



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 58942

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

1

2

(21) 2002119486

(22) 28 11 2002

(24) 15 08 2003

(46) 15 08 2003, Бюл. № 8, 2003 р.

(72) ЧЕМОДАНОВ ЄВГЕН БОРИСОВИЧ

(73) КРИМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. С.І. ГЕОРГІЄВСЬКОГО(57) Спосіб лікування післяопераційної кишкової
непрохідності, що включає укладання і фіксацію

тонкого кишечника, який відрізняється тим, що здійснюють внутрішнє шинкування петель тонкої кишки протягом 1,5-2 тижнів з одночасним проведенням декомпресії тонкого кишечника, при чому оральний кінець декомпресійного зонда проводять до рівня шлунку, а анальний кінець виводять назовні через мікроцекастому

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаний для хірургічного лікування і профілактики післяопераційної спайкової кишкової непрохідності.

За прототип обрано спосіб лікування післяопераційної спайкової кишкової непрохідності (Патент №2071728 - А61В18/00 Спосіб лечения спаечной кишечной непроходимости Шапошников О.В., Шапошников В.И. RU БИ №2 - 20 01 97 - С 118), який включає укладання петель тонкої кишки в поперечному напрямку стосовно подовжньої осі черевної порожнини шляхом проведення 2-4 поздовжньо-наскрізних пластмасових дренажних трубок діаметром 8-10мм через брижі кожної петлі тонкої кишки на 0,5-1см нижче аркади в безсудинній зоні.

Технічний результат підвищення ефективності лікування.

Ознаками, які співпадають із загальними ознаками винаходу, є укладання і фіксація тонкого кишечника.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату є неможливість на всьому протязі зафіксувати весь тонкий кишечник, близько 70см термінального відділу клубової кишки залишаються вільними в черевній порожнині, що підвищує ризик розвитку рецидиву ранньої післяопераційної спайкової кишкової непрохідності, відсутність умов для інтубації і декомпресії тонкого кишечника, що призводить до прогресування паралітичної кишкової непрохідності, наростання синдрому ендогенної інтоксикації, поліорганної недостатності.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу лікування післяопераційної спайкової кишкової непрохідності шляхом внутрішнього шинкування тонкого кишечника на всьому його протязі з одночасним проведенням декомпресії кишечника, при чому оральний кінець декомпресійного зонда залишається в шлунку, а анальний виводиться через мікроцекастому назовні.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування післяопераційної кишкової непрохідності шляхом укладання і фіксації тонкого кишечника, відповідно до винаходу, роблять внутрішнє шинкування петель тонкої кишки протягом 1,5-2 тижнів з одночасним проведенням декомпресії тонкого кишечника, при чому оральний кінець декомпресійного зонда проводять до рівня шлунку, а анальний кінець виводять назовні через мікроцекастому.

Між сукупністю істотних ознак способу, що заявляється, і технічним результатом, який може бути досягнутий, проявляється наступний причинно-наслідковий зв'язок: внутрішнє шинкування петель тонкого кишечника інтубаційним кишковим зондом до 2-х тижнів дозволяє здійснювати декомпресію тонкого кишечника і звільнення від токсичного вмісту і газів, зонд при цьому виконує каркасну функцію і петлі кишечника знаходяться у відповідному фізіологічному положенні до утворення спайкових зрощень, що перешкоджає рецидиву післяопераційної кишкової непрохідності, звільнення носоглотки від інтубаційного зонда шляхом низведення його орального кінця зонда в порожнину шлунка дозволяє уникнути утворення проле-

(13) A

(11) 58942

(19) UA

жнів м'яких тканин носоглотки і домогтися зниження числа бронхолегеневих ускладнень у післяопераційному періоді, формування мікроцекастоми з підшиванням першого ряду швів до очеревини другого до м'язів і апоневрозу без захоплення в шов шкіри, створює умови для самостійного закриття нориці в післяопераційному періоді, після витягу кишкового зонда

Використання запропонованого способу в клініці дозволяє значно підвищити якість лікування хворих з післяопераційною спайковою кишковою непрохідністю, покращити результати лікування із зниженням числа післяопераційних ускладнень і рецидивів

Відомості, які підтверджують можливість використання винаходу

Запропонованим способом прооперовано 10 хворих із ранньою спайковою післяопераційною кишковою непрохідністю. Проведений аналіз результатів показав, що лікування ранньої спайкової післяопераційної кишкової непрохідності даним способом підвищує якість лікування хворих, значно знижує ризик розвитку рецидиву даного ускладнення

Запропонований спосіб лікування післяопераційної кишкової непрохідності полягає у наступному

Оперативний доступ до органів черевної порожнини виконують шляхом широкої середньосередньої лапаротомії. Після ліквідації джерела кишкової непрохідності, санації черевної порожнини та її дренування приступають до внутрішнього шинування кишечника. За допомогою хлорвінілового зонда довжиною 3,5-4 м із шириною просвіту 0,6-0,8 см, що має безліч бічних перфоративних отворів, які відстоять один від одного на 2-2,5 см, причому оральний кінець зонда позбавлений бічних отворів протягом 25-30 см, а анальний 60-80 см, інтраназогастрально виконують інтубацію кишечника. За допомогою анестезіолога вводять зонд у стравохід і шлунок, потім поступово просувають його до сліпої кишки. У правій клубової області виконують мікроцекастомию, розрізом довжиною 4-5 см, рівнобіжним пупартовій зв'язці, відступаючи на 1 см медіальніше *spina iliaca anterosuperior*. У рану виводять сліпу кишку розсіченням перехідної складки очеревини в клубовій ямці. На найбільш рухливий частину сліпої кишки накладають кисетний шов діаметром 0,5 см, в центрі якого після ретельного відмежування черевної порожнини стінку кишки перфорують. При цьому край отвору в сліпій кишці підшивають по окружності першим рядом до очеревини, а другим - до м'язів і апоневрозу, не захоплюючи в шов шкіру, в результаті чого створюються умови для швидкого самостійного закриття нориці в післяопераційному періоді. Анальний кінець зонда підтягують доти, поки оральний кінець зонда не вийде з ротової порожнини і залишиться в шлунку. Важливо розрахувати, щоб перфоративні отвори в зонді розташовувалися від шлунка до клубової кишки і була можливість періодично, через 3-4 доби, підтягувати зонд на 5-10 см, що дозволяє запобігти утворенню пролежнів кишкової стінки при тривалій інтубації кишечника. Обов'язковим є ретельний догляд за зондом, його періодичне промивання і введення в

просвіт кишечника щодня 40-80 мл вазеліну або рослинної олії. Через 12-14 діб за умови достатньої перистальтики, самостійного випорожнення зонд витягають

Запропонований спосіб лікування і профілактики післяопераційної кишкової непрохідності ілюструється наступними клінічними прикладами

Приклад 1

Хвора Д., 59 років, № історії хвороби 4226. Надійшла в хірургічне відділення Відділенської лікарні на ст. Сімферополь 01.11.99 р. з діагнозом велика багаторазово-рецидивуюча післяопераційна вентральна грижа зі схильністю до обмеження. Часткова спайкова кишкова непрохідність. Об'єктивно загальний стан хворої задовільний. Скарги на періодично виникаючий біль у животі, спастичного характеру, утруднене відходження випорожнення (випорожнення тільки з очисною клізмою). Пульс - 86 уд/хв, АТ - 150/90 мм рт.ст. Хвора страждає супутньою терапевтичною патологією: ІХС, коронарнокордіосклероз, склероз аорти, НК І ГХ - II стадії.

Після проведення клінічного обстеження і комплексної передопераційної підготовки під загальним знеболюванням зроблена операція герніюлапаротомія, поділ спайок, грижосічення післяопераційної вентральної грижі з пластикою гризових воріт.

У післяопераційному періоді на 2 добу насторожувала поява несприятливих симптомів. Стало наростати здуття живота, перистальтика різко ослаблена, часом не вислуховується. Біль в животі носив переймиподібний, розлитий характер. З'явилися ознаки загальної інтоксикації, блідість шкірних покривів, тахікардія, зниження АТ, нудота, блювота, сухість у роті. При пальпації живота визначалася болючість у всіх відділах, с-м Щеткина-Блюмберга слабко-позитивний.

При оглядовій рентгенографії визначалися множинні чаші Клойбера, відсутність газу в товстому кишечнику.

Проведені консервативні заходи: паранефральні блокади, гіпертонічні клізми, трансназальне дренування шлунка виявилися не ефективними. На четверту добу післяопераційного періоду хворій проведена репапаротомія. У черевній порожнині встановлено виражений спайковий процес. Вищележачі спайкового зрощення кишкові петлі переповнені кишковим вмістом, роздуті газом, у них були ознаки порушення гемоциркуляції: набряклість, ціаноз, субсерозні крововиливи. Нижчележачі петлі кишечника знаходилися в спавшому стані. Спайки розсічені. Кишкові петлі життєздатні. Проведена інтубація кишечника по запропонованому способу. Черевна порожнина промита розчинами антисептиків і висушена. Правий, лівий бічні канали і малий таз дреновані. Лапаротомна рана ушита шарами. У післяопераційному періоді проводилася дезінтоксикаційна, антибактеріальна терапія, корекція обмінних процесів.

У хворої на 2-3 добу післяопераційного періоду з'явилися рівномірні перистальтичні шуми, що вислуховуються у всіх відділах живота, стали відходити гази. Надалі післяопераційний період протікав без ускладнень.

З метою профілактики пролежнів кишкової сті-

нки зонд підтягували на 10-15см кожні три доби. Щодня промивали і вводили в просвіт кишечника вазелін. На 14 добу зонд витягли. Загальний стан хворого задовільний, гемодинаміка стабільна, випорожнення самостійні через пряму кишку, через стому відходили гази і калові маси в невеликій кількості. Післяопераційна рана загоїлася первинним натягом, мікроцекастома закрилася через місяць самостійно.

Приклад 2

Хворий А., 57 років, № історії хвороби 4917. Надійшов у хірургічне відділення Відділенської лікарні на ст. Сімферополь 05.11.00 з діагнозом гігантська багаторазово-рецидивуюча грижа живота. Спайкова хвороба. У 1992р. прооперований з приводу флегмонозного апендициту. Післяопераційний період ускладнився евістрацією кишечника. Рана передньої черевної стінки тривалий час загоювалась вторинним натягом. Протягом двох років утворилася велика післяопераційна вентральна грижа. У 1995р. хворому була проведена операція грижосічення з пластикою гризових воріт, усунення діастазу прямих м'язів живота, розсічення спайок. У 1997р. прооперований з приводу гострої спайкової кишкової непрохідності.

Страждає постійним болем у животі. Ожиріння II ступеня. Після обстеження і передопераційної підготовки 12.11.00р. зроблена операція герніотомія, розсічення спайок. У ході операції резецировано близько 1м 20см тонкої кишки з вираженою деформацією її стінки спайковим процесом, з накладенням міжкишкового анастомоза бік у бік. На четверту добу післяопераційного періоду в хворого з'явилися ознаки ранньої післяопераційної спайкової кишкової непрохідності. Після проведення консервативних заходів, що мали тимчасовий успіх, на 5 добу післяопераційного періоду зроблена релапаротомія. Причиною ранньої непрохідності кишечника стала петля тонкого кишечника, що загорнулася навколо спайкового тяжа. Анастомоз був спроміжний. Спайки розсічені, кишкові петлі життєздатні. Зроблена інтубація тонкого кишечника по запропонованому способу. На 2 добу стали відходити гази. Післяопераційний період відповідав тяжкості стану хворого, протікав без ускладнень. На 14 добу вилучений декомпресійний зонд. Випорожнення через пряму кишку, частково через мікроцекастома, що закрилася самостійно через 6 тижнів.