



УКРАЇНА

(19) UA (11) 50481 (13) A

(51) B 6 A61B17/00, A61M25/01

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

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ

1

2

(21) 2002010543

(22) 22 01 2002

(24) 15 10 2002

(46) 15 10 2002, Бюл. № 10, 2002 р.

(72) Сидорчук Руслан Ігорович, Кнут Руслан Петрович, Дикий Максим Васильович, Сидорчук Лариса Петрівна

(73) Сидорчук Руслан Ігорович, Кнут Руслан Петрович, Дикий Максим Васильович, Сидорчук Лариса Петрівна

(57) Спосіб хірургічного лікування абдомінального сепсису, що включає дренування тонкої кишки, який **відрізняється** тим, що дренування здійснюють шляхом введення в порожнину тонкої кишки під час операції, послідовно через носоглотку, стравохід та шлунок зонда, який складається з поліетиленової трубки, з'єднаної за допомогою кулеподібного шарніра з наконечником (провідником), який діаметром перевищує діаметр зонда

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до клінічної хірургії і може бути застосований в стаціонарі для хірургічного лікування абдомінального сепсису

Цілий ряд захворювань органів черевної порожнини призводить до розвитку особливого патологічного стану - абдомінального сепсису. Висока летальність і незадовільна ефективність лікування обумовлюють необхідність розробки нових методів його лікування.

В патогенезі розвитку абдомінального сепсису головну роль відіграє патогенна мікрофлора кишки, яка за умов розвитку гострих запальних процесів черевної порожнини долає захисні бар'єри організму та розповсюджується в кровоносне русло. Оскільки кишкова мікрофлора є основним джерелом транслокації патогенних та умовно патогенних мікробів, в клініці хворим з абдомінальним сепсисом важливим методом лікування є дренування порожнини тонкої кишки - ентєросанація.

За прототип прийнято спосіб хірургічного лікування абдомінального сепсису, що включає дренування порожнини тонкої кишки шляхом введення в неї (порожнину тонкої кишки) послідовно через носоглотку, стравохід, шлунок, поліетиленової трубки (зонда) з потовщенням (1 1/2 діаметру) на кінці (наконечником), що призначена для видалення вмісту порожнини тонкої кишки (див. Schwartz S.I., Shires T.G., Spencer F.C., Storer E.H. Principles of Surgery - McGraw-Hill Book Company New York - 1989 - Vol 2 - P 1405-1410).

Недоліком прототипу є те, що виникають значні технічні труднощі під час введення зонду в про-

світ тонкої кишки в умовах розвитку запального процесу в черевній порожнині. Це зумовлюється особливостями анатомічної будови, зокрема тим, що зменшується (менше 90°) обумовлений зв'язкою Трейтца кут переходу дванадцятипалої кишки у порожню, а також тим, що жорстко фіксований до трубки наконечник упирається в стінку кишки по ходу каналу дванадцятипалої кишки. В такій ситуації введення зонду прототипу стає практично неможливим, оскільки поліетиленова трубка (зонд) згинається і подальші фракційні рухи призводять тільки до його (зонду) подальшого перегинання та скручування.

В основу винаходу покладене завдання розробити такий спосіб хірургічного лікування абдомінального сепсису, який включає дренування тонкої кишки, в якому шляхом зміни форми наконечнику зонду та способу його з'єднання з трубкою досягається зниження ймовірності виникнення технічних труднощів при його введенні в порожнину тонкої кишки.

Поставлене завдання вирішується тим, що запропоновано спосіб хірургічного лікування абдомінального сепсису, який включає дренування порожнини тонкої кишки, у якому, згідно з винаходом, дренування здійснюють шляхом введення в неї під час операції, послідовно через носоглотку, стравохід та шлунок зонду, який складається з поліетиленової трубки 3, з'єднаної за допомогою кулеподібного шарніру 2 (Fig.) з наконечником 1 (провідником), який діаметром перевищує діаметр зонду.

Конкретний приклад виконання способу

(13) A

(11) 50481

(19) UA

Під час операції, після виконання етапів оперативного втручання, що передують ентєросанації, в носоглотку вводиться зонд, який складається з поліетиленової трубки діаметром 10-15мм з наконечником 1, які з'єднані за допомогою кулеподібного шарніру 2 (Фіг.)

При цьому жорсткий та потовщений наконечник, що гнучко з'єднується з трубкою, дозволяє

проводити зонд практично в будь-яких умовах, зокрема при проходженні зв'язки Трейца під гострим кутом

Застосування запропонованого винаходу дозволяє, при незначному підвищенні собівартості зонду, досягти значного полегшення в процесі його введення та покращання ефективності використання ентєросанації в лікуванні таких хворих

Таблиця

Порівняльна характеристика ефективності хірургічного лікування абдомінального сепсису відомим і запропонованим способом

Прототип	Кількість прооперованих	Кількість хворих, у яких зустрічались технічні труднощі при інтраопераційному введенні зонду	Ефективність лікування, %
Відомий спосіб	11	6	45,46
Запропонований метод	7	1	85,71

#### Клінічний приклад

Хвора П., 1946 року народження, історія хвороби № 3371 21.11.2001р. поступила зі скаргами на сильний біль в животі, нудоту, погіршення самопочуття, підняття температури тіла, симптоми виникли після погрішностей в дієті. Хворіє впродовж 4 років на виразкову хворобу шлунка. Двічі на рік впродовж 3 років проходила курс лікування в гастроентерологічному відділенні обласної клінічної лікарні. За останній рік, в зв'язку з добрим самопочуттям та сімейними обставинами профілактичного лікування не проходила. Об'єктивно при поступленні загальний стан середньої важкості, шкіра та видимі слизові оболонки блідої кольору. Відмічено тахікардію та зниження артеріального тиску (ЧСС - 106, АТ - 105/60 мм рт.ст.). Живіт напружений, піддутий, пальпація болюча на всьому протязі, симптоми подразнення очеревини різко позитивні. На оглядовій рентгенограмі живота виявлено вільний газ під куполом діафрагми. Виставлено робочий діагноз: перфоративна виразка шлунка, розлитий перитоніт, абдомінальний сепсис. Виконано операцію лапаротомія, висічення виразки шлунка по Джаду з тампонадою гастротомічного отвору за Оррел-Полікарповим, дренування очеревинної порожнини. В зв'язку із розвитком симптомів абдомінального сепсису та парезом кишечника було прийняте рішення про інтраопераційне введення зонду в тонкий кишечник для ентєросанації. Однак введення звичайного зонду-прототипу виявилось неможливим, оскільки кут переходу дванадцятипалої кишки в порожню становив навіть після часткової мобілізації та вивільнення з зрощень 30-45°. Час витрачений на спробу введення зонду-прототипу становив 27 хв. Вирі-

шено скористатись розробленим способом. Інтубацію кишечника здійснено успішно. Час введення становив 18 хв.

Інтоксикаційний синдром та інші симптоми абдомінального сепсису куповані на третій день післяопераційного періоду. На п'ятий день післяопераційного періоду зонд з кишечника був остаточно видалений, при огляді визначена його абсолютна функціональна придатність. На сьомий день шви з рани зняті, рана загоїлась первинним натягом, в задовільному стані хвора виписалась додому.

Хворий А., 1949 року народження, історія хвороби № 3584 24.12.2001р. поступив із зі скаргами на різкі болі в животі. Хворіє на протязі чотирьох діб. За результатами об'єктивного обстеження та при динамічному нагляді виставлено діагноз "гострий живіт". Інтоксикаційний синдром та синдром загальної запальної реакції організму підтвердили наявність абдомінального сепсису у хворого. 24.12.2001р. проведена операція середньосерединна лапаротомія. При ревізії органів очеревинної порожнини встановлено наявність серозно-фібринозного екссудату, кишечник роздутий, судини очеревини розширені. Апендикулярний відрізок гангренозно змінений, на верхівці перфорація до 0,4см в діаметрі. Проведено апендектомію, санацію та дренування порожнини тонкої кишки за розробленим способом. Ентєросанація здійснювалась без ускладнень. На третій день зонд видалено повністю. Шви зняті на восьму добу після операції. Затримка вмісту кишки під час всього періоду дренування не спостерігалась. Ранніх та пізніх ускладнень післяопераційного періоду не було.

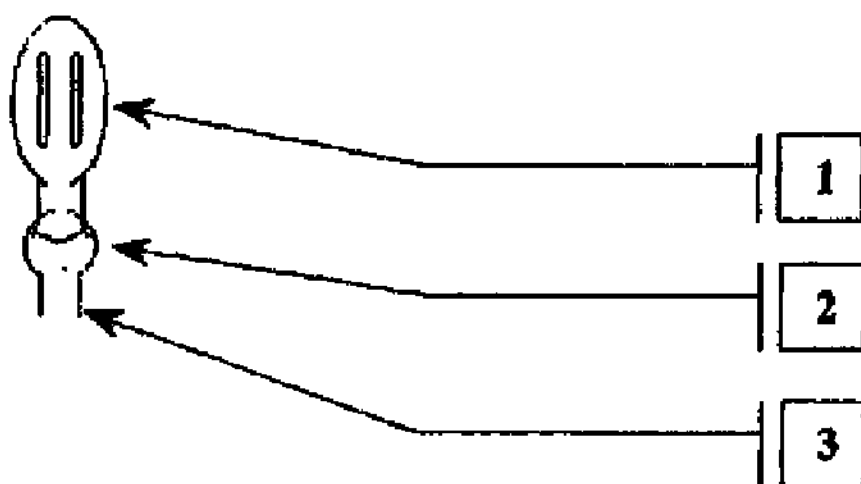


Fig.