

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) 7476

(13) С1

(46) 2005.12.30

(51)⁷ А 61В 17/00,
А 61М 25/00

(54) **СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
ТОНКОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ
РАНЕНИЯХ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА**

(21) Номер заявки: а 20020731

(22) 2002.09.06

(43) 2004.03.30

(71) Заявитель: Учреждение образования
"Гродненский государственный ме-
дицинский университет" (ВУ)

(72) Автор: Иоскевич Николай Николае-
вич (ВУ)

(73) Патентообладатель: Учреждение обра-
зования "Гродненский государствен-
ный медицинский университет" (ВУ)

(56) Диагностика и лечение ранений. - М.:
Медицина, 1984. - С. 286-287.
RU 2178671 С2, 2002.
SU 1697760 А1, 1991.
RU 94020677 А1, 1996.
RU 2110961 С1, 1998.

(57)

Способ профилактики несостоятельности межкишечных тонкокишечных анастомозов при огнестрельных ранениях тонкого кишечника, **отличающийся** тем, что после наложения межкишечных анастомозов для декомпрессии кишечника формируют аппендикостому, а для эвакуации желудочно-кишечного содержимого вводят постоянный назогастральный зонд и выполняют деульсию ануса, осуществляют послеоперационное энтеральное введение солевых растворов в объеме 1,0-1,5 л и внутривенное введение глюкозо-солевых растворов и декстранов в объеме 1,5 л.

Изобретение относится к области военно-полевой медицины, а именно к хирургии огнестрельных ранений тонкого кишечника.

Необходимость в разработке заявляемого способа возникла в связи с чрезвычайной распространенностью огнестрельных ранений тонкого кишечника в период ведения активных боевых действий; высокими показателями несостоятельности сформированных в таких случаях межкишечных анастомозов, сопровождающейся большой послеоперационной летальностью; частым завершением первичной операции не наложением межкишечных соустьев, а илеостомией, требующей в последующем выполнения не безразличной для больного повторной операции; частым отсутствием в военно-полевых госпиталях, развернутых на передовой линии фронта, необходимого количества фармпрепаратов, стимулирующих двигательную активность кишечника, антибиотиков, глюкозо-солевых растворов и декстранов, а также невозможностью своевременно эвакуировать больных в центральные госпитали.

Наиболее близким к заявляемому способу является способ Ю.Г. Шапошникова (Диагностика и лечение ранений. - М.: Медицина, 1984. - С. 286). Он предполагает выполнение при огнестрельных ранениях тонкого кишечника, не сопровождающихся разлитым перитонитом, его резекции в пределах неизмененных тканей с последующим формированием межкишечного(ых) анастомоза(ов). В послеоперационном периоде с целью предупрежде-

ния развития несостоятельности кишечных швов производится фракционная декомпрессия желудка, назначаются антихолинэстеразные препараты и внутривенная инфузионная терапия в объеме 2-3 л в сутки, ставятся стимулирующие перистальтику кишечника клизмы.

Недостатками данного способа являются, во-первых, необходимость назначения фармпрепаратов (антихолинэстеразных), проведения ежедневной инфузионной терапии в объеме 2-3 л в сутки, постановки клизм до восстановления двигательной активности кишечника и желудка; во-вторых, восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта лишь на 5-7 сутки послеоперационного периода; в-третьих, возможность формирования анастомозов лишь при отсутствии разлитого перитонита; в-четвертых, частое развитие в послеоперационном периоде паралитической кишечной непроходимости, нередко требующей выполнения не безразличной для ослабленного больного повторной операции илеостомии, в свою очередь ее закрытие может быть осуществлено только хирургическим путем; в-пятых, большая вероятность несостоятельности межкишечных соустьев.

Задачей изобретения явилась разработка легко осуществимого, эффективного, экономически выгодного способа профилактики несостоятельности тонкокишечных анастомозов при огнестрельном ранении тонкой кишки.

Для достижения указанной задачи предлагается способ, включающий декомпрессию (шинирование) кишечника через аппендикостому полихлорвиниловой трубкой диаметром от 0,5 до 1 см и длиной от 20 до 40 см, постоянную назогастральную интубацию, деульсию ануса, сочетающиеся с ранней парентеральной стимуляцией двигательной активности желудочно-кишечного тракта солевыми растворами (0,9 % раствор натрия хлорида, лакто-соль) в объеме до 1-1,5 л.

Способ осуществляют следующим образом. Выполняют срединную лапаротомию. Производят ревизию и первичную санацию брюшной полости. Поврежденный сегмент тонкого кишечника резецируют и накладывают межкишечный(ые) анастомоз(ы). Формируют аппендикостому. Через нее в просвет вначале слепой, а затем подвздошной кишки вводят полихлорвиниловую трубку с перфорационными отверстиями. Брюшную полость saniруют, дренируют и ушивают наглухо. Ставят постоянный назогастральный зонд и выполняют деульсию ануса. С первого дня послеоперационного периода на фоне назначения антибактериальных препаратов и внутривенного введения глюкозо-солевых растворов и декстранов в объеме 1,5 л назначают парентеральный прием 1-1,5 л солевых растворов. Назогастральный зонд и интубационную трубку удаляют из аппендикостомы после восстановления перистальтики желудочно-кишечного тракта, что происходит на 2-3 сутки послеоперационного периода.

Пример

Больной М., 19 лет, поступил в военно-полевой госпиталь через 6 часов после огнестрельного ранения живота с клиникой разлитого перитонита. В экстренном порядке пострадавший был прооперирован. После лапаротомии найдено огнестрельное сквозное повреждение тонкого кишечника в 2-х местах на расстоянии 0,5 м и 0,8 м от илеоцекального угла. Диаметр ран кишечника составил соответственно 2,5 на 3 см и 3,5 на 4 см. В местах ранения кишечник оторван от брыжейки. Регионарное кровообращение поврежденного кишечника нарушено. Во всех этажах брюшной полости находилось в общей сложности до 1,7 л кишечного содержимого, на петлях кишечника отмечалось наложение фибрина. Согласно заявляемому способу произведено хирургическое вмешательство и осуществлено ведение послеоперационного периода. Послеоперационный период протекал гладко. Перистальтика желудочно-кишечного тракта восстановилась на 3-и сутки послеоперационного периода. Аппендикостома была закрыта под местной анестезией на 10-е сутки.

Таким образом, преимущество заявляемого способа заключается в том, что он способствует быстрому восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника и тем самым исключает развитие послеоперационной паралитической кишечной непрохо-

ВУ 7476 С1 2005.12.30

димости, связанной с ней несостоятельности межкишечных анастомозов и, следовательно, послеоперационной летальности; дает экономию в использовании лекарственных средств и препаратов; позволяет избежать наложения раненым в ходе первичной операции илеостом, требующих в последующем выполнения повторной операции для ее закрытия.

Способ легко осуществим и может быть освоен любым хирургом.

Репозиторий ГРГМУ