

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) 10912

(13) С1

(46) 2008.08.30

(51) МПК (2006)

А 61М 31/00

А 61М 25/01

(54) **СПОСОБ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ
БОЛЬНОГО С НАРУЖНЫМ ВЫСОКИМ НЕСФОРМИРОВАННЫМ
КИШЕЧНЫМ СВИЩОМ**

(21) Номер заявки: а 20051029

(22) 2005.10.26

(43) 2007.06.30

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

(72) Авторы: Величко Александр Вла-
димирович (ВУ)

(73) Патентообладатель: Учреждение об-
разования "Гомельский государст-
венный медицинский университет"
(ВУ)

(56) Логинов В.А. Лечение больных с на-
ружными кишечными свищами и
возможности его прогнозирования:
Автореф. дис. - Санкт-Петербург,
1991. - С. 14-15.

Величко А.В. Проблемы здоровья и
экологии. - 2005. - № 2(4). - С. 93-97.

UA 54335 А, 2003.

UA 8736 U, 2005.

RU 2003290 С1, 1993.

SU 14561163 А1, 1989.

RU 2226411 С2, 2004.

(57)

Способ обеспечения энтерального питания больного с наружным высоким несформи-
рованным кишечным свищом путем установки питающей трубки, **отличающийся** тем,
что в качестве питающей трубки используют катетер Фолея, который устанавливают в
кишку через отверстие свищевого хода в дистальном направлении и фиксируют в кишке
манжетой.

Изобретение относится к медицине, а именно к абдоминальной хирургии, и может
быть использовано для обеспечения нутриционной поддержки пациентов, находящихся в
критических состояниях.

Известен способ проведения энтерального питания у больных с высокими несформи-
рованными кишечными свищами, согласно которому для проведения питающего зонда
через носоглотку в тонкую кишку, расположенную дистальнее свищевого отверстия, вво-
дят специальный мягкий спадающийся зонд под контролем фиброгастроскопа [1].

Недостатками известного способа являются:

трудоемкость выполнения из-за использования современной фиброволоконной опти-
ки;

плохой переносимостью больными как самой процедуры установки зонда, так и по-
следующего длительного нахождения его в носоглотке;

высокой частотой отхождения зонда;

способ противопоказан при осложнениях со стороны верхних дыхательных путей и
легких, зачастую развивающихся у данной категории больных.

Наиболее близким к предлагаемому является способ проведения энтерального пита-
ния у больных с высокими несформированными кишечными свищами, согласно которому

ВУ 10912 С1 2008.08.30

во время оперативного вмешательства определяют участок тощей кишки, расположенный дистальнее свищевого хода, часть петли выводят на кожу, а в отверстие в кишке вводят питающую трубку для введения питательных смесей и выделяемых кишечных соков [2] - прототип.

Недостатками прототипа являются:

для выполнения способа требуется оперативное вмешательство под общим обезболиванием, усугубляющее тяжесть состояния пациента;

наличие гнойно-воспалительных очагов в области свища и за его пределами создает большие технические трудности, либо является противопоказанием для выполнения операции;

в условиях гнойного воспаления и выраженного спаечного процесса в брюшной полости с нарушением нормальной анатомической структуры расположения тонкой кишки поиск подходящего участка часто не представляется возможным;

отхождение петли, несущей питающий свищ, в свободную брюшную полость с развитием перитонита, что приводит к гибели больного.

Задача, на решение которой направлено предлагаемое изобретение, заключается в создании способа обеспечения энтерального питания у больных с осложнениями со стороны верхних дыхательных путей и легких, гнойно-воспалительными процессами в области свища и за его пределами, нарушениями нормальной анатомической структуры расположения тонкой кишки с использованием патологического очага, обеспечивающего минимальную травматизацию и снижающего риск осложнений.

Задача решается за счет того, что способ обеспечения энтерального питания у больного с наружным высоким несформированным кишечным свищом состоит в том, что определяют участок тощей кишки, устанавливают питающую трубку для введения питательных смесей и выделяемых кишечных соков, причем в качестве питающей трубки используют катетер Фолея, который устанавливают в кишку через отверстие свищевого хода в дистальном направлении и фиксируют в кишке манжетой.

Пример 1.

Больная В., 44 лет. Оперирована по поводу травмы брюшной полости с разрывом селезенки и селезеночного угла ободочной кишки. В раннем послеоперационном периоде развилась острая спаечная кишечная непроходимость на фоне абсцессов в брюшной полости и вялотекущего перитонита. Выполнена релапаротомия, ликвидация кишечной непроходимости, вскрытие и дренирование абсцессов брюшной полости.

Через 8 дней после операции в рану в левом подреберье открылся высокий несформированный кишечный свищ. Состояние резко ухудшилось, ухудшение прогрессировало. Выполнение еще одной операции было крайне нежелательным ввиду тяжести состояния больной.

Во время перевязки был визуально определен участок кишки, расположенный дистально по отношению к свищевому ходу. В этом направлении в кишку введена питающая трубка, в качестве которой использован катетер Фолея, фиксированный в кишке посредством манжеты катетера. Через катетер Фолея наладили проведение энтерального питания. Постепенно состояние стабилизировалось, улучшились клинико-биохимические показатели. На этом фоне выполнена операция по ликвидации свища. Осложнений не наблюдалось.

Больная выписана с выздоровлением.

Пример 2.

Больной М., 34 лет. Оперирован неоднократно за период с 28.04.2002 по 20.05.2002 по поводу ЖКБ, холедохолитиаза, острого деструктивного панкреатита. На одной из перевязок у больного выявлен дефект нижнегоризонтальной ветви 12перстной кишки с формированием высокого кишечного свища. Учитывая огромные потери жизненно важных кишечных соков, больному необходимо было наладить энтеральное питание. В клиниче-

ВУ 10912 С1 2008.08.30

ской картине преобладали анорексия, адинамия, резкое снижение массы тела и ухудшение основных биохимических показателей. Выполнение питающей еюностомии было невозможно из-за гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости и нарушения нормальных анатомических взаимоотношений после предыдущих операций.

Во время перевязки был визуально определен участок кишки, расположенный дистально по отношению к свищевому ходу. В этом направлении в кишку введена питающая трубка, в качестве которой использован катетер Фолея, фиксированный в кишке посредством манжеты катетера. Через катетер Фолея наладили проведение энтерального питания. Состояние стабилизировалось. Через 60 дней свищ зажил вторичным натяжением.

Больной выписан с выздоровлением.

Предлагаемый способ проведения энтерального питания у больных с высокими несформированными кишечными свищами отличается:

- относительной простотой выполнения;
- хорошей переносимостью больными;
- возможностью контроля и коррекции состояния зонда во время каждой перевязки без использования общего обезболивания;
- способ применения при развитии осложнений со стороны органов брюшной полости и легких.

Источники информации:

1. Луфт В.М., Костюченко А.Л. Клиническое питание в интенсивной медицине: Практическое руководство. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 94-95.
2. Имре Литтманн. Брюшная хирургия. - Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1970. - С. 268.