



УКРАЇНА

(19) UA (11) 7084 (13) U

(51) 7 A61M25/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ПРОВЕДЕННЯ ІНТУБАЦІЙНОГО ЗОНДА ЧЕРЕЗ ІЛЕОЦЕКАЛЬНИЙ КЛАПАН ПРИ РЕТРОГРАДНІЙ ІНТУБАЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ**

1

(21) 20040706088  
(22) 22.07.2004  
(24) 15.06.2005  
(46) 15.06.2005, Бюл. № 6, 2005 р.  
(72) Гриценко Євген Миколайович  
(73) Гриценко Євген Миколайович  
(57) Спосіб проведення інтубаційного зонда через ілеоцекальний клапан при ретроградній інтубації

2

тонкої кишки, що передбачає введення зонда з оливою в сліпу кишку через стому або трансанально, який відрізняється тим, що асистент утримує зонд у кишці, а хірург, фіксує оливу зонда одним пальцем, проводить другий палець через ілеоцекальний клапан, інвагінуючи стінку термінального відділу здухвинної кишки, затискає оливу між пальцями та проводить її у здухвинну кишку

Запропонований спосіб відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії.

Відомий спосіб інтубації тонкої кишки довгим зондом відноситься до найважливіших методів сучасного лікування хворих з перитонітом та кишковою непрохідністю. Метою інтубації є декомпресія тонкої кишки, евакуація її токсичного вмісту, введення лікарських та поживних речовин в просвіт кишки. В деяких випадках введений зонд використовують як каркас для попередження зрощень кишкових петель у положенні, що сприяє виникненню непрохідності [див. В. В. Петров, І. В. Кузнецов, А. А. Доміикова, „Інтубація тонкої кишки при ліченні больних с перитонітом і кишечної непрохідністю“, „Хірургія“, 1999, №5, с. 41-44]. Способи інтубації кишечника різноманітні, одним із основних методів інтубації кишечника є ретроградний, який передбачає інтубацію тонкої кишки через пряму кишку або через цекостому чи апендикостому [див. О. С. Мишарев, В. В. Троян „Декомпресія желудочно-кишечного тракта при операціях на органах брюшної порости у дітей“, „Хірургія“, 1980, №7, с. 102-105]. Декомпресія тонкої кишки за допомогою зондів, що проводяться ретроградно, дозволяє уникнути дискомфорту, забезпечує аспірацію кишкового вмісту фізіологічним шляхом, природне переміщення зонду та його виштовхування із кишечника при поновленні повноцінної перистальтики [див. В. Е. Щитинин, А. В. Арапова „Декомпресія желудочно-кишечного тракта при перитоніте і непрохідності кишечника у дітей“, „Хірургія“, 1978, №3, с. 124-127].

Але ряд авторів відзначають технічні складнощі, що виникають під час проходження ілеоцекального клапану [див. О. С. Мишарев, В. В. Троян „Декомпресія желудочно-кишечного тракта при операціях на органах брюшної порости у дітей“, „Хірургія“, 1980, №7, с. 102-105; Ю. Л. Шальков, П. Е. Нечитайло, Т. А. Гришина „Метод декомпресії кишечника в ліченні функціональної кишечної непрохідності“, „Вестник хірургії“, 1977, №2, с. 34-38; Д. Г. Веллер, П. Е. Нечитайло „Ошибки и осложнения при дренировании тонкой кишки“, „Хірургія“, 1981, №3, с. 92-94; В. П. Андрищенко, Я. О. Жовнірук, С. Т. Федоренко „Тривала декомпресія тонкої кишки в хірургічному лікуванні гострої непрохідності кишечника і перитоніту“, „Клінічна хірургія“, 1993, №4, с. 22-25].

Для проведення зонда через ілеоцекальний клапан при інтубації через стому запропоновані використання металевого провідника [див. І. Н. Григович, А. Б. Вальдмая, В. Н. Шуйгин „Ретроградная интубация кишечника при острых заболеваниях органов брюшной порости у детей“, „Хірургія“, 1979, №11, с. 93-95], товстого зонда-провідника [див. В. П. Андрищенко, Я. О. Жовнірук, С. Т. Федоренко „Тривала декомпресія тонкої кишки в хірургічному лікуванні гострої непрохідності кишечника і перитоніту“, „Клінічна хірургія“, 1993, №4, с. 22-25], спеціально розроблених пристроїв [див. Н. М. Зюбрицкий, В. В. Слабинский „Применение декомпресии кишечника при его непрохідности“, „Клінічна хірургія“, 1991, №2, с. 24-26].

(13) U

(11) 7084

(19) UA

Найбільш близьким до запропонованого є прийом Sanderson [див. В. П. Андрущенко, Я. О. Жовнірук, С. Т. Федоренко „Тривала декомпресія тонкої кишки в хірургічному лікуванні гострої непрохідності кишечника і перитоніту“, „Клінічна хірургія“, 1993, №4, с. 22-25], що включає розтин тонкої кишки на відстані 7-10см від ілеоцекального клапану, введення інструменту, яким захоплюють зонд, у сліпу кишку, витягання зонда в тонку кишку та зашивання її стінки.

Недоліками даного способу є необхідність виконання ентеротомії, оскільки можливе виникнення недостатності швів та розвиток перитоніту.

В основу корисної моделі поставлена задача шляхом удосконалення відомого способу полегшити та прискорити проведення інтубаційного зонда через ілеоцекальний клапан та уникнути можливих ускладнень, пов'язаних з виконанням ентеротомії.

Поставлену задачу вирішують створенням способу проведення інтубаційного зонда через ілеоцекальний клапан при ретроградних методах інтубації тонкої кишки, що передбачає введення зонда з оливою в сліпу кишку, який, згідно з корисною моделлю, відрізняється тим, що асистент утримує зонд у кишці, а хірург, фіксуючи оливу зонда I пальцем, проводить II палець через ілеоцекальний клапан, інвагінуючи стінку здухвинної кишки, затискає оливу між пальцями та проводить її у здухвинну кишку.

На малюнку представлена схема проведення інтубаційного зонда через ілеоцекальний клапан запропонованим способом.

Спосіб виконують слідуючим чином. Під час оперативного втручання проводиться трансаналь-

на інтубація кишечника довгим перфорованим зондом з оливою на кінці. Після введення кінця зонду у сліпу кишку асистент утримує його так, щоб олива зонду була розташована на рівні ілеоцекального клапану. Хірург фіксує оливу I пальцем, а II палець руки проводить через ілеоцекальний клапан, інвагінуючи при цьому стінку здухвинної кишки. Затиснувши між пальцями оливу зонду, хірург переміщує її в здухвинну кишку та проводить наступну інтубацію тонкої кишки.

Приклад конкретного виконання. Хворий О., історія хвороби №5986, поступив до хірургічного відділення з діагнозом: Гостра злукова кишкова непрохідність. При оперативному втручанні в черевній порожнині виявлений масивний злуковий процес, петлі тонкої кишки дилатовані, заповнені рідким вмістом та газом. Після роз'єднання злук вирішено провести тотальну інтубацію тонкої кишки трансанальним способом. Довгий перфорований інтубаційний зонд з оливою на кінці проведено через товстий кишечник до сліпої кишки в ділянку ілеоцекального клапана. За допомогою запропонованого способу зонд проведено до здухвинної кишки, час проведення зонда 1,5 хвилини. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Виписаний з одужанням.

Запропонований спосіб було застосовано у 15 хворих. Середній час проведення зонда через ілеоцекальний клапан 2 хвилини.

Використання запропонованого способу дозволяє полегшити та прискорити проведення інтубаційного зонда через ілеоцекальний клапан та уникнути можливих ускладнень, пов'язаних з виконанням ентеротомії.

