



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40228 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ІНТУБАЦІЇ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРИТОНИТУ

1

2

(21) u200813415

(22) 20.11.2008

(24) 25.03.2009

(46) 25.03.2009, Бюл. № 6, 2009 р.

(72) ЧУРПІЙ ІГОР КОСТЯНТИНОВИЧ, UA, ЧУРПІЙ
ВОЛОДИМИР КОСТЯНТИНОВИЧ, UA, ЧУРПІЙ
КОСТЯНТИН ЛЕОНІДОВИЧ, UA(73) ЧУРПІЙ ІГОР КОСТЯНТИНОВИЧ, UA, ЧУРПІЙ
ВОЛОДИМИР КОСТЯНТИНОВИЧ, UA, ЧУРПІЙ
КОСТЯНТИН ЛЕОНІДОВИЧ, UA(57) Спосіб інтубації тонкої кишки традиційним
способом шляхом поступальних рухів зонда, який
відрізняється тим, що додатково проводять цир-
кулярні рухи навколо осі зонда, що полегшує про-
ходження нижньої горизонтальної та висхідної
частин дванадцятипалої кишки.

Спосіб відноситься до медицини, зокрема до хірургічної техніки і може бути використаний для інтубації тонкого кишечника при лікуванні перитоніту різної етіології.

Розповсюдженний перитоніт (РП), як ускладнення гострої хірургічної патології органів черевної порожнини, залишається основною причиною летальності при цих захворюваннях [1, 2], і коливається від 16 до 92% в залежності від форми та розповсюдженості [3]. Висока летальність змушує хірургів шукати нові шляхи боротьби з даною патологією.

Як прототип, найближчий по технічній суті, нами вибраний винахід "Спосіб проведення інтубаційного зонда через дванадцятипалу кишку при антеградних методах інтубації тонкої кишки" №2003032663 від 1.08.2003р., свідоцтво на рац-пропозицію №8, видане Вінницьким національним медуніверситетом від 28.02.2003р. [4].

Описана методика крім позитивного лікувального ефекту має ряд недоліків. Основний з них це розсічення очеревини та відшарування жирової клітковини навколо головки підшлункової залози для проходження ділянки дванадцятипалої кишки (ДПК). Все це призводить до розповсюдження інфекції в заочеревинний простір при перитоніті, що вимагає додаткового дренирування заочеревинного простору.

Для усунення вказаних недоліків нами поставлено завдання, яке полягає в оптимізації техніки проведення зонда в тонкий кишечник.

При інтубації тонкого кишечника найбільш складний етап є проведення зонда через ДПК. Суть запропонованого методу полягає в тому, що при проходженні передньої і латеральної стінок ДПК крім поступальних ми проводим циркулярні

рухи, що полегшує проходження зондом даного відділу кишки, що є найбільш технічно складним.

Створений спосіб інтубації тонкого кишечника полягає в тому, що після проходження пілоричного відділу, верхньої горизонтальної частини ДПК його продовжують проводити далі правою рукою, тоді як пальцями лівої спрямовують кінчик зонда донизу, в низхідну частину ДПК. Поряд з традиційними поступальними рухами ми додатково проводим циркулярні рухи навколо осі зонда що полегшує проходження нижньої горизонтальної та висхідної частин дванадцятипалої кишки.

Технічний результат досягається шляхом доповнення поступальних рухів циркулярними при проходженні нижньої та висхідної частин ДПК.

Відмічено, що в порівнянні з традиційною методикою додаткове використання циркулярних рухів полегшує проходження складних ділянок. Це дозволило зменшити травматизацію тканин кишечника та скоротити час операції.

Приклад 1. Хворий К., 1968р.н. Поступив через 13 години від початку захворювання. Діагноз: Гостра странгуляційна кишкова непрохідність. Розлитий серозно-фібринозний перитоніт. Операція: Лапаротомія. Ліквідація непрохідності. Роз'єднання злук. Інтубація тонкого кишечника. Санація та дренирування черевної порожнини. Виписаний на 8 добу із стаціонару в задовільному стані.

Створений спосіб інтубації тонкого кишечника у хворих з перитонітом, дає можливість усунути розповсюдження інфекції в заочеревинний простір, уникнути додаткового дренирування заочеревинного простору, зменшити травматизацію кишки, скоротити час операції.

Доповнення до методики інтубації тонкого кишечника є простим, не вимагає складних пристро-

(13) U

(11) 40228

(19) UA

сувань чи обладнання, спеціальної підготовки персоналу, невеликий діапазон проти показів (анатомічна будова ДПК), може бути легко впроваджена в хірургічному стаціонарі.

Джерела інформації:

1. Ашрафов Р.А., Давыдов М.М. Дренирование и лаваж брюшной полости, декомпрессия и лаваж полых органов желудочно-кишечного тракта в лечении перитонита. //Хирургия. -2001. -№2. -С.56-58.

2. Андрющенко В.П., Федоренко С.Т., Дворчин О.М. Ефективність різних методів декомпресії тон-

кої кишки в хірургічному лікуванні гострої кишкової непрохідності та розповсюдженого перитоніту. //Новые технологии в хирургии. -К.: Арт График. -1997. -С.84.

3. Бондарев Р.В. Особенности хирургического лечения больных с острым разлитым перитонитом //Шпитальна хірургія. -2004. -№2. -С.141-144.

4. Феджага О.П. Оптимізація показів та вибору способу інтубації тонкої кишки при розповсюдженому перитоніті і гострій кишковій непрохідності //Автореферат кандидатської дисертації. Вінниця. -2004.