



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **88033** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00
G01N 33/48 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 12003	(72) Винахідник(и): Гаджієв Новруз Джаббар огли (AZ), Сушков Сергій Валентинович (UA), Клімова Олена Михайлівна (UA)
(22) Дата подання заявки: 14.10.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.02.2014	(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: 25.02.2014, Бюл.№ 4	

(54) СПОСІБ ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕСПРОМОЖНОСТІ МІЖКИШКОВИХ АНАСТОМОЗІВ ПРИ ПЕРИТОНІТІ

(57) Реферат:

Спосіб попереджений неспроможності міжкишкових анастомозів при перитоніті, який включає накладання анастомозу, катетеризацію кореня брижі тонкого кишечника, виведення дистального кінця катетеру крізь операційну рану та фіксацію до шкіри, дренажування черевної порожнини, а також внутрішньобрижову інфузію лікарським розчином із знеболювальним та антибактеріальним препаратом, а також препаратом для профілактики тромбозів та покращення перистальтики, причому додатково перед катетеризацією виконують промивання черевної порожнини озонованим фізіологічним розчином з концентрацією озону 4-5 мг/л та експозицією 15-20 хвилин, як лікарський розчин для внутрішньобрижової інфузії вибирають озонований фізіологічний розчин тієї ж концентрації в об'ємі 50-100 мл 2 рази на добу впродовж 3-5 днів, а в післяопераційному періоді додатково проводять промивання черевної порожнини озонованим фізіологічним розчином крізь дренаж.

U
UA 88033

Корисна модель стосується хірургії і може бути використана для попередження неспроможності міжкишкових анастомозів.

Відомий спосіб попередження неспроможності міжкишкових анастомозів при перитоніті, що описано в статті Ф.Г. Кулачок та інш. "Профілактика несостоятельности межкишечных анастомозов при перитонитах" [див. Клиническая хирургия. - 1984. - № 6. - С. 71-72]. Він включає укріплення зони анастомозу нанесенням на неї тонкого шару клею МК-7 з обов'язковим захопленням швів та подальшим накладенням на цю зону клаптя сальника.

Спосіб дозволяє попередити неспроможність міжкишкових анастомозів при перитоніті, але при цьому погіршується крово- та лімфообіг шовної полоси, оскільки клей викликає спазм регіонарних судин. Також погіршується моторика стінок кишечника, що також негативно впливає на загоєння анастомозу. Крім того, збільшується імовірність спайкоутворення.

Найбільш близьким до корисної моделі за медико-технічною суттю є спосіб попередження неспроможності анастомозів порожнистих органів за патентом ЄАПВ № 015637 В1 [пр. 24.10.2008, опубл. 31.10.2011, Способ предупреждения несостоятельности швов кишечных анастомозов]. Він включає накладання анастомозу, катетеризацію кореня брижі тонкого кишечника, виведення дистального кінця катетеру крізь операційну рану та фіксацію до шкіри, а також внутрішньобрижову інфузію лікарським розчином впродовж 7-8 днів. Лікарський розчин включає знеболювальні (новокаїн), антибактеріальні (цефтриаксон), а також препарати, що покращують перистальтику (прозерин) та сприяють профілактиці тромбозів (гепарин).

Спосіб дозволяє попередити неспроможність кишкових анастомозів, але до його недоліків слід віднести недостатню ефективність регенерації шовної полоси, оскільки не передбачений безпосередній вплив на регенерацію. Також при застосуванні великої кількості лікарських засобів підвищується імовірність алергічних реакцій на конкретні препарати, а також наявності протипоказань до деяких з них на фоні супутніх захворювань. Крім того, витрата 4 лікарських препаратів впродовж 7-8 днів є достатньо економічно не вигідним. Автори окремо не розглядають можливість лікування перитоніту, але можливо припустити, що в цьому разі вони використовують стандартну процедуру промивання черевної порожнини розчинами антисептиків, що не є досить ефективним.

В основу корисної моделі поставлена задача створення ефективного та економічного способу попередження неспроможності міжкишкових анастомозів при перитоніті.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі попередження неспроможності міжкишкових анастомозів при перитоніті, який включає накладання анастомозу, катетеризацію кореня брижі тонкого кишечника, виведення дистального кінця катетеру крізь операційну рану та фіксацію до шкіри, дренажування черевної порожнини, а також внутрішньобрижову інфузію лікарським розчином із знеболювальним та антибактеріальним препаратом, а також препаратом для профілактики тромбозів та покращення перистальтики, згідно з корисною моделлю додатково перед катетеризацією виконують промивання черевної порожнини озонованим фізіологічним розчином з концентрацією озону 4-5 мг/л та експозицією 15-20 хвилин, як лікарський розчин для внутрішньобрижової інфузії вибирають озонований фізіологічний розчин тієї ж концентрації в об'ємі 50-100 мл 2 рази на добу впродовж 3-5 днів, а в післяопераційному періоді додатково проводять промивання черевної порожнини озонованим фізіологічним розчином крізь дренаж.

Введення озонованого фізіологічного розчину для промивання черевної порожнини та внутрішньобрижової інфузії дозволяє здійснити сильний бактерицидний, фунгіцидний, антипротозойний, антиоксидантний, антигіпоксичний, детоксикаційний, знеболювальний, протизапальний та імуномодельючий вплив. Зазначений розчин покращує мікроциркуляцію та реологію крові при всмоктуванні в кров, активує метаболізм, стимулює репаративно-регенеративні процеси та пластичний обмін.

Вибрані концентрації дозволяють досягти саме означених результатів.

Сполучення загальної та місцевої дії озонованого фізіологічного розчину (двох методів озонотерапії) дозволяє усунути спазм регіонарних судин і кишечника, покращити крово- та лімфообіг в зоні анастомозу, блокувати патологічну симпатичну та болючу імпульсацію до стінок кишечника, відновити перистальтику та зменшити внутрішньокишковий тиск, прискорити регенерацію анастомозу, стабілізувати ліпоперекисні процеси, покращити метаболізм, зменшити ендогенну інтоксикацію та вміст кількості мікробів в черевній порожнині, попередити подальший розвиток запального процесу, на місцевому системному рівні підвищити протиінфекційний захист та показники фагоцитарної активності і тим самим попередити неспроможність міжкишкового анастомозу на фоні перитоніту.

Саме сполучення двох методів озонотерапії надає синергічний системний та місцевий вплив і тим самим попереджує неспроможність міжкишкових анастомозів при перитоніті.

Післяопераційне промивання черевної порожнини озонованим фізіологічним розчином дозволяє значно зменшити мікробну контамінацію.

Докладний опис способу надається на прикладі його виконання в клініці.

Клінічний приклад.

5 Хвора Б.О., 61 років, історія хвороби № 3512, надійшла до клініки ДУ "ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМНУ" 01.07.2011 з діагнозом "гостра кишкова непрохідність, перитоніт" в тяжкому стані. Зі слів хворої, вона хворіє 5 діб. На підставі клініко-лабораторних та інструментальних досліджень встановлено діагноз "гостра кишкова непрохідність, розповсюджений перитоніт" і після передопераційної підготовки і екстреному порядку під інтубаційним наркозом проведена операція: широка серединна лапаротомія, ревізія черевної порожнини, резекція петель тонкої кишки з накладанням первинного анастомозу "кінець-в-кінець", санація черевної порожнини, катетеризація кореня брижі тонкого кишечника та дренування черевної порожнини. Післяопераційний діагноз: гостра тонко кишкова непрохідність з гангrenoю петель тонкої кишки, розлитий каловий перитоніт МПІ-III, тяжка ендогенна інтоксикація. В післяопераційному періоді на фоні загальноприйнятої базисної консервативної терапії проводили впродовж 5 діб внутрішньобрижову інфузію озонованого фізіологічного розчину (ОФР) в об'ємі 50,0 мл з концентрацією озону 4 мг/л на фоні інтраперитонеального введення ОФР з концентрацією озону 4 мг/л крізь дренажні трубки.

20 Завдяки лімфотропному та інтраперитонеальному введенню ОФР на 2 добу після операції відновились перистальтика кишечника, і стан хворої значно покращився. Катетер видалено на 7-му добу. Рана загоїлася первинним натягінням і на 14 день хвора у задовільному стані була виписана додому.

25 Таким чином, виконання способу за корисною моделлю дозволяє ефективно та економічно здійснювати попередження неспроможності міжкишкових анастомозів при перитоніті. Покращується загальне самопочуття хворого, в найближчі часи після початку лікування відбувається зменшення інтенсивності болі, корекція, респіраторних дисфункцій. При цьому зменшується кількість виникнення гнійно-септичних ускладнень та летальних виходів.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

30 Спосіб попереджений неспроможності міжкишкових анастомозів при перитоніті, який включає накладання анастомозу, катетеризацію кореня брижі тонкого кишечника, виведення дистального кінця катетеру крізь операційну рану та фіксацію до шкіри, дренування черевної порожнини, а також внутрішньобрижову інфузію лікарським розчином із знеболювальним та антибактеріальним препаратом, а також препаратом для профілактики тромбозів та покращення перистальтики, який **відрізняється** тим, що додатково перед катетеризацією виконують промивання черевної порожнини озонованим фізіологічним розчином з концентрацією озону 4-5 мг/л та експозицією 15-20 хвилин, як лікарський розчин для внутрішньобрижової інфузії вибирають озонований фізіологічний розчин тієї ж концентрації в об'ємі 50-100 мл 2 рази на добу впродовж 3-5 днів, а в післяопераційному періоді додатково проводять промивання черевної порожнини озонованим фізіологічним розчином крізь дренаж.

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

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

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