



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **104033** (13) **U**

(51) МПК (2015.01)

A61B 17/00

A61B 17/135 (2006.01)

A61B 18/24 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

| | |
|---|--|
| (21) Номер заявки: u 2015 06503 | (72) Винахідник(и): Тодуров Іван Михайлович (UA), Кучерук Володимир Васильович (UA), Плегуца Олександр Іларійович (UA), Щитов Олексій Володимирович (UA), Діброва Юрій Андрійович (UA), Пустовіт Анатолій Андрійович (UA), Перехрестенко Олександр Васильович (UA), Калашніков Олександр Олександрович (UA), Косюхно Сергій Вікторович (UA), Назаренко Олександр Юрійович (UA), Атаманський Ілля Михайлович (UA), Роздобудько Юрій Михайлович (UA) |
| (22) Дата подання заявки: 02.07.2015 | |
| (24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 12.01.2016 | |
| (46) Публікація відомостей про видачу патенту: 12.01.2016, Бюл.№ 1 | (73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ, вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, 03680 (UA) |

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ КОРОТКОЇ КИШКИ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування синдрому короткої кишки включає послідовні поперечні пересічення лінійним степлером тонкої кишки з боку 90° і 270° відносно лінії брижі кишки з інтервалом 2,0-2,2 см і не доходячи до протилежного краю кишки 2,0-2,2 см. У випадку діаметра тонкої кишки менше 6,0 см попередньо в дистальну частину тонкої кишки вводять назоінтестинальний обтураційний зонд з роздувним балоном на його дистальному кінці, балон роздувають до зіткнення з стінками кишки, а через 1,5-2,0 місяці, коли діаметр тонкої кишки досягне 6,0 см і більше, виконують операцію.

UA 104033 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при хірургічному лікуванні синдрому короткої кишки.

Відомий спосіб хірургічного лікування синдрому короткої кишки, який включає послідовні поперечні пересічення лінійним степлером тонкої кишки з боку 90° і 270° відносно лінії брижі кишки з інтервалом 2,0-2,2 см і не доходячи до протилежного краю кишки 2,0-2,2 см [Wales P. W. Surgical therapy for short bowel syndrome /P.W. Wales //Pediatric surgery international. - 2004. - Vol. 20, № 9. - P. 647-57].

Недоліком цього способу є обмежена область застосування, так як при діаметрі тонкої кишки менше 6,0 см не досягається ефект операції.

В основу корисної моделі поставлена задача розробити спосіб хірургічного лікування синдрому короткої кишки, який за рахунок тимчасової obturaції дистальної частини залишеної тонкої кишки призводить би до збільшення діаметра кишки до 6,0 см і більше, що забезпечувало б розширення області застосування операції.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування синдрому короткої кишки включає послідовні поперечні пересічення лінійним степлером тонкої кишки з боку 90° і 270° відносно лінії брижі кишки з інтервалом 2,0-2,2 см і не доходячи до протилежного краю кишки 2,0-2,2 см, згідно з корисною моделлю, у випадку діаметра тонкої кишки менше 6,0 см попередньо в дистальну частину тонкої кишки вводять назоінтестинальний obturaційний зонд з роздувним балоном на його дистальному кінці балон роздувають до зіткнення з стінками кишки, а через 1,5-2,0 місяці, коли діаметр тонкої кишки досягне 6,0 см і більше, виконують операцію.

Введення в дистальну частину тонкої кишки obturaційного зонда з роздувним балоном на його дистальному кінці та роздування балона до зіткнення з стінками кишки призводить до часткової непрохідності тонкої кишки та її дилатації до 6,0 см і більше протягом 1,5-2,0 місяців, що і забезпечує розширення області застосування операції.

Усі числові значення, наведені в формулі корисної моделі, вибрані на підставі клінічних досліджень 3 хворих.

Спосіб виконують наступним чином.

За допомогою фіброентероскопу в дистальну частину залишеної тонкої кишки вводять назоінтестинальний зонд з роздувним балоном на його дистальному кінці. Під візуальним ендоскопічним контролем балон роздувають до зіткнення з стінками кишки введенням рентгенконтрастної рідини через проксимальний кінець зонда. Проксимальний кінець зонда герметично закривають. Фіброентероскоп видаляють. Зонд фіксують біля входу в ніздрю марлевою стрічкою. Виконують рентгенологічний контроль розташування зонда та діаметра балона. Пацієнту проводять пероральне харчування та парентеральну нутритивну підтримку. Кожних 5-7 днів виконують рентгенологічний контроль розташування зонда та його діаметра. У випадку здуття балона роздувають балон до початкового діаметра введення контрастної речовини через проксимальний кінець зонда під рентгенологічним контролем, у випадку зміщення балона проводять його переміщення на початкове місце під рентгенологічним контролем. Кожних 3 тижні виконують рентгенологічне контрастне дослідження діаметру тонкої кишки. Через 1,5-2,0 місяці при розширенні тонкої кишки більше 6,0 см назоінтестинальний зонд видаляють, виконують хірургічне втручання, яке включає лапаротомію, вісцероліз, виділення тонкої кишки, послідовні поперечні пересічення лінійним степлером тонкої кишки з боку 90° і 270° відносно лінії брижі кишки з інтервалом 2,0-2,2 см і не доходячи до протилежного краю кишки 2,0-2,2 см, дренажування черевної порожнини, зашивання черевної стінки.

Приклад

Пацієнт Я., 21 р., медична карта стаціонарного хворого N 7649/2014, був госпіталізований 22.12.2014 р. у відділення хірургії стравоходу, шлунка та кишечника з діагнозом: синдром короткої кишки J₁ I₁ V₁ C₁+PN₃, хронічна ентєральна недостатність CI-2, кахексія. 23.12.2014 р. пацієнту виконали рентгенівське дослідження пасажу контрасту по шлунково-кишковому каналу: довжина тонкої кишки 20,0 см, діаметр - 2,5 см. 25.12.2014 р. за допомогою фіброентероскопу провели в термінальний відділ клубової кишки назоінтестинальний зонд з роздувним балоном на його дистальному кінці. Під візуальним ендоскопічним контролем балон роздули до зіткнення з стінками кишки введенням 11 мл 60 % розчину тріомбразу через проксимальний кінець зонда. Проксимальний кінець зонда герметично закрили. Фіброентероскоп видалили. Зонд зафіксували біля входу в ніздрю марлевою стрічкою. 25.12.2014 р. пацієнту виконали рентгенівське дослідження органів черевної порожнини: балон визначається в проекції ілеоцекального кута, діаметр балона 2,5 см. Пацієнту проводили пероральне харчування з використанням напівелементних сумішей та парентеральну нутритивну підтримку. 30.12.2014 р. пацієнту здійснили рентгенівське дослідження органів черевної порожнини: балон визначається в проекції ілеоцекального кута, діаметр балона 2,5 см. Надалі рентгенологічний контроль

розташування зонда та його діаметр виконували кожні 5-7 днів. 15.01.2015 р. провели рентгенівське дослідження пасажу контрасту по шлунково-кишковому каналу: діаметр тонкої кишки 3,9 см. 04.02.2015 р. - рентгенівське дослідження пасажу контрасту по шлунково-кишковому каналу: діаметр тонкої кишки 5,3 см. 20.02.2015 р. - рентгенівське дослідження пасажу контрасту по шлунково-кишковому каналу: діаметр тонкої кишки 6,1 см. 24.02.2015 р. хворому виконали операцію: лапаротомія, вісцероліз, виділення тонкої кишки, послідовні поперечні пересічення лінійним степлером тонкої кишки з боку 90° і 270° відносно лінії брижі кишки з інтервалом 2,0-2,2 см і не доходячи до протилежного краю кишки 2,0-2,2 см, дренажування черевної порожнини, зашивання черевної стінки. У післяопераційному періоді дренаж видалили на 5 добу, шви зняли на 10 добу. Проводили поєднане харчування пацієнта через рот з парентеральним живленням, причому дозу останнього постійно зменшували. 13.03.2015 р. пацієнта виписали.

За запропонованим способом проліковано 3 хворих з синдромом короткої кишки. Ширина залишеної тонкої кишки у цих пацієнтів досягнула 6,0 см і більше, що дозволило виконати операцію.

За способом-аналогом намагались пролікувати 3 пацієнтів з синдромом короткої кишки. Проте в одного з них діаметр тонкої кишки був 4,6 см, що не дозволило виконати операцію.

Таким чином, порівняння з аналогом показало, що застосування способу дозволяє розширити сферу застосування хірургічного лікування синдрому короткої кишки.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування синдрому короткої кишки, який включає послідовні поперечні пересічення лінійним степлером тонкої кишки з боку 90° і 270° відносно лінії брижі кишки з інтервалом 2,0-2,2 см і не доходячи до протилежного краю кишки 2,0-2,2 см, який **відрізняється** тим, що у випадку діаметра тонкої кишки менше 6,0 см попередньо в дистальну частину тонкої кишки вводять назоінтестинальний obturaційний зонд з роздувним балоном на його дистальному кінці, балон роздувають до зіткнення з стінками кишки, а через 1,5-2,0 місяці, коли діаметр тонкої кишки досягне 6,0 см і більше, виконують операцію.

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601