



УКРАЇНА

(19) UA (11) 15720 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/68
A61P 1/00
A61P 31/04 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ

1

2

(21) u200600212
(22) 10.01.2006
(24) 17.07.2006
(46) 17.07.2006, Бюл. № 7, 2006 р.
(72) Момотов Олександр Григорович, Гриценко Євген Миколайович
(73) Момотов Олександр Григорович, Гриценко Євген Миколайович
(57) Спосіб лікування ентеральної недостатності у дітей, що включає інтубацію тонкої кишки під час

операції одним з відомих методів, який **відрізняється** тим, що в післяопераційному періоді виконують кишковий лаваж 2% розчином натрію хлориду, ентеросорбцію 10% розчином ентеросгелю, селективну деконтамінацію кишечника цефтріаксоном та метрогілом, процедури виконують 3-4 рази на добу до відновлення ефективної кишкової перистальтики.

Запропонована корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії дитячого віку. Одним з провідних факторів в прогресуванні ендогенної інтоксикації та виникненні поліорганної недостатності при гострій кишковій непрохідності та розповсюдженому перитоніті у дітей є синдром ентеральної недостатності. Патогенез синдрому ентеральної недостатності характеризується моторними порушеннями, прогресуючою ішемією кишкової стінки, бактеріальною контамінацією верхніх відділів тонкої кишки, порушенням антиоксидантного захисту, зниженням бар'єрної функції слизової оболонки та змінням її проникливості для мікробів та біологічно активних речовин з розвитком феномену прогресуючої "бактеріальної транслокації". Корекція ентеральної недостатності є важливою складовою в лікуванні розповсюдженого перитоніту та гострої кишкової непрохідності [Андрющенко В.П., Федоренко С.Т., Дворчин О.М. Синдром ентеральної недостатності: погляд на проблему у світлі досвіду клініки // Харківська хірургічна школа. - 2004. - №1-2. - С. 127-129; Саенко В.Ф., Кобза І.І., Куцик Ю.Б., Лаврик А.С. Синдром ентеральної недостатності при гострій непрохідності кишечника і шляхи його корекції // Клінічна хірургія. - 2001. - №7. - С. 5-10; Хрупкин В.И., Алексеев С.А. Синдром энтеральной недостаточности у больных с распространённым перитонитом: оценка степени тяжести и исхода процесса // Вестник хирургии. - 2004. - Т. 163. №2. - С. 46-49].

Основним напрямком в лікуванні ентеральної недостатності є тривала декомпресія кишечника шляхом його інтубації одним з відомих методів. Використання інтубації кишечника у дітей з метою декомпресії тонкої кишки, евакуації її токсичного вмісту, зменшення явищ інтоксикації та дегідратації є патогенетично обгрунтованим [Бліхар В.Э., Білинський В.В., Коновальчук М.В. та ін. Лапаростомія, програмована релапаротомія та інтубація кишечника у лікуванні розлитого гнійного перитоніту в дітей // Шпитальна хірургія. - 2004. - №4. - С. 136-140; Костенко А.А., Батраков И.М., Кареев М.М. и др. Сочетанное применение лапаростомии и дренирования кишечника в лечении перитонита // Детская хирургия. - 2002. - №3. - С. 50-51].

Дренування паретично зміненої тонкої кишки за допомогою зонду та наступною аспірацією в післяопераційному періоді у ряді випадків є достатнім для відновлення фізіологічних функцій ШКТ [Ерюхин И.А., Зубарев П.Н., 1980; Э.А. Нечев и др., 1993], але частіше кишковий зонд використовують для проведення ентеральної терапії [Гаин Ю.М., Леонович С.И., Алексеев С.А. Синдром энтеральной недостаточности при перегоните: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение. - Минск: Молодечно, 2001. - 265с.].

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб лікування гострої кишкової непрохідності та розповсюдженого перитоніту у дітей, що включає

(19) UA (11) 15720 (13) U

декомпресію кишечника шляхом його інтубації одним з відомих методів [Бліхар В.Э., Білінський В.В., Коновальчук М.В. та ін. Лапаростомія, програмова релaparотомія та інтубація кишечника у лікуванні розлитого гнійного перитоніту в дітей // Шпитальна хірургія. -2004. - №4. - С. 136-140; Мишарев О.С., Троян В.В. Декомпрессия желудочно-кишечного тракта при операциях на органах брюшной полости у детей // Хирургия. - 1980. - №7. - С. 102-105].

Недоліками відомого способу є використання інтубаційного зонду тільки з метою декомпресії тонкої кишки, евакуації її токсичного вмісту та як каркасу для попередження зрощень кишкових петель у положенні, що сприяє виникненню непрохідності.

В основу корисної моделі поставлена задача шляхом удосконалення відомого способу досягти підвищення ефективності інтубації кишечника та покращити результати лікування синдрому ентеральної недостатності при гострій кишковій непрохідності та розповсюдженому перитоніті у дітей.

Поставлену задачу вирішують створенням способу лікування ентеральної недостатності у дітей, що включає інтубацію тонкої кишки під час операції одним з відомих методів, який відрізняється тим, що в післяопераційному періоді виконують кишковий лаваж 2% розчином натрію хлориду, ентеросорбцію 10% розчином ентеросгелю, селективну деконтамінацію кишечника цефтріаксоном та метрогілом, процедури виконують 3-4 рази на добу до відновлення ефективної кишкової перистальтики.

Спосіб виконують наступним чином. Під час оперативного втручання проводиться інтубація тонкої кишки одним з відомих методів. В післяопераційному періоді в комплексному лікуванні хворих проводиться ентеральна череззондова терапія, яка передбачає лаваж кишечника фракційним введенням 2% розчину хлориду натрію, ентеросорбцію 10% розчином ентеросгелю, селективну деконтамінацію кишечника цефтріаксоном та метрогілом. Кишковий вміст

видаляється шприцом Жане чи самопливом. Процедури виконуються 3-4 рази на добу до відновлення ефективної перистальтики, покращення стану хворого, під контролем показників ендогенної інтоксикації.

Приклад конкретного виконання. Хвора С., 12 років, історія хвороби №8609, поступила до хірургічного відділення з діагнозом: Гострий гангренозно-перфоративний апендицит, розповсюджений перитоніт. Під час оперативного втручання виявлений розповсюджений гнійно-фібринозний перитоніт, петлі тонкої кишки дилатовані, заповнені рідким вмістом та газом, стінки кишечника інфільтровані, вкриті фібриновими нашаруваннями. Виконана апендикостомія та інтубація тонкої кишки через апендикостому до зв'язки Трейца. В післяопераційному періоді проводилася ентеральна череззондова терапія, що включала лаваж кишечника через зонд фракційним введенням 2% розчину хлориду натрію, ентеросорбцію 10% розчином ентеросгелю у фізіологічному розчині, селективну деконтамінацію кишечника введенням 0.5г цефтріаксону та 100мл метрогілу, з видаленням кишкового вмісту шприцом Жане та самопливом. В післяопераційному періоді стан хворої, прояви синдрому ендогенної інтоксикації контролювалися визначенням показників ЧСС, температурної реакції, лейкоцитозу, лейкоцитарного індексу інтоксикації, гематологічного показника інтоксикації, показника співвідношення вмісту натрію до осмолярності плазми, креатиніну, сечовини. На 2 добу відбулося відновлення перистальтики кишечника, значно зменшилися прояви інтоксикації. Ускладнень в післяопераційному періоді не було. Виписана з одужанням.

Запропонованим способом було проліковано 8 дітей. Всі хворі одужали. Ускладнень пов'язаних з використанням методики не було.

Використання запропонованого способу дозволяє покращити результати лікування гострої кишкової непрохідності та розповсюдженого перитоніту у дітей.