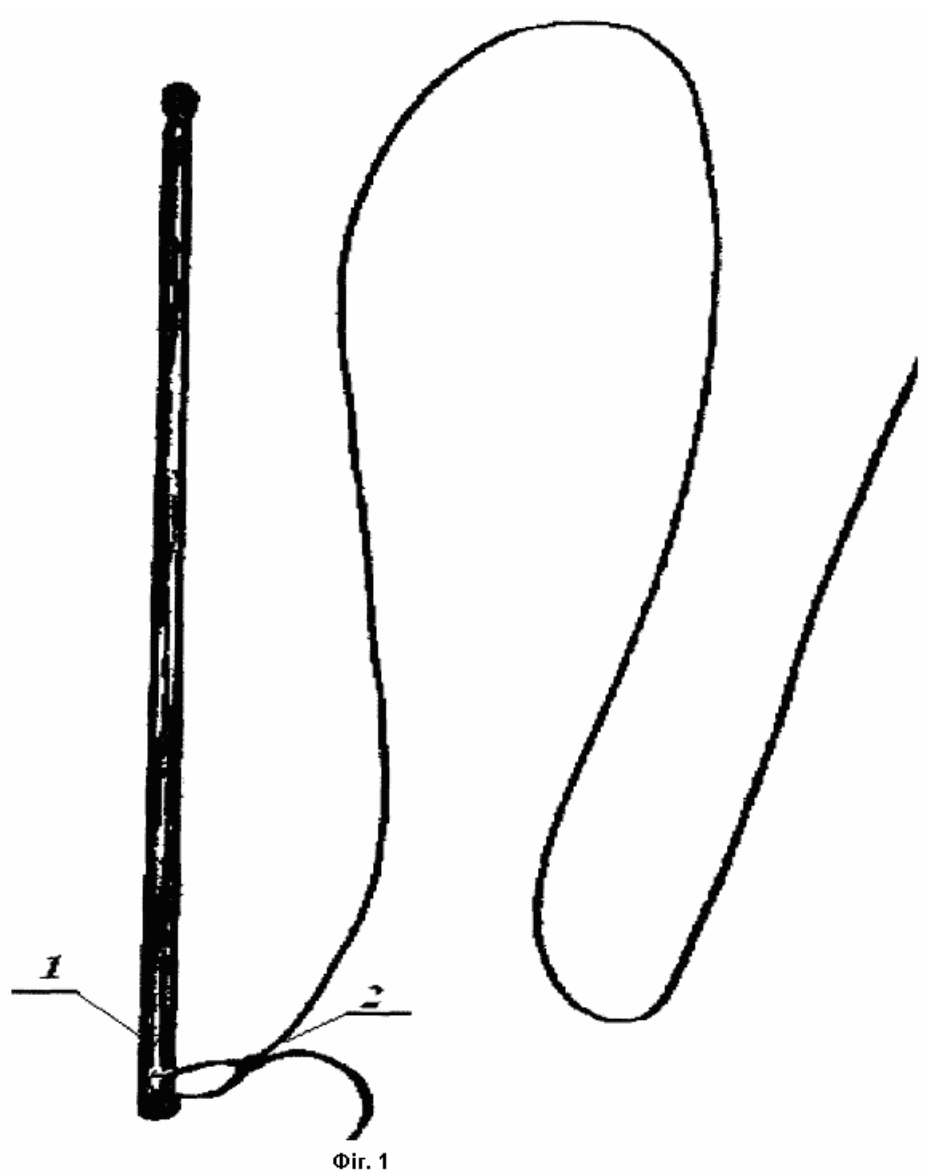
Проводилася форсована дилатація стриктур стравоходу по нитці-провіднику під ендотрахеальним наркозом.

Під час «сліпого» підтримуючого бужування бужом №40 відбулася перфорація стравоходу в нижній третині грудного відділу. Зроблено операцію - трансабдомінальне черездіафрагмальне дренування середостіння двоохпросвітним дренажем; черезгастральна дуоденостомія; установка внутрішньостравохідної нитки-провідника по запропонованому способі.

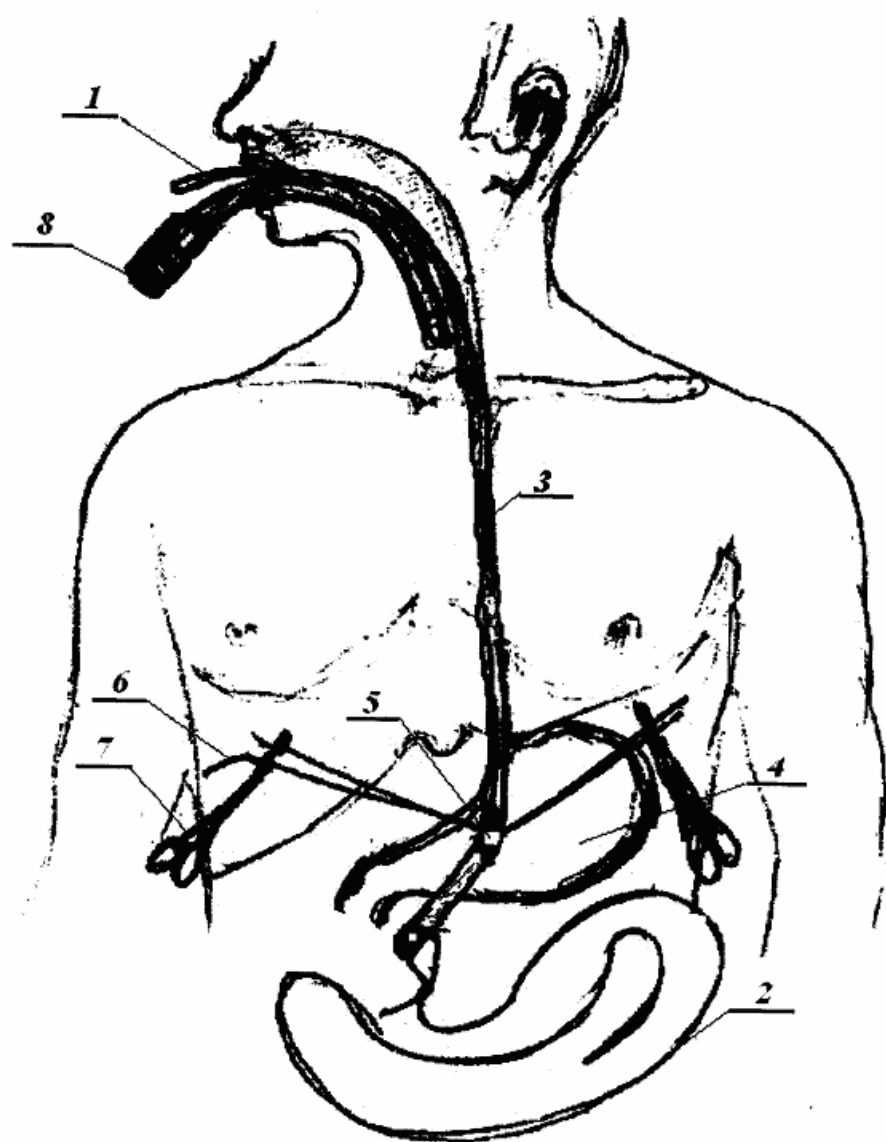
Післяопераційний період гладкий. Навчений підтримуючому самобужуванню по нитці-провіднику бужом №40. Задовільно харчується будь-якою добре пережованою їжею. Виписаний у компенсованому стані для проведення курсу самобужування бужом №40 амбулаторне за місцем проживання.

Наведені приклади підтверджують ефективність запропонованого способу.

Застосування запропонованого способу дозволяє надійно провести та установити нитку-провідник у стравоході, за рахунок застосування мікрогастростоми значно спростити операцію, зменшити її тривалість і травматичність, відносно просто проводити бужування і навчання пацієнтів самобужуванню, і, у підсумку, підвищити якість лікувального бужування хворих з післяопіковими рубцевими стриктурами стравоходу.



Фиг. 1



Фиг. 2

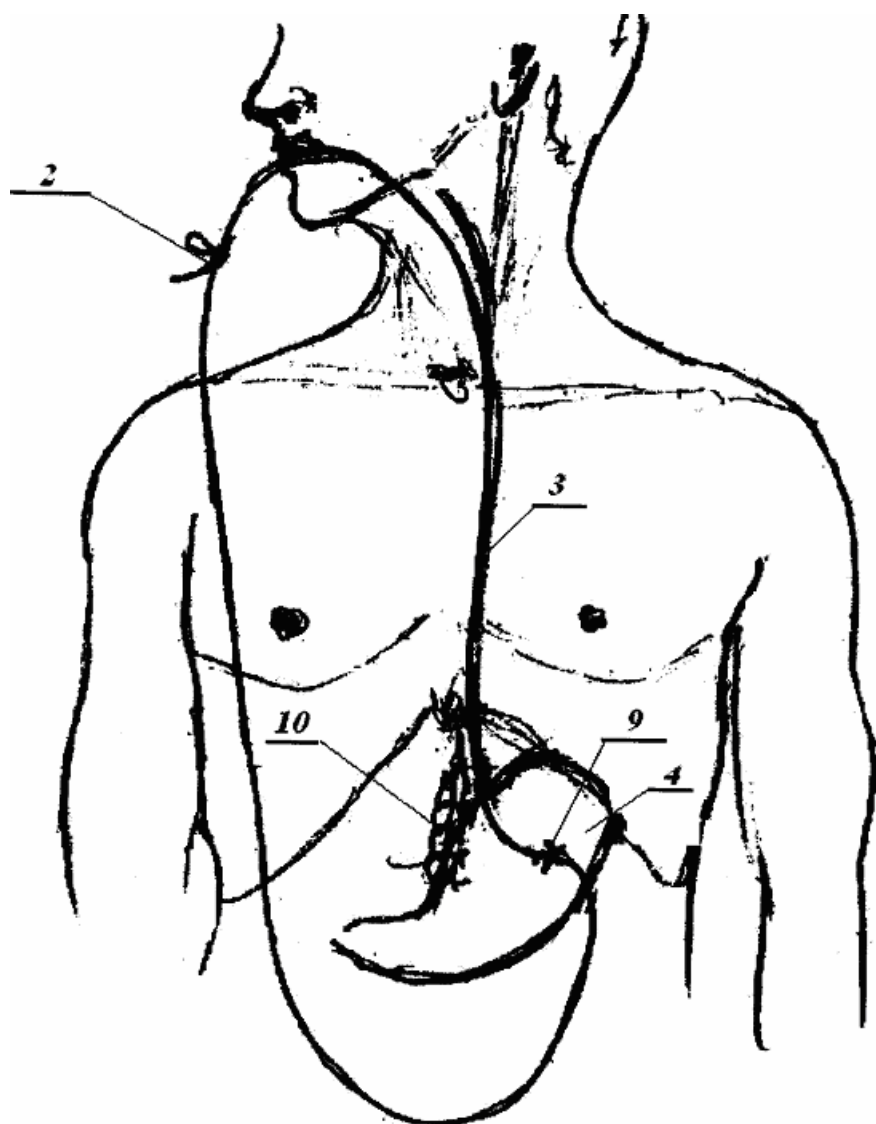


Fig. 3