



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61679 (13) A

(51) 7 A61M25/00, A61M23/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ПРОВЕДЕННЯ ІНТУБАЦІЙНОГО ЗОНДА ЧЕРЕЗ ДВАНАДЦЯТИПАЛУ КИШКУ ПРИ АНТЕГРАДНИХ МЕТОДАХ ІНТУБАЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ**

1

2

(21) 2003032663

(22) 27 03 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р.

(72) Феджага Олег Павлович, Шапринський Володимир Олександрович, Півторак Володимир Ізяславович

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ М.І. ПИРОГОВА

(57) Спосіб проведення інтубаційного зонда через дванадцятипалу кишку при антеградних методах інтубації тонкої кишки, що передбачає проведення кишкового зонда через пілорус і далі - через дванадцятипалу кишку, який відрізняється тим, що через стінку шлунка зонд направляють правою рукою чітко вздовж малої кривизни, а лівою рукою

фіксують пілорус, далі зонд просувають правою рукою у верхню горизонтальну частину дванадцятипалої кишки і пальцями лівої руки спрямовують донизу, в нижню частину кишки, при чому виконують мобілізацію дванадцятипалої кишки по Кохеру, розсікаючи парієтальну очеревину по зовнішньому контуру кишки та іноді мобілізуючи її стінку вглиб на 3-4 міліметри, проводять мобілізацію нижнього вигину дванадцятипалої кишки, її передньої і латеральної стінок, частково гострим, частково тупим шляхом відділяючи тканини в основі кореня брижі поперечної ободової кишки, потім просувають кишковий зонд лівою рукою і направляють пальцями правої руки його кінчик вліво в напрямку нижньої горизонтальної частини дванадцятипалої кишки

Винахід відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії. Відомий спосіб проведення зонда через дванадцятипалу кишку, при якому зонд вводять в шлунок анестезіологом через ніс чи рот (після закінчення маніпуляції зовнішній кінець зонда переводять з рота в ніс, як при задній тампонаді). Після заведення кінця зонда в шлунок оперуючий хірург правою рукою захоплює кінець зонда і направляє в антральний відділ для того, щоб вивести зонд через пілорус. Для швидкого виконання цього етапу пілорус слід фіксувати лівою рукою, а правою утримувати і направляти кінець зонда в дванадцятипалу кишку. При виконанні цього етапу дії хірурга і анестезіолога повинні бути максимально узгоджені. Якщо кінець зонда впирається в стінку шлунка, то його слід підтягнути назад, а потім просунути вперед. Після проведення через пілорус зонда хірург визначає його кінець лівою рукою в цибулині дванадцятипалої кишки і просуває далі, тоді як правою рукою під брижейкою поперечної ободової кишки направляє кінець зонда в нижню горизонтальну частину кишки. Проведений в цю ділянку зонд, як правило, легко виходить за зв'язку Трейца в тонку кишку. В окремих випадках при відсутті перешкоди в місці дуоденоєюнального переходу необхідно правою

рукою направити кінець зонда в потрібному напрямку (Горський В.А., Кригер А.Г., Мельник І.П. і др. Технические аспекты назоинтестинальной интубации // Вестник хирургии -1993 - №1-2 - С 111-115).

Однак, при використанні даної методики виникають значні технічні труднощі, зокрема, у вигляді скручування зонда в препілоричному відділі шлунку, поблизу його великої кривизни, що затягує маніпуляцію, іноді вони виникають при проведенні зонда з верхньої горизонтальної в нижню частину дванадцятипалої кишки, але найбільш частими і найбільш складними є труднощі при проведенні зонда з нижньої у нижню горизонтальну частину дванадцятипалої кишки, тобто через її нижній вигин, який в більшості випадків є малодоступним без його додаткової мобілізації, нерідко він значно оточений заочеревинною жировою клітковиною, яка на рівні кореня брижейки поперечної ободової кишки та нижче від нього звичайно є добре вираженою, а навіть у випадках, коли вона розвинена мало, без додаткової мобілізації цього відділу дванадцятипалої кишки маніпулювати на ньому технічно складно, оскільки він значною мірою фіксований до заочеревинних тканин, розташованих мезо- чи ретроперитонеально. Виникненню затру-

(19) UA (11) 61679 (13) A

день при цьому також сприяють перегини вищеразмещених сегментів зонда в протилежні сторони, в місцях проходження його через верхній вигин дванадцятипалої кишки та вздовж малої кривизни шлунка, що нівелює спроби просування зонда шляхом тиску по його осі. Описані перешкоди, які виникають при використанні відомого способу проведення зонда через дванадцятипалу кишку роблять цю маніпуляцію занадто травматичною, довготривалою, в 11,7% випадків можуть бути причиною відмови від назоінтестинальної інтубації (Петров В. П., Ерюхин И. А., Ханевич М. Д. Кишечная непроходимость Санкт-Петербург Питер, 1999 -443с.)

В основу винаходу поставлена задача, шляхом проведення інтубаційного зонда через дванадцятипалу кишку зробити цю маніпуляцію доступною для більш широкого кола хірургів.

Поставлене завдання здійснюється способом проведення інтубаційного зонда через дванадцятипалу кишку при антеградних методах інтубації тонкої кишки, що передбачає проведення кишкового зонда через пілорус і дванадцятипалу кишку, згідно з винаходом, направляють зонд правою рукою через стінку шлунка чітко вздовж малої кривизни, а лівою рукою фіксують пілорус, далі проводять подальшим проведенням зонд правою рукою, після проходження його кінчика у верхню горизонтальну частину дванадцятипалої кишки і спрямуванням його пальцями лівої руки донизу, в низхідну частину кишки, при чому, виконують мобілізацію дванадцятипалої кишки по Кохеру, розсікаючи парієтальну очеревину по зовнішньому контуру кишки та мобілізуючи її стінку вглиб на 3-4 міліметри, проводять мобілізацію нижнього вигину дванадцятипалої кишки, насамперед передньої і латеральної стінок кишки, частково гострим, частково тупим шляхом відділяючи тканини в основі кореня брижейки поперечної ободової кишки доти, поки не буде мобілізовано передню і латерально-нижню стінки цього вигину, потім просувають кишковий зонд лівою рукою і направляють пальцями правої руки його кінчик вліво в напрямку нижньої горизонтальної частини дванадцятипалої кишки.

Спосіб проведення інтубаційного зонда через дванадцятипалу кишку при антеградних методах інтубації тонкої кишки виконують таким чином. Для проведення кишкового зонда через пілорус необхідно правою рукою направляти його через стінку шлунка чітко вздовж малої кривизни, а лівою при цьому фіксувати пілорус. Після проходження кінчика зонда у верхню горизонтальну частину дванадцятипалої кишки його продовжують проводити далі правою рукою, тоді як пальцями лівої спрямовують кінчик зонда донизу, в низхідну частину дванадцятипалої кишки. Звичайно цей етап вдається легко, якщо труднощі все ж виникають, що можливо при значному розвитку жирової клітковини заочеревинного простору, то необхідно виконати мобілізацію дванадцятипалої кишки по Кохеру, - в даному випадку достатньо лише розсікти парієтальну очеревину по зовнішньому контуру кишки та іноді мобілізувати її стінку вглиб на 3-4 міліметри, після чого провести зонд в низхідну частину завжди вдається без затруднень. Для проведення кишкового зонда через нижній

вигин дванадцятипалої кишки необхідна його мобілізація, насамперед передньої і латеральної стінок, для чого від цих стінок частково гострим, частково тупим шляхом відділяють тканини в основі кореня брижейки поперечної ободової кишки доти, поки не буде мобілізовано передню і латерально-нижню стінки нижнього вигину. Оскільки мобілізацію дванадцятипалої кишки починають на межі між її стінкою та верхньою поверхнею кореня брижейки поперечної ободової кишки, а далі, в процесі мобілізації, її разом з тканинами її брижейки відводять донизу та вліво, то в кінці мобілізації вони виявляються нижче від нижнього вигину дванадцятипалої кишки, інакше кажучи вся дванадцятипала кишка (за винятком її четвертого відділу) виявляється у верхньому поверсі черевної порожнини. Після цього лівою рукою просувають інтубаційний зонд далі (при назоінтестинальній інтубації одночасно анестезіолог продовжує введення зонда, спрямовуючи свої зусилля вздовж його осі, а при інтубації через гастростому це робить асистент), а пальцями правої руки кінчик зонда направляють вліво, в напрямку нижньої горизонтальної частини дванадцятипалої кишки. При цьому зонд, як правило, легко проходить через дуодено-єюнальний перехід в початковий відділ тонкої кишки і далі інтубацію тонкої кишки продовжують за загальноприйнятою методикою. Однак, в окремих випадках можлива спайкова деформація цього відділу, що може перешкодити проходженню зонда в тонку кишку, в цих випадках деформуючі спайки необхідно розсікти. В окремих випадках, під час проведення зонда через нього доцільно проводити інсуфляцію повітря в просвіт кишки, що веде до її розширення та полегшує маніпуляцію. Після проведення зонда на необхідну довжину його зовнішній кінець приєднують до електровідсмоктувача і введене повітря евакуюється.

Направлення інтубаційного зонда строго вздовж малої кривизни значно полегшує його введення через пілорус, запобігає його скручуванню у вихідному відділі шлунку, яке затягує маніпуляцію. Мобілізація низхідної частини дванадцятипалої кишки, а особливо її нижнього вигину дає можливість значно спростити проведення через нього інтубаційного зонда, значно зменшити травматичність і тривалість цієї маніпуляції. Також вагомим перевагою даної методики є те, що вона дозволяє провести зонд через дванадцятипалу кишку, маніпулюючи лише у верхньому поверсі черевної порожнини, оскільки в процесі мобілізації поперечну ободову кишку разом з тканинами її брижейки відводять донизу та вліво, то в кінці мобілізації вони виявляються нижче від нижнього вигину дванадцятипалої кишки, інакше кажучи, остання виявляється у верхньому поверсі черевної порожнини. Це дає можливість уникнути повторних відведень поперечної ободової кишки доверху й донизу (що є необхідним при використанні відомого способу), які сприяють порушенню орієнтації хірурга в топографо-анатомічних співвідношеннях та збільшують тривалість маніпуляції, крім того ця перевага дає можливість зручніше маніпулювати зондом через стінку дванадцятипалої кишки, - можна одночасно лівою рукою натискати на нього в ділянці верхнього вигину кишки, що

сприяє його просуванню вздовж, по осі, а правою рукою при цьому направляти зонд в потрібному напрямку в ділянці її нижнього вигину

Приклад

Хворий 34 років госпіталізований в клініку через 72 години від початку захворювання з діагнозом гостра спайкова кишкова непрохідність, розповсюджений перитоніт. Під час операції на відстані 80см від ілеоцекального кута виявлено некроз 10см тонкої кишки, гнійний перитоніт. Виконано резекцію 70см тонкої кишки з анастомозом кінець в кінець. Виконано назоінтестинальну інтубацію з проведенням кишкового зонда через анастомоз і заведенням його до термінального відділу тонкої кишки. При цьому для проведення зонда через пілорус його правою рукою направили через стінку шлунка чітко вздовж малої кривизни, фіксуючи лівою пілорус. Після проходження зонда у верхню горизонтальну частину дванадцятипалої кишки його пальцями лівої руки спрямували донизу, в низхідну частину кишки. Виконали її мобілізацію по Кохеру, розсікаючи парієтальну очеревину по зовнішньому контуру кишки з

мобілізацією стінки вглиб на 3-4 міліметри. Від передньої і латеральної стінок низхідного відділу та нижнього вигину дванадцятипалої кишки частково гострим, частково тупим шляхом відділили тканини в основі кореня брижейки поперечної ободової кишки. Після цього лівою рукою просували інтубаційний зонд далі, а пальцями правої руки кінчик зонда направили вліво, в напрямку нижньої горизонтальної частини дванадцятипалої кишки. Після проходження зондом дуодено-єюнального переходу в початковий відділ тонкої кишки інтубацію продовжили за загальноприйнятою методикою.

Після завершення інтубації виконали санацію та дренування черевної порожнини.

Запропонований спосіб використано у 11 хворих з розповсюдженим перитонітом та гострою кишковою непрохідністю, під час виконання у них назоінтестинальної інтубації.

Застосування способу у всіх хворих забезпечило хороші результати, дозволило значно зменшити травматичність та тривалість маніпуляції, істотно спростило техніку її виконання.