

Винахід відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії.

Відомий спосіб лікування ентеральної недостатності (А.с. №833230 Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. "Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии" Москва "Медицина" 1990 с.76-77), який полягає в тому, що дренують не всю тонку кишку, а її проксимальний і дистальний відділи з послідуочим ретроградним крапельно-проточним промиванням сольовими і антисептичними розчинами.

Однак цей спосіб має той суттєвий недолік, що не дозволяє добиватись декомпресії шлунково-кишкового тракту через назогастральний зонд при введенні 1-1,5л рідини ретроградно через цекостому. Пасивне крапельно-проточне промивання не зменшує набряку кишкової стінки, цей спосіб не передбачає застосування сорбентів, селективної кишкової контамінації. Підвищення внутрішньокшкового тиску внаслідок введення 1,5 л рідини може погіршити мікроциркуляцію в кишквій стінці, що в свою чергу сприяє наростанню недостатності ентерального бар'єру.

В основу винаходу "Спосіб лікування ентеральної недостатності та ендогенної інтоксикації" поставлена задача шляхом інтубації тонкої кишки під час операції і проведення в післяопераційний період кишкового діалізу 2% розчином натрію хлориду 1-1,5л, фракційно по 200-300мл, введенням 1% розчину полісорбу 200мл з експозицією 10-15 хвилин кожної фракції та наступним підключенням електровідсмоктувача, подальшим введенням 200мл розчину реополіглюкіну, 0,5г цефокситину та 100мл метроджилу з повторенням процедури 3-4 рази на добу забезпечити ефективну евакуацію високотоксичного кишкового вмісту та селективну кишкову деконтамінацію, покращити мікроциркуляцію в кишквій стінці, усунути

явища ентеральної недостатності, досягти раннього відновлення кишкової моторики.

Поставлене завдання здійснюється способом лікування ентеральної недостатності та ендогенної інтоксикації, що передбачає виконання інтубації тонкої кишки під час операції та проведення в післяопераційний період, згідно з винаходом, кишкового діалізу 2% розчином натрію хлориду 1-1,5л, фракційно по 200-300мл з наступним введенням 1% розчину полісорбу 200мл, експозиція кожної фракції по 10-15 хвилин, після чого підключають електровідсмоктувач (він працює в змінному режимі, автоматично вмикається та вимикається кожні 10сек.), після закінчення аспірації вводять 200мл розчину реополіглюкіну, 0,5г цефокситину та 100мл метроджилу, процедуру повторюють 3-4 рази на добу.

Спосіб лікування ентеральної недостатності та ендогенної інтоксикації виконують таким чином. Під час операції виконують інтубацію тонкої кишки (назоінтестинально, через гастростому або одним з ретроградних способів: через апендикостому, цекостому, ілеостому). В післяопераційний період для кишкового діалізу через інтубаційний зонд шприцом Жане вводять 2% розчин натрію хлориду 1-1,5л, фракційно по 200-300мл з експозицією по 10-15 хвилин. Після введення кожної фракції до зовнішнього кінця зонда підключають електровідсмоктувач, він працює в змінному режимі, автоматично вмикається та вимикається кожні 10сек. Далі вводять 1% розчин полісорбу 200мл, його експозиція також 10-15 хвилин, кишковий вміст з сорбентом також видаляють електровідсмоктувачем. Після закінчення аспірації через зонд послідовно вводять 200мл розчину реополіглюкіну, 0,5г цефокситину та 100мл метроджилу, процедуру повторюють 3-4 рази на добу. Інтестинальне лікування проводиться до відновлення перистальтики, відходження газів і покращення стану хворого.

Застосування гіпертонічного розчину натрію хлориду перешкоджає всмоктуванню та поступленню токсичних речовин з просвіту кишки в кров'яне русло, сприяє очищенню кишечника та підвищує ефективність ентеросорбції, яка в свою чергу веде до зменшення токсичності кишкового вмісту, зменшує надмірну контамінацію кишечника умовно-патогенною флорою. Фракційне введення цих розчинів з наступним підключенням електровідсмоктувача підвищує ефективність лаважу та ентеросорбції, усуває внутрішньокшкову гіпертензію, що в свою чергу веде до покращення мікроциркуляції в кишквій стінці та сприяє усуненню ентеральної недостатності. Для більш ефективного відновлення мікроциркуляції після закінчення аспірації додатково вводять реополіглюкін, а введення цефокситину та метроджилу забезпечують селективну кишкову деконтамінацію, що зменшує надмірне утворення токсинів в просвіті кишки та їх вплив на кишкову стінку, попереджує чи зменшує бактеріальну транслокацію з паретичного кишечника.

Запропонований спосіб використано у 39 хворих з гострою кишковою непрохідністю та розповсюдженим перитонітом, у яких було застосовано інтубацію тонкої кишки.

Приклад:

Хворий 42 років госпіталізований в клініку через 124 години від початку захворювання з діагнозом гостра странгуляційна спайкова непрохідність, розповсюджений перитоніт. Під час операції на відстані 70см від ілеоцекального кута виявлено некроз 15см тонкої кишки, гнійний перитоніт. Виконано резекцію 75см тонкої кишки з анастомозом кінець в кінець. Виконано назоінтестинальну інтубацію з проведенням кишкового зонда через анастомоз і заведенням його до термінального відділу тонкої кишки. Санація, дренування черевної порожнини.

В післяопераційному періоді проводили інфузійну та антибактеріальну терапію. Через 8 годин після операції почали проводити лікування ентеральної недостатності: в кишквій зонд вводили фракційно по 200мл 2% розчин натрію хлориду, загальною кількістю 1л. Через 10-15 хвилин після кожного введення розчину зонд підключали до електровідсмоктувача. Після аспірації гіпертонічного розчину натрію хлориду вводили 200мл 1% розчину полісорбу, який також видалявся з кишковим вмістом через 15 хвилин. Після закінчення активної декомпресії в просвіт кишки вводили 200мл реополіглюкіну, 0,5г цефокситину, 100мл метроджилу. Інтестинальне лікування проводили 4 рази на добу на протязі 3 діб, до відновлення активної перистальтики та відходження газів. Запропонований спосіб простий в технічному виконанні, підвищує ефективність лікування хворих з розповсюдженим перитонітом та гострою кишковою непрохідністю, сприяє більш ранньому відновленню перистальтики кишечника, зменшує явища інтоксикації та летальність, скорочує тривалість стаціонарного лікування.