



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **111329** (13) **U**
(51) МПК (2016.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2016 03978	(72) Винахідник(и): Козін Юрій Іванович (UA), Лелиця Андрій Вікторович (UA)
(22) Дата подання заявки: 12.04.2016	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.11.2016	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ ІМ. В.Т. ЗАЙЦЕВА НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", в'їзд Балакірева, 1, м. Харків-103, 61103 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.11.2016, Бюл.№ 21	

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ НЕСПРОМОЖНОСТІ КИШКОВИХ ШВІВ І РЕЦИДИВУ ПЕРИТОНІТУ

(57) Реферат:

Спосіб профілактики неспроможності кишкових швів і рецидиву перитоніту включає встановлення мікроіригаційного катетера до заочеревинної жирової клітковини, а також введення по ньому лікарської речовини. Катетер встановлюють позаабдомінальним доступом, а в зону локалізації нервових сплетень, а також лімфатичних вузлів кореня брижі та парааортальної зони лікарські речовини надходять шляхом інсуфляції озono-кисневої суміші в наступному режимі: об'ємом 10 см на кожен кілограм ваги, 5-разово, через день, двічі на добу, з концентрацією озону від 5 до 20 мг/л з кроком 3 мг/л і швидкістю введення 30-35 мл/хвил.

UA 111329 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема гнійної хірургії, і може бути використана для ліквідації зон неспроможності кишкової стінки в умовах розвинутого перитоніту.

Відомий спосіб профілактики неспроможності кишкових швів, що описаний в Авторефераті дисертації Одинак В.М. Ранняя релапаротомия у детей. - М., 1995. Він включає встановлення катетера до кореня брижі, а також введення по ньому лікарської речовини. Як лікарську речовину вибирають антибіотико-новокаїнову суміш впродовж 3-6 діб після релапаротомії.

Спосіб дозволяє покращити клінічний перебіг захворювання, перистальтику кишечника і зменшує кількість ускладнень. Але встановлення катетера в заочеревинний простір для проведення антибіотико-новокаїнових блоkad не сприяє санації запального процесу в черевній порожнині і не попереджує транслокації кишкової інфекції та її токсинів як по самій черевній порожнині, так і по позаочеревинній області, а також малого таза.

Найбільш близьким до корисної моделі є спосіб профілактики неспроможності кишкових швів за патентом ЄАПВ № 015637 В1 (заявл. 24.10.2008, опубл. 31.10.2011, Спосіб предупреждения несостоятельности швов кишечных анастомозов). Він включає встановлення мікроіригаційного катетера до заочеревинної жирової клітковини, а також введення по ньому лікарської речовини. Притому мікроіригаційний катетер встановлюють інтраопераційно в корінь брижі і виводять крізь черевну порожнину в зону післяопераційної рани. Введення лікарської речовини виконують крапельно 3-4 рази на добу сумішшю лікарських препаратів, яка включає знеболювальні, антикоагуляційні, антихолінергічні препарати та антибіотик.

Спосіб дозволяє шляхом внутрішньобрижової лімфотропної терапії досягти покращення регенераторної здатності в зонах анастомозів за рахунок знімання спазму з кишечника та регіонарних судин, покращення лімфо- та гемоциркуляції, ліквідації патологічної симпатичної та больової імпульсації та антимікробної дії. Але катетер, проходячи крізь інфіковану черевну порожнину, виходить заочеревинно, що порушує герметичність очеревини і створює шлях для транслокації бактерій та їх токсинів із черевної порожнини в позаочеревинний простір. Це може призводити до розвитку гнійно-запальних процесів в позаочеревинному просторі, які ускладнюють перебіг вихідного перитоніту.

В основу корисної моделі поставлено задачу створення способу, який впливає на процеси в черевній порожнині, не входячи в неї і уникаючи при цьому порушення черевного бар'єру, шляхом ліквідації симпатичної і больової імпульсації в зоні анастомозу, спазму і атонії кишечника, покращення мікроциркуляції та антибактеріальної і антитоксичної санації.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі профілактики неспроможності кишкових швів і рецидиву перитоніту, який включає встановлення мікроіригаційного катетера до заочеревинної жирової клітковини, а також введення по ньому лікарської речовини, згідно з корисною моделлю, катетер встановлюють позаабдомінальним доступом, а в зону локалізації нервових сплетень, а також лімфатичних вузлів кореня брижі та парааортальної зони лікарські речовини надходять шляхом інсуфляції озоно-кисневої суміші в наступному режимі: об'ємом 10 см³ на кожен кілограм ваги, 5-разово, через день, двічі на добу, з концентрацією озону від 5 до 20 мг/л з кроком 3 мг/л і швидкістю введення 30-35 мл/хв.

Доцільно катетер встановлювати параанальним доступом.

Встановлення катетера позаабдомінальним доступом дозволяє виключити травмування передньої стінки позаочеревинного простору, якою є задня парієтальна очеревина. При цьому його кінець розташовують в пухкій жировій клітковині в параректальному просторі таза або в пухкій сполучній тканині та жировій клітковині поперекової зони в проекції зони трикутника Лесгафта-Грюнфельда. При цьому кінець катетера опиняється в жировій клітковині, яка є найближчою до зони локалізації нервових сплетень, а також лімфатичних вузлів кореня брижі.

Інсуфляція озоно-кисневої суміші дозволяє отримати значний протизапальний, бактерицидний, вірусцидний, фунгіцидний, імуномодельючий, анальгезуючий, антикоагулянтний впливи в зонах кровопостачання та інервації великої кількості нервових сплетень тощо. Відбувається їх санація покращення функціонального стану. Від кінця катетера в зазначені зони озоно-киснева суміш розповсюджується мимовільно.

Встановлення катетера параанальним доступом дозволяє оптимальним шляхом досягти швидкого надходження кінця катетера в необхідну зону, оскільки параректальний простір таза переходить безпосередньо в середній відділ за очеревиного простору.

Режим інсуфляції вибирають таким, щоб отримати максимальний ефект без передозування, а також з можливістю динамічного контролю за станом хворого.

Спосіб реалізується наступним чином. Встановлення мікроіригаційного катетера в пресакральну жирову клітковину проводять довгою голкою на глибину 8,0±1,0 см під контролем пальця, який вводять в пряму кишку (контроль положення кінця голки) в положенні хворого на правому боці. Введення проводять під місцевою інфільтративною анестезією крізь точку на

середині лінії між анусом і вершиною куприка. Після проведення голки пресакральна клітковина піддається гідравлічному препаруванню розчином новокаїну, по голці вводять струнний провідник і після видалення голки по провіднику встановлюють мікроіригатор з заглушкою на зовнішньому боці. Після цього хворого переводять в горизонтальне положення або на лівий бік і по мікроіригатору вводять озono-кисневу суміш з швидкістю введення 30-35 мл/хв. Введення виконують двічі на день, кожні 12 годин з однією концентрацією озono-кисневої суміші. Після цього виконують перерву на 36 годин і продовжують введення суміші з концентрацією озону, яка збільшена на 3 мг/л. Так повторюють 5 раз впродовж 10 днів.

Таким способом проліковано 6 пацієнтів з посттравматичним розвинутим перитонітом, що був обумовлений множинними ушкодженнями тонкого та товстого кишечника. Досягнуто загоєння міжкишкових анастомозів і ушитих ран кишечнику первинним натягом, при цьому виключена транслокація внутрішньокішкових мікроорганізмів та їх токсинів і розвиток відстрочених уповільнених форм перитоніту, а також ендотоксикозу.

Таким чином, виконання способу за корисною моделлю дозволяє впливати на процеси в черевній порожнині, не входячи в неї і уникаючи при цьому порушення черевного бар'єру. Також покращується місцевий стан симпатичної нервової системи (нервових сплетень), що сприяє покращенню мікроциркуляторного кровообігу, ліквідує гіперкоагуляційний синдром і гіпоксію. Відбувається також санація позаочеревинної лімфатичної системи. Такий комплексний вплив суттєво підвищує регенераторну здатність тканин кишечника і сприяє первинному загоєнню ран і анастомозів.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

1. Спосіб профілактики неспроможності кишкових швів і рецидиву перитоніту, який включає встановлення мікроіригаційного катетера до заочеревинної жирової клітковини, а також введення по ньому лікарської речовини, який **відрізняється** тим, що катетер встановлюють позаабдомінальним доступом, а в зону локалізації нервових сплетень, а також лімфатичних вузлів кореня брижі та парааортальної зони лікарські речовини надходять шляхом інсуфляції озono-кисневої суміші в наступному режимі: об'ємом 10 см на кожен кілограм ваги, 5-разово, через день, двічі на добу, з концентрацією озону від 5 до 20 мг/л з кроком 3 мг/л і швидкістю введення 30-35 мл/хв.

2. Спосіб профілактики неспроможності кишкових швів і рецидиву перитоніту за п. 1, який **відрізняється** тим, що катетер встановлюють параанальним доступом.

Комп'ютерна верстка О. Гергіль

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