



УКРАЇНА

(19) UA (11) 4336 (13) U
(51) 7 A61B17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ІНТУБАЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ

1

(21) 20040403095
(22) 26.04.2004
(24) 17.01.2005
(46) 17.01.2005, Бюл. № 1, 2005 р.
(72) Довженко Олексій Миколайович, Бурлаченко
Костянтин Русланович, Ребров Юрій Семенович,
Феськов Олександр Ернестович

2

(73) Харківська медична академія післядипломної освіти
(57) Спосіб інтубації тонкої кишки, який включає ретроградне введення зонда в тонку кишку через троакар, який відрізняється тим, що троакар проводять заочеревинним доступом через отвір в задній стінці висхідної ободової кишки і далі через баугінієву заслінку в клубову кишку.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для інтубації тонкої кишки при декомпенсованій тонкокишковій непрохідності різного генезу, що ускладнена перитонітом, і при перитоніті у хворих з важким загальносоматичним станом.

Серед гострої хірургічної патології органів черевної порожнини кишкова непрохідність є захворюванням, складним для діагностики та лікування, котре супроводжується високою післяопераційною летальністю [Неотложная хирургическая гастроэнтерология (руководство для врачей) под ред. А.А. Курыгина, Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко. - СПб: Питер, 2001. - 480с.]. Однією з складових частин хірургічного втручання у хворих з кишковою непрохідністю є дренування кишечника, мета якого полягає в ліквідації внутрішньокислової гіпертензії, евакуації токсичного внутрішньокислового вмісту і відновленні його моторно-евакуаторної функції. Проте, у ряді випадків, ця травматична маніпуляція значно підвищує ризик оперативного втручання. Особливо це відноситься до хворих, котрі поступають в хірургічне відділення у важкому стані з ускладненими формами кишкової непрохідності і при поширеному перитоніті іншої етіології.

Відомі різні способи інтубації тонкої кишки, кожен з яких має свої переваги і недоліки [Нечаев Э.А., Курыгин А.А., Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости. - СПб: Росмедполис, 1993 - 239с.]. Трансназальна інтубація кишечника супроводжується ускладненнями з боку дихальної системи і труднощами при проведенні зонда через дванадцятипалу кишку, трансанальне проведення зонда - труднощами при проходженні селезінкового і печінкового вигинів ободової кишки. При застосуванні відкритих методів (з проведенням зонда че-

рез гастростому, ентеростому, колостому) існує небезпека контамінації черевної порожнини кишковим вмістом, неспроможності кишкових швів і відходження стоми в післяопераційному періоді, особливо на фоні перитоніту [Бухтояров Ю.В., Замятин П.Н., Редькина Т.Н., Редькин В.Г., Карев Д.В. Интубация кишечника при перитоните и кишечной непроходимости. Неотложная хирургия органов брюшной полости. - Краснодар. - 1994 - С.72-73.].

Найбільш близьким способом інтубації тонкої кишки, який вибраний за прототип, є трансабдомінальний спосіб цексентеростомії, котрий базується на проведенні зонда в тонку кишку за допомогою троакара через отвір в сліпій кишці [Апоян В.Т., Геворкян И.Ю. Троакар для цексентеростомии и энтеростомии Клиническая хирургия. - 1992. - №2. - С.65-66]. Недоліки способу полягають в тому, що формування цексостомії подовжує час операції, може ускладнюватися контамінацією черевної порожнини (як всі відкриті способи) і неспроможністю кишкових швів з відходженням стоми від передньої черевної стінки в умовах перитоніту.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу інтубації тонкої кишки, при якому за рахунок зміни доступу і місця введення троакара забезпечується швидкість і малотравматичність інтубації тонкої кишки та попереджується розвиток абдомінальних ускладнень в післяопераційному періоді у хворих з наявністю загальних і місцевих протипоказань до трансназального і відкритих трансабдомінальних методів інтубації.

Поставлена задача вирішується в способі інтубації тонкої кишки, який здійснюють шляхом ретроградного проведення зонда в кишку через троакар, згідно корисної моделі, троакар проводять

(13) U

(11) 4336

(19) UA

заочеревинним доступом через отвір в задній стінці висхідної ободової кишки і далі через баугінієву заслінку в клубову кишку.

Завдяки заочеревинній локалізації колостомічного отвору попереджується додаткова контамінація черевної порожнини і усувається ризик абдомінальних ускладнень (неспроможності швів і відходження стоми), властивих відкритим методам дренування кишечника.

Спосіб, який заявляється, здійснюють таким чином. Після виконання лапаротомії і основного етапу операції (усунення перешкоди і джерела перитоніту), санації і дренування черевної порожнини, справа по задній паховій лінії на 1-2 см вище гребеня клубової кістки виконують розріз шкіри, клітковини і апоневроза до 1,5 см завдовжки. В розріз тканин вводять троакар. При пальпаторному і візуальному контролі з боку черевної порожнини за допомогою троакара із закругленим кінцем стилета в заочеревинному просторі формують тунель до задньої стінки висхідної ободової кишки, розташованої позаочеревинно. Після досягнення задньої стінки висхідної ободової кишки стилет троакара замінюють на загострений і виконують пункцію кишкової стінки в цій ділянці. Після проникнення в просвіт кишки стилет знов замінюють на закруглений і троакар проводять через баугінієву заслінку в термінальний відділ тонкої кишки. Стилети троакара видаляють і через гільзу в клубову кишку вводять інтубаційний зонд Міллера-Ебота. Зонд просувають по тонкій кишці вручну ретроградно до зв'язки Трейца. За допомогою електровідсмоктувача евакуюють кишковий вміст. Гільзу троакара знімають із зонда, зонд фіксують до шкіри. Такий спосіб дозволяє провести інтубацію тонкої кишки безперешкодно і швидко.

Приклад 1. Хворий М., 68 років, історія хвороби №4521, поступив в клініку 24.09.03г. через 12 діб від початку захворювання в край важкому стані з діагнозом розлитий перитоніт. Після передопераційної підготовки хворий був прооперований. Джерелом перитоніту був деструктивний калькульозний холецистит з формуванням перивезикального абсцесу і проривом останнього в черевну порожнину. У всіх відділах черевної порожнини до 800 мл густого смердючого гною, петлі тонкої кишки роздуті до 6 см в діаметрі, заповнені рідиною, покриті на всьому протязі товстим шаром фібрину. Проведена холецистектомія, санація і дренування черевної порожнини за Петровим, окремо дренована порожнина абсцесу. Справа по задній паховій лінії на 1-2 см вище за гребінь клубової кістки проведений розріз шкіри, підшкірної клітковини і апоневроза до 1,5 см завдовжки. При пальпаторному і візуальному контролі з боку черевної порожнини в заочеревинному просторі троакар із закругленим кінцем стилета проведений до задньої стінки висхідної ободової кишки. Стилети троакара замінений на загострений, пунктирована кишкова

стінка в цій ділянці. Загострений стилет знов замінений на закруглений і троакар проведено через баугінієву заслінку в клубову кишку. Стилети троакара видалено і через гільзу введений зонд Міллера-Ебота. Зонд проведений по тонкій кишці вручну ретроградно до зв'язки Трейца з одночасною евакуацією вмісту електровідсмоктувачем. Технічних труднощів при проведенні зонда не було. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Зонд видалений на 8-му добу. Після видалення зонда з каналу, де він знаходився, через норицю поступало до 50-60 мл виділень на добу. Хворий виписаний із стаціонару на 16-ту добу в задовільному стані. Нориця закрилася самостійно за два тижні після виписки.

Приклад 2. Хвора Х., 75 років, історія хвороби №5186, поступила в клініку 13.10.03г. з діагнозом: гостра кишкова непрохідність, розлитий перитоніт. Раніше (8 років тому) хвора була оперована з приводу гангренозно-перфоративного апендициту з дифузним гнійним перитонітом. Протягом чотирьох днів було відсутнє випорожнення і не відходили газу. В процесі обстеження в стаціонарі виявлена запущена тонкокишкова непрохідність, ускладнена перитонітом. Після підготовки хвора прооперована. Виконана середина лапаротомія, при ревізії встановлено, що причиною непрохідності є злукочий процес (безліч площинних злук в термінальному відділі клубової кишки) з обтурацією просвіту клубової кишки. Тонка кишка переповнена рідким вмістом і газами, стінка покрита фібрином. Діаметр її в дистальних відділах складав 8 см, а в проксимальних - 5 см. Перистальтичні хвилі не визначались. Були явища розлитого фібринозно-гнійного перитоніту, фаза перитоніту по сукупності критеріїв була розцінена як токсична. Проведений ентероліз, вісцероліз. Черевна порожнина санована і дренована. Заочеревинним доступом за допомогою троакара пунктирована висхідна ободова кишка, троакар проведений через баугінієву заслінку в клубову кишку. Через троакар інтубована тонка кишка на всьому протязі. Евакуйовано більш 2-х літрів кишкового вмісту. Зонд фіксований до шкіри. Перебіг післяопераційного періоду був важкий. Хвора отримувала адекватну інфузійну, дезінтоксикаційну і антибактеріальну терапію. Післяопераційний період ускладнився неспроможністю швів лапаротомної рани і евентрацією III ступеня. Евентрація була ліквідована оперативним шляхом. Зонд з кишечника видалений на 11-ту добу, після чого залишилася неповна товстокишкова нориця з невеликим дебітом - до 120 мл рідкого виділення на добу. Хвора виписана із стаціонару на 22-гу добу. Товстокишкова нориця закрилася самостійно через 1,5 місяці.

Таким чином, запропонований спосіб інтубації тонкої кишки дозволяє зменшити травматичність оперативного втручання і знизити ризик післяопераційних абдомінальних ускладнень.