



УКРАЇНА

(19) UA (11) 13083 (13) U
(51) МПК (2006)
A61M 37/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВВЕДЕННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ В ТОВСТУ КИШКУ

1

2

(21) u200508867

(22) 19.09.2005

(24) 15.03.2006

(46) 15.03.2006, Бюл. № 3, 2006 р.

(72) Луцук Олексій Спиридонович

(73) ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

(57) Спосіб введення лікарського засобу в товсту кишку, що включає транспортування його через анальний канал у порожнину кишки, який **відрізняється** тим, що лікарський засіб вводять вище ректосигмоїдного сполучення безпосередньо у порожнину сигмоподібної кишки.

Корисна модель належить до медицини, а саме до проктології та інфектології, і може бути використана для лікування хворих з ураженням товстої кишки.

Відомий спосіб введення лікарського засобу в товсту кишку, який полягає у транспортуванні його через анальний канал у порожнину кишки [1]. За відомим способом, лікарський засіб вводять в ампулу прямої кишки за допомогою клізми.

Недоліком відомого способу є недостатня ефективність через обмеженість об'єму розчину лікарського засобу, що підлягає введенню, спроможністю організму пацієнта утримувати рідину в ампулі прямої кишки в межах 100-200мл. Це зумовлено наявністю у прямій кишці рецепторів, які вмістом кишки при подразненні індукують рефлексне скорочення стінки прямої кишки з наступним випорожненням [2], що обмежує час знаходження лікарського засобу в кишці, а отже суттєво знижує лікувальну ефективність способу.

В основу корисної моделі поставлене завдання вдосконалити відомий спосіб, в якому шляхом застосування технологічного прийому, спрямованого на зміну місця оптимального накопичення лікувального засобу в порожнині кишки, досягають збільшення площі поверхні контакту зі слизовою оболонкою кишки із збільшенням тривалості контакту лікувального засобу з слизовою оболонкою кишки, чим досягають підвищення клінічної ефективності лікувального способу.

При розгляді технічного завдання було взято до уваги те, що довжина прямої кишки дорівнює 13-15см, а об'єм її ампулярної частини не перевищує 300мл. Враховуючи, що сигмоподібна кишка, довжина якої досягає 40см і вміст у якій може утримуватись до 10год., стає очевидною перевага

введення лікарського засобу саме у цей відділ товстої кишки [2].

Поставлене завдання вирішують тим, що у відомому способі введення лікарського засобу в товсту кишку, який полягає у транспортуванні його через анальний канал у порожнину кишки, відповідно до корисної моделі лікарський засіб вводять вище ректосигмоїдного сполучення безпосередньо у порожнину сигмоподібної кишки.

Конкретно спосіб здійснюють таким чином. Попередньо хворому за 20-30хв. до маніпуляції звільняють порожнину товстої кишки від вмісту. Через 30 хвилин у положенні пацієнта на правому боці з приведеними до живота стегнами через анальний канал у порожнину товстої кишки вводять еластичну трубку і просувають її на глибину 30-35см, тобто вище ректосигмоїдного сполучення. Після цього до зовнішнього отвору еластичної трубки приєднують резервуар з лікарським засобом, з якого через канал трубки повільно транспортують лікарський засіб у вигляді аерозолію або розчину у просвіт товстої кишки. Після завершення процедури, яка триває приблизно 10-15хв., еластичну трубку виводять назовні, а хворому рекомендують залишатись у лежачому положенні ще впродовж 20-30хв.

Приклад 1

Хворий К., 45 років, поступив на лікування в інфекційний відділ з діагнозом гострий шигельоз, ентероколітна форма. Стан хворого важкий, випорожнення до 20 разів на добу, рідкої консистенції з домішками слизу і крові. Призначено лікування з застосуванням медикаментозного засобу безпосередньо на слизову оболонку товстої кишки. Для цієї маніпуляції була застосована еластична трубка. Трубка була введена на 30см. У порожнину

(19) UA (11) 13083 (13) U

сигмоподібної кишки ввели 450мл аерозолі полісорбу, що містив 3,0г сухого препарату. Зазначена методика забезпечила поступленню препарату у порожнину сигмоподібної, низхідної, поперечно-ободової і висхідної кишок. Глибину поступлення аерозолі в кишку перевірено порівняльною перкусією живота до і після маніпуляції. Аерозоль утримувався у порожнині кишки 6 годин, що було достатньо для забезпечення необхідного лікувального ефекту: на наступну добу біль у животі вщух, зменшилася частота випорожнень до 3 разів на добу.

Приклад 2

Хворий І., 50 років, поступив на лікування з діагнозом хронічний симптоматичний коліт гастрогенної етіології, фаза загострення. Скаржився на біль у животі, почастишали випорожнення до 5-6 разів на добу, кал рідкої консистенції з домішками слизу. При ректороманоскопічному дослідженні виявлено наявність катарально-ерозивного проктосигмоїдиту. Через анальний канал була введена еластична трубка на глибину 28см і в просвіт товстої кишки було введено 400мл відвару звіробію, який хворий утримував всередині впродовж 5 годин. Після чого у хворого припинився біль у животі, зменшилася частота випорожнень, кал недостатньо сформований, без патологічних домішок, двічі на добу.

Приклад 3

Запропонованим способом проведено лікування 26 хворих з ураженням товстої кишки. З них 14 особам вводили у просвіт товстої кишки на глибину 25-30мл аерозоль полісорбу, 12 особам - відвари лікарських трав. Загальний об'єм субстрату, що вводили у порожнину товстої кишки дорівнював 400-600мл. У всіх випадках маніпуляція проходила без ускладнень, введений лікарський засіб хворі утримували всередині до 3-10 годин. У всіх випадках протягом 24 годин наступав позитивний клінічний ефект. Біль у животі припинився, зменшилась частота дефекацій, зникли домішки і наступала нормалізація консистенції калу.

Таким чином, запропонований спосіб забезпечує ефективніше, ніж за способом-прототипом, внутрішньокішкове введення лікарського засобу, що позитивно позначилося на результатах лікування, перш за все за рахунок оптимізації умов всмоктування лікарського засобу в порожнині товстої кишки та пролонгації контакту лікарського засобу зі слизовою оболонкою кишки.

Джерела інформації:

1. Апанасенко Г.Л., Богуш С.А., Тросцінська Н.М. та ін. - К: Здоров'я, 1994. -496с.

2. Баркан М.П. Консервативное лечение анальных трещин в амбулаторно-поликлинических условиях. М: Медицина, 1965. -95с.