

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) Описание изобретения

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 2201645

(22) 01.03.2022

(46) Бюл. 189, 2022

(71)(73) Сараев А.Р. (TJ)

(72) Сараев А.Р. (TJ); Назаров Ш.К. (TJ)

**(54) СПОСОБ ИНТУБАЦИИ КИШЕЧНИКА ПРИ
РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ**

(56) 1. Алиев С.А., Алиев Э.С. Назоинтестинальная интубация в хирургии острой кишечной непроходимости и перитонита: прошлое, настоящее и будущее. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2021;(10):92-99.

2. Мидленко В.И., Белоногов Н.И., Мидленко О.В., Чарышкин А.Л. Сравнительная оценка способов декомпрессии кишечника при операциях по поводу распространенного перитонита в токсической стадии // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2019 - №3 - С.34-37.

3. Калинин Е.В., Сулейманов Э.А. Малоинвазивный метод декомпрессии кишечника при раке прямой кишки, осложненном кишечной непроходимостью / Сибирский онкологический журнал. – 2016 - Т.15№6 - С.66-69.

4. Корымасов Е.А., Горбунов Ю.В., Смелкин Д.А. Дискуссионные вопросы интубации тонкой кишки // Хирургическая практика. – 2013 - №3 - С.55-59.

5. Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Шахриев А.К., Юсупов Ш.Ш., Сатаев В.У. Клиническое

2

обоснование декомпрессии тонкой кишки при распространенном аппендикулярном перитоните у детей / Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2022 - №1 (197) - С.62-68.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к абдоминальной хирургии, и служит для интубации тонкого и толстого кишечника.

Способ интубации кишечника при распространенном перитоните, включающий введение зонда в просвет тонкого кишечника, причем полихлорвиниловый зонд длиной 250 см диаметром 7-8 мм с привязанной к его дистальному концу шелковыми нитками дополнительной полихлорвиниловой трубкой диаметром 20 мм проводят через анус в прямую кишку, протягивают по толстому кишечнику и, контролируя движение зонда, упирают его на указательный палец левой руки хирурга, введенный через складку стенки терминального отдела подвздошной кишки, с помощью которого зонд проводят через баугиниеву заслонку, затем протягивая проводят его в просвета тонкого кишечника, при этом проксимальный конец привязанной трубки с большим диаметром достигает нисходящей ободочной кишки, дистальные концы обеих трубок оставляют снаружи у ануса.

Изобретение относится к медицине, а именно к абдоминальной хирургии, и служит для декомпрессии тонкого и толстого кишечника.

Интубация тонкого и толстого кишечника - необходимый метод современного лечения больных с синдромом энтеральной недостаточности. Задачами интубации являются: декомпрессия тонкого и толстого кишечника, эвакуация их токсического содержимого, энтеросорбция, кишечный диализ, введение в просвет кишки лекарственных и питательных субстратов. Когда проведение закрытого антеградного дренирования абсолютно противопоказано, а интубация тонкого и толстого кишечника необходима - показано использование закрытой ретроградной интубации.

Известны многочисленные способы интубации тонкого или толстого кишечника с целью их декомпрессии или для энтерального диализа.

Известна закрытая назоэнтеральная интубация тонкой кишки посредством зонда, является процедурой быстрой, удобной для оперирующей бригады [1, 2]. Противопоказаниями для проведения закрытого антеградного дренирования тонкого кишечника являются:

- склонность к носовым кровотечениям;
- консолидированные переломы костей носа с сужением носовых ходов; (указанные ситуации не исключают использования оральноэнтерального дренирования тонкой кишки, но по данным нашей клиники, нахождение зонда в ротоглотке крайне неприятно больному, что приводит к самовольной экстубации кишечника в раннем послеоперационном периоде);
- язвенный эзофагит;
- рубцовые стриктуры пищевода;
- варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка;
- язвенный гастродуоденит;
- пилоростеноз;
- выраженный спаечный процесс верхнего этажа брюшной полости;
- коронарная и дыхательная патология.

Недостатками способа, ограничивающих его использование, являются:

- вследствие антиперистальтического направления дренирования не всегда достигается полноценная декомпрессия тонкой кишки;
- инфицирование желудка, пищевода, верхних дыхательных путей кишечной микрофлорой;
- длительное пребывание зонда в пищеводе способствует ухудшению сердечной деятельности;
- осложнениями назоэнтерального дренирования могут быть носовые кровотечения, некроз крыльев носа, риниты, гаймориты, паротиты, синуситы, ларингиты, кровотечения из стенки пищевода и желудка.

Известна закрытая ретроградная интубация сигмовидной кишки путём проведения зонда через прямую кишку. В области ректосигмоидного угла зонд принимается оперирующим хирургом и продвигается до границ сигмовидной кишки. Способ рекомендовал себя в использовании её при резекцион-

ных операциях на сигмовидной кишке, при этом зонд через задний проход проводят выше места анастомоза [3]. Недостатком способа является дренирование лишь дистальных отделов толстого кишечника.

Известна открытое дренирование тонкой кишки по Житнюку терминального отдела подвздошной кишки. На расстоянии 10-60 см от илеоцекального угла на противоположной прикреплению брыжейки стенке кишки накладывают кистный шов, в центре которого вскрывают просвет кишки и в проксимальном направлении проводят энтеростомический зонд диаметром 0,5-0,8 см. По мере продвижения трубки в её стенке каждые 10 см изогнутыми по плоскости ножницами проделывают боковые отверстия диаметром 0,3-0,5 см, кистный шов завязывают. Способ обеспечивает дренирование подвздошной кишки, создавая декомпрессию тонкой кишки, снижая внутрибрюшное давление и облегчая степень энтеральной недостаточности [2, 4]. Недостатками способа дренирования являются большая деформация подвздошной кишки, опасность несостоятельности энтеростомы, необходимость повторного оперативного лечения для закрытия энтеростомы, инфицирование послеоперационной раны.

Прототипом заявленного изобретения является способ интубации кишечника при распространенном перитоните, выполняемой интраоперационно с установлением цекоэнтеростомы, введением зонда в просвет тонкой кишки через кожу (разрезом в правой подвздошной области) и слепую кишку [5]. Недостатками способа, выбранного нами в качестве прототипа, являются неасептичность, малая подвижность купола слепой кишки и невозможность вывести его в лапаротомную рану без мобилизации восходящего отдела ободочной кишки, большая вероятность инфицирования операционной раны толстокишечным содержимым, опасность несостоятельности энтеростомы.

Цель изобретения: обеспечение проведения асептичной ретроградной декомпрессии кишечника закрытым способом без наложения стомы на коже больных с распространенным перитонитом.

Поставленная цель достигается ретроградным введением зонда в кишечник через прямую кишку, при этом одновременно интубируются и толстый и тонкий кишечник закрытым методом без нарушения целостности кишечника и без инфицирования окружающих тканей.

Способ интубации кишечника при распространенном перитоните, включающий введение зонда в просвет тонкого кишечника, причем полихлорвиниловый зонд длиной 250 см диаметром 7-8 мм с привязанной к его дистальному концу шелковыми нитками дополнительной полихлорвиниловой трубкой диаметром 20 мм проводят через анус в прямую кишку, протягивают по толстому кишечнику и, контролируя движение зонда, упирают его на указательный палец левой руки хирурга, введенный через складку стенки терминального отдела подвздошной кишки, с помощью которого зонд проводят через баугиниеву заслонку, затем протягивая проводят его в просвета тонкого кишечника, при этом прокси-

мальный конец привязанной трубки с большим диа-

5

дистальные концы обеих трубок оставляют снаружи у ануса.

Способ осуществляется следующим образом: в конце оперативного вмешательства по поводу распространенного перитонита с синдромом энтеральной недостаточности через анус в прямую кишку вводят и продвигают по толстому кишечнику полихлорвиниловый зонд длиной до 250 см, диаметром 7-8 мм без дополнительных отверстий. На указательный палец левой руки, введенный через складку стенки терминального отдела подвздошной кишки в баугиниеву заслонку, упирают конец зонда и проводят в просвет тонкого кишечника. К наружной части зонда у ануса шелковой нитью подвязывают полихлорвиниловую трубку диаметром 2 см и сложенные трубки продвигают вперед в прямую кишку так, чтобы меньшая трубка оказалась в тонкой кишке, а большая трубка оставалась в нисходящей ободочной кишке для последующего её дренирования. Периодически осуществляют промывание трубок физиологическим раствором.

Дистальные концы обеих трубок оставляют снаружи у ануса.

Относительные противопоказания к интубации кишечника для трансректального дренирования тонкого и толстого кишечника:

- геморрой со склонностью к кровотечениям;
- воспалительные процессы и новообразования

толстой кишки.

Пример 1.

Больной О.А. (карта №2550), 1988 г.р., поступил 07.07.17г. в ГУ ЦСМП через 5 суток от начала заболевания с жалобами на интенсивные боли по всему животу, общую слабость и недомогание. В первые сутки боли постепенно уменьшились, больной чувствовал боль в животе, слабость, тошноту в течение последующих суток. За помощью никуда не обращался, дома принимал обезболивающие и слабительные препараты, с временным эффектом. Из анамнеза также выяснилось, что у больного имеется перелом носовой перегородки. Госпитализирован экстренно. На основании рентгенологического и ультразвукового исследования у больного установлен диагноз острый аппендицит, распространенный перитонит. После короткой предоперационной подготовки больной в экстренном порядке оперирован. Операционная находка – аппендикулярный абсцесс с прорывом в брюшную полость, распространенный перитонит. Выполнена лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Операцию завершили закрытой ретроградной интубацией заявленным способом раздутых и инфильтрированных петель кишечника, более выраженных в нижних отделах. Послеоперационный период протекал относительно гладко, парез кишечника разрешился на 4 сутки, трубки периодически промывались физиологическим раствором, хорошо функционировали и удалены на 7 сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии с первичным заживлением ран.

Пример 2.

Больной Д.Э. (карта №4075) 1959 г.р. поступил 27.11.17г. в ГУ ЦСМП через 7 суток от получе-

1316

метром достигает нисходящей ободочной кишки,

6

ния колотой раны в живот, с признаками распространенного перитонита с жалобами на боли по всему животу, общую слабость и недомогание. За помощью к врачам не обращался, дома принимал обезболивающие препараты, но эффект от которых был временным. Больной доставлен в клинику машиной скорой помощи. На основании рентгенологического и ультразвукового исследования у больного установлен диагноз колотая рана с повреждением тонкого кишечника, распространенный перитонит. После предоперационной подготовки больной в экстренном порядке оперирован – выполнена лапаротомия, иссечение и ушивание раны подвздошной кишки в 40 см от илеоцекального угла, санация и дренирование брюшной полости. Операцию завершили закрытой ретроградной интубацией заявленным способом раздутых и инфильтрированных петель кишечника, более выраженных в нижних отделах, выше уровня ушивания кишечника. Произведено укорочение меньшей трубки до 60 см. Послеоперационный период протекал тяжело, однако парез кишечника разрешился на 3 сутки, несостоятельности ушитой раны кишечника не отмечено. Трубки периодически промывались физиологическим раствором, хорошо функционировали и удалены на 6 сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии с первичным заживлением ран.

Пример 3.

Больной М.Р. (карта №1874), 1990 г.р., поступил 03.05.2018г. в ГУ ЦСМП через 72 часа от начала заболевания с жалобами на интенсивные боли по всему животу, общую слабость и недомогание. В первые часы за помощью никуда не обращался, дома принимал обезболивающие и слабительные препараты, но эффект от которых был незначительным. Из анамнеза также выяснилось, что больной страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки, имеет перелом носовой перегородки. Больной доставлен в клинику попутным транспортом. На основании рентгенологического и ультразвукового исследования у больного установлен диагноз острый аппендицит, распространенный перитонит. После короткой предоперационной подготовки больной в экстренном порядке оперирован – выполнена лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Операцию завершили закрытой ретроградной интубацией заявленным способом раздутых и инфильтрированных петель кишечника, более выраженных в нижних отделах. Послеоперационный период протекал относительно гладко, парез кишечника разрешился на 4 сутки, трубки периодически промывались физиологическим раствором, хорошо функционировали и удалены на 5 сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии с первичным заживлением ран.

Заявленный способ интубации кишечника при распространенном перитоните обеспечивает проведения длительной декомпрессии тонкого и толстого кишечника закрытым способом больным с синдромом энтеральной недостаточности и преимущественной хирургической патологией терминального отдела тонкой кишки и толстого кишечника при

остром перитоните, которым проведение закрытого

7

1316

Преимуществами способа являются:

- возможность осуществления одновременной интубации тонкого и толстого кишечника;
- отсутствие дополнительных дренажных отверстий, что предотвращает обтурацию просвета

антеградного дренирования противопоказано.

8

интубационной трубки кишечным содержимым а единственное конечное отверстие каждой трубки периодически промывается раствором под давлением шприцем Жане;

Формула изобретения

Способ интубации кишечника при распространенном перитоните, включающий введение зонда в просвет тонкого кишечника, отличающийся тем, что полихлорвиниловый зонд длиной 250 см диаметром 7-8 мм с привязанной к его дистальному концу шелковыми нитками дополнительной полихлорвиниловой трубкой диаметром 20 мм проводят через анус в прямую кишку, протягивают по толстому кишечнику и, контролируя движение зонда, упирают его на

указательный палец левой руки хирурга, введенный через складку стенки терминального отдела подвздошной кишки, с помощью которого зонд проводят через баугиниеву заслонку, затем протягивая проводят его в просвета тонкого кишечника, при этом проксимальный конец привязанной трубки с большим диаметром достигает нисходящей ободочной кишки, дистальные концы обеих трубок оставляют снаружи у ануса.

