



УКРАЇНА

(19) UA (11) 7083 (13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ПРОТОЧНОЇ САНАЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ

1

(21) 20040706086  
(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 проточної санації тонкої кишки шляхом інтубації тонкої кишки під час операції і проведення кишкового лаважу, ентеросорбції, селективної кишкової деконтамінації в післяопераційному пері-

2

оді, який відрізняється тим, що виконують одночасну назоінтестинальну та трансанальну інтубацію тонкої кишки так, щоб певна частина тонкої кишки була інтубована одночасно двома зондами, при цьому лаваж кишечнику, введення препаратів для ентеросорбції, селективної деконтамінації здійснюють по назоінтестинальному, а аспірацію кишкового вмісту виконують по трансанальному зонду.

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. Домнікова „Інтубація тонкої кишки при ліченні больних с перитонітом и кишечной непроходимостью“, „Хирургия“, 1999, №5, с. 41-44]. Способи інтубації кишечника різноманітні, найбільш широке застосування набули проведення зонда через ніс або гастростому [Е. О. Степанов і співавт., Г. А. Гаджімірзаєв і співавт.], ретроградна інтубація через цекостому [І. Н. Григович і співавт.], через ентеростому [О. С. Мішарев і співавт.] і через анальний отвір [С. Я. Долецкий і співавт.]. Кожен із способів має свої переваги та недоліки.

Найбільш близьким до запропонованого є „Зонд для проведення лаважу кишечнику та спосіб проведення лаважу кишечнику“ [А.С №52923 7 А61М23/00], що включає введення розчинів до просвіту кишки з подальшим видаленням кишкового вмісту через встановлений у кишечнику зонд, причому введення розчинів до просвіту кишки

здійснюється через один канал зонда з одночасним видаленням кишкового вмісту через інший.

Недоліками відомого способу є:

1. Ефективність декомпресії кишечнику визначається швидкістю відтоку застійного кишкового вмісту по інтубаційній трубці. Рух рідкого кишкового вмісту по трубці визначається формулою Пуазейля і є зворотно пропорціональним довжині трубки і прямо пропорціональним радіусу трубки у четвертому ступені. Таким чином, використання двопросвітних зондів приводить до зменшення радіусу і погіршенню відтоку кишкового вмісту по інтубаційній трубці [див. О. С. Мішарев, В. В. Троян „Ретроградная интубация тонкой кишки в лечении функциональной кишечной непроходимости у детей“, „Хирургия“, 1982, №8, с. 94-98; С. Г. Григорьев, В. П. Сангин, В. С. Майзлин „Интубация кишечника при перитоните“, „Хирургия“, 1990, №7, с. 136-139].

2. Найбільш розповсюдженим способом інтубації є назоінтестинальний [див. В. М. Перепада „Назоінтестинальна інтубація в комплексному лікуванні непрохідності кишечника та розповсюдженого перитоніту“, Автореф. Дис. канд. мед. наук., Київ, 2003]. При його використанні здійснення лаважу кишечнику вимагає проведення аспірації кишкового вмісту в нефізіологічному напрямку.

По даним Е. А. Беюл и Н. Й. Екшениной [див. Е. А. Беюл, Н. Й. Екшенина „Хронические энтериты и колиты“. М. 1975] у здорових людей верхній відділ тонкої кишки практично вільний від мікроорганізмів. При парезі в тонкій кишці посилено роз-

(13) U

(11) 7083

(19) UA

вивається аутохтонна мікрофлора, крім того кишка колонізується аллохтонною мікрофлорою із дистальних відділів тонкої та із товстої кишки [див. Э. А. Нечаев, А. А. Курыгин, М. Д. Ханевич „Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости“ Ст-Петербург, 1993, В. Чадвик, С. Филипс „Гастроэнтерология“ Пер. С. англ. М., 1985 2 ]

Таким чином, використання такого напрямку аспірації кишкового вмісту посилює бактеріальну контамінацію верхніх відділів тонкої кишки

3 Згідно з прототипом проводиться одночасне введення розчинів для лаважу та видалення кишкового вмісту. Для цього необхідно проведення постійної активної аспірації, яка приводить до присмоктування кишкової стінки до отворів на всьому протязі дренажної трубки

4 При типових способах інтубації через декілька годин після операції гофрована частина кишки „сповзає“ з зонда і інтубованою залишається значно менша її частина [див. И. Н. Григович, А. Б. Вальдман, В. Н. Шуйгин «Ретроградная интубация кишечника при острых заболеваниях органов брюшной полости у детей», «Хирургия», 1979, №11, с. 93-95] Ускладнюється аспірація кишкового вмісту з неінтубованої ділянки кишки, а також виникає загроза злукової кишкової непрохідності на нешинований ділянці [див. О. С. Мишарев, В. В. Троян «Ретроградная интубация тонкой кишки в лечении функциональной кишечной непроходимости у детей», «Хирургия», 1982, №8, с. 94-98]

В основу корисної моделі поставлена задача шляхом удосконалення відомого способу досягти підвищення ефективності інтубації кишечника та покращити результати лікування синдрому ентеральної недостатності та ендогенної інтоксикації при набутій кишковій непрохідності та перитоніті

Поставлену задачу вирішують створенням способу проточної санації тонкої кишки, що включує інтубацію кишечника під час операції, а в післяопераційному періоді кишковий лаваж, введення препаратів для ентеросорбції, селективної кишкової деконтамінації, який, згідно з корисною моделлю, відрізняється тим, що виконують одночасну назоінтестинальну та трансанальну інтубацію тонкої кишки так, щоб певна частина тонкої кишки була інтубована одночасно двома зондами, при цьому лаваж кишечника, введення препаратів для ентеросорбції, селективної деконтамінації здійснюють по назоінтестинальному, а аспірацію кишкового вмісту виконують по трансанальному зонду

На малюнку представлена схема інтубації кишечника для проведення проточної санації тонкої кишки

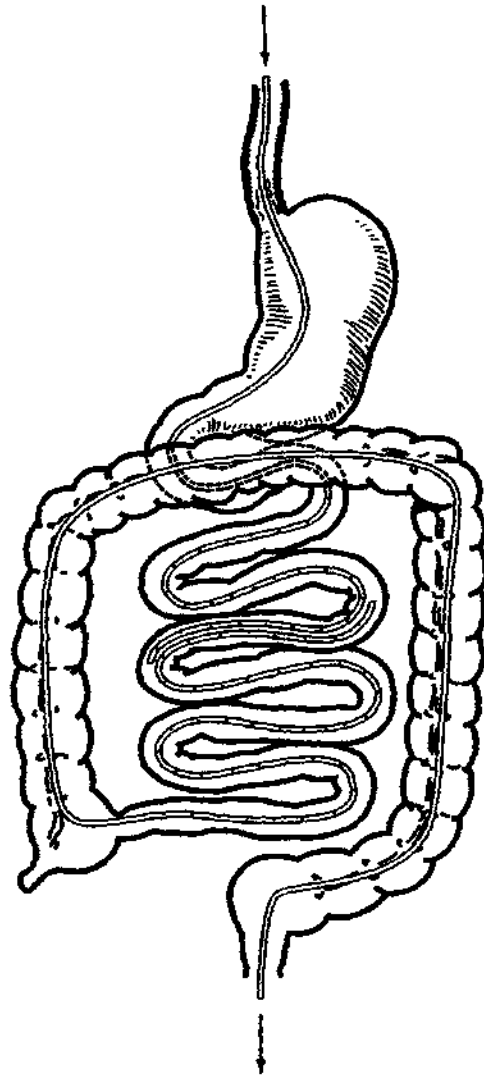
Спосіб виконують наступним чином. Під час оперативного втручання проводиться назоінтести-

нальна та трансанальна інтубація тонкої кишки так, що 30-50см тонкої кишки інтубуються одночасно двома зондами. В цьому випадку при будь-якому напрямку „зисковзування“ кишки вона всеодно залишається шинованою на одному із зондів. В післяопераційному періоді в комплексному лікуванні хворих проводиться проточна санація тонкої кишки, яка передбачає лаваж кишечника по назоінтестинальному зонду фракційним введенням 2% розчину хлориду натрію, введення сорбентів, антибактеріальних препаратів для селективної деконтамінації. Кишковий вміст видалається у фізіологічному напрямку по трансанальному зонду, як шляхом періодичної активної аспірації, так і шляхом пасивного відтоку

Приклад конкретного виконання. Хворий Х., історія хвороби №3926, поступив 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, виражений злуковий процес в черевній порожнині. Після роз'єднання злук та санації черевної порожнини проведена інтубація тонкої кишки двома довгими перфорованими зондами назоінтестинально та трансанально таким чином, що 40см тонкої кишки були заінтубовані одночасно двома зондами. Зібрана та шинована на зонді тонка кишка укладена петлями в черевну порожнину, черевна порожнина зашита. В післяопераційному періоді проводилася проточна санація тонкої кишки шляхом лаважу кишечника через назоінтестинальний зонд фракційним введенням по 200-300мл 2% розчину хлориду натрію до 1,5л, 80г ентеросгелю у фізіологічному розчині, введенням 0,5г цефокситину та 100мл метраглу, з видаленням кишкового вмісту по трансанальному зонду шляхом періодичної активної аспірації та пасивного відтоку. В післяопераційному періоді стан хворого, прояви синдрому інтоксикації контролювалися визначенням показників ЧСС, температурної реакції, лейкоцитозу, лейкоцитарного індексу інтоксикації, креатиніну, сечовини, рівня молекул середньої маси. На 3 добу відбулося відновлення ефективної перистальтики кишечника, значно зменшилися прояви інтоксикації. Ускладнень в післяопераційному періоді не було. Виписаний з одужанням.

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

Використання запропонованого способу дозволяє покращити результати лікування хворих з набутотою кишковою непрохідністю та перитонітом.



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100