

**УКРАЇНА****(19) UA (11) 100335 (13) U****(51) МПК (2015.01)****A61K 9/08 (2006.01)****A61K 33/00****A61P 1/00****A61B 1/31 (2006.01)****A61K 31/765 (2006.01)**

**ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ**

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2015 00022	(72) Винахідник(и): Яковенко Владислав Олександрович (UA)
(22) Дата подання заявки: 05.01.2015	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА НАУКОВА УСТАНОВА "НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЦЕНТР ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ" ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СПРАВАМИ, вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 27.07.2015	(74) Представник: Черепов Леонід Володимирович, реєстр. №19
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 27.07.2015, Бюл.№ 14	

(54) СПОСІБ ПІДГОТОВКИ ВАЖКОХВОРИХ ДО ВІДЕОКОЛОНОСКОПІЇ**(57) Реферат:**

Спосіб підготовки важкохворих до відеокколоноскопії включає введення їм рідини, який причому за кілька днів до дослідження важким хворим з порушенням ковтання внаслідок інсультів, черепно-мозкових травм встановлюють ендоскопічну гастростомічну трубку, крізь яку у день напередодні відеокколоноскопії хворі отримують рідкі страви і прозору рідину до п'ятнадцятої години, а з дев'ятнадцятої до двадцять першої години у ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано вводять 2 л розчину макроголу 3350 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10-15 мл за хвилину, вранці за п'ять годин до відеокколоноскопії в ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано вводять 1 л розчину макроголу 3350 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10-15 мл за хвилину, за чотири години до відеокколоноскопії хворим повністю припиняють введення будь-якої їжі і рідини крізь ендоскопічну гастростомічну трубку.

UA 100335 U

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до гастроентерології, проктології, хірургії, онкології, і може бути використана при підготовці до відеокOLONOSKOPII важких хворих з порушенням ковтання внаслідок інсультів, черепно-мозкових травм.

Підготовка товстої кишки до відеокOLONOSKOPII у важких хворих з порушенням ковтання внаслідок інсультів, черепно-мозкових травм має певні складнощі. При клінічній необхідності (шлунково-кишкова кровотеча невідомого походження, необхідність виключення онкологічних процесів товстої кишки тощо) таких хворих зазвичай готують до відеокOLONOSKOPII за допомогою очисних клізм. Такий спосіб підготовки не є оптимальним, в порожнині товстої кишки зберігається значна кількість рідкого непрозорого і твердого вмісту, що заважає виконанню огляду слизової оболонки, пошуку джерела кровотечі, утворень товстої кишки.

Відомо спосіб підготовки товстої кишки до відеокOLONOSKOPII за допомогою очисних клізм, згідно з яким клізми з водопровідною водою призначають ввечері перед обстеженням і/або зранку в день його проведення [Підготовка до колоноскопії / В.І. Нікішаєв, І.М. Тумак, А.Р. Патій [та співавт.] // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. - 2010. - Т.14, № 3. - С. 34-42.].

Недоліками відомого способу є те, що таких чином вдається підготувати дистальні сегменти товстої кишки, а в порожнині проксимальних сегментів товстої кишки зберігається значна кількість рідкого непрозорого і твердого вмісту, що заважає виконанню огляду слизової оболонки, пошуку джерела кровотечі або утворень товстої кишки.

В основу корисної моделі поставлено задачу підвищення якості підготовки товстої кишки до відеокOLONOSKOPII у важких хворих з порушенням ковтання внаслідок інсультів, черепно-мозкових травм.

Поставлену задачу вирішують тим, що у способі підготовки важкохворих до відеокOLONOSKOPII, який включає введення їм рідини, згідно з корисною моделлю, за кілька днів до дослідження важким хворим з порушенням ковтання внаслідок інсультів, черепно-мозкових травм встановлюють ендоскопічну гастростомічну трубку, крізь яку у день напередодні відеокOLONOSKOPII хворі отримують рідкі страви і прозору рідину до п'ятнадцятої години, а з дев'ятнадцятої до двадцять першої години у ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано вводять 2 л розчину макроголу 3350 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10-15 мл за хвилину, вранці за п'ять годин до відеокOLONOSKOPII в ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано вводять 1 л розчину макроголу 3350 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10-15 мл за хвилину, за чотири години до відеокOLONOSKOPII хворим повністю припиняють введення будь-якої їжі і рідини крізь ендоскопічну гастростомічну трубку.

Як рідкі страви призначають бульйон, чай, каву, освітлені соки, кисіль, рідке зондове харчування.

Як прозору рідину вживають фільтрований бульйон, освітлений сік, негазовану воду або чай без молока.

Спосіб, що заявляється, дозволяє отримати добру підготовку порожнини товстої кишки у важких хворих з порушенням ковтання внаслідок інсультів, черепно-мозкових травм, без непрозорого, твердого вмісту і піни, що поліпшує діагностику джерел кишкової кровотечі і утворень товстої кишки.

Спосіб підготовки важкохворих до відеокOLONOSKOPII дозволив покращити якість підготовки товстої кишки у важких хворих з порушенням ковтання внаслідок інсультів, черепно-мозкових травм, що позначилося на швидкості і повноті виконання відеокOLONOSKOPII, поліпшило виявлення утворень товстої кишки.

Встановлення ендоскопічної гастростомічної трубки дозволило виконати ентєральне введення значного об'єму розчину для підготовки товстої кишки у хворих з порушеннями ковтання.

Використання інфузомату дозволило виконати контрольоване програмоване введення розчину для підготовки товстої кишки важким хворим з порушенням ковтання, не створюючи при цьому додаткове навантаження на медичний персонал.

Додавання емульсії симетикону до розчину макроголу 3350 зменшує піноутворення.

Спосіб підготовки важкохворих до відеокOLONOSKOPII здійснюють наступним чином.

За кілька днів до дослідження важкохворим з порушенням ковтання внаслідок інсультів, черепно-мозкових травм встановлюють ендоскопічну гастростомічну трубку, крізь яку у день напередодні відеокOLONOSKOPII хворі отримують рідкі страви і прозору рідину до п'ятнадцятої години, а з дев'ятнадцятої до двадцять першої години в ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано вводять 2 л розчину макроголу 3350 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10-15 мл за хвилину. Вранці за п'ять годин до відеокOLONOSKOPII в

ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано вводять 1 л розчину макроголу 3350 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10-15 мл за хвилину, за чотири години до відеокOLONOSКОПІЇ хворим повністю припиняють введення будь-якої їжі і рідини крізь ендоскопічну гастростомічну трубку.

5 Корисна модель пояснюється фігурами.

На Фіг. 1 зображено приклад ендодіагностики у білому світлі. Проксимальний кінець ендоскопічної гастростомічної трубки із бампером по передній стінці тіла шлунка.

На Фіг. 2 зображено приклад ендодіагностики у білому світлі. Пухлина поперечно-ободової кишки у вигляді виразки з чіткими піднесеними краями розміром 5×3 см.

10 Для підтвердження ефективності розробленого способу підготовки важкохворих до відеокOLONOSКОПІЇ, який був апробований на базі відділення ендоскопії та малоінвазивної хірургії медичного центру "Універсальна клініка "Оберіг", наведено клінічний приклад.

Клінічний приклад.

15 Пацієнтка М., 73 роки, була госпіталізована у інсультний центр медичного центру "Універсальна клініка "Оберіг" з наслідками важкого геморагічного інсульту, порушенням ковтання і ознаками шлунково-кишкової кровотечі. При езофагогастродуоденоскопії джерело кровотечі не виявлено. Для забезпечення ентерального харчування і підготовки до відеокOLONOSКОПІЇ у відділенні ендоскопії та малоінвазивної хірургії хворій була встановлена ендоскопічна гастростомічна трубка (Фіг. 1). Для підготовки товстої кишки до відеокOLONOSКОПІЇ у 20 день напередодні відеокOLONOSКОПІЇ хворій крізь гастростомічну трубку вводили рідкі страви і прозору рідину до п'ятнадцятої години, а з дев'ятнадцятої до двадцять першої годин у гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано ввели 2 л розчину макроголу 3350 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10 мл на хвилину. Вранці, за п'ять годин до відеокOLONOSКОПІЇ, в ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату 25 програмовано ввели 1 л розчину макроголу 3350 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10 мл за хвилину. За чотири години до відеокOLONOSКОПІЇ хворому повністю припинили введення будь-якої їжі і рідини крізь ендоскопічну гастростомічну трубку. При виконанні відеокOLONOSКОПІЇ підготовка товстої кишки добра, непрозорий вміст відсутній. Час інтубації сліпої кишки - 3 хвилини, час інтубації здухвинної кишки - 5 секунд, час виведення колоноскопу - 9 хвилин. 30 Слизова оболонка товстої кишки рожева, судинний малюнок чіткий. У середній частині поперечно-ободової кишки виявлена пухлина у вигляді виразки з чіткими піднесеними краями розміром 5×3 см, дно вкрите брудно-жовтим фібрином. Виконана біопсія. Морфологічний висновок: помірно диференційована аденокарцинома поперечно-ободової кишки. Рекомендована консультація онкохірурга.

35 Таким чином, застосування способу підготовки важкохворих до відеокOLONOSКОПІЇ дозволило якісно підготувати товсту кишку у важкохворій з порушенням ковтання після інсульту, що дало змогу швидко виконати інтубацію купола сліпої кишки і ілеоцекального клапану, дослідити слизову оболонку товстої кишки і термінального відділу здухвинної кишки, знайти утворення товстої кишки, яке було ймовірним джерелом кровотечі, суттєво вплинуло на подальшу тактику і 40 дозволило направити хвору на консультацію онкохірурга.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

1. Спосіб підготовки важкохворих до відеокOLONOSКОПІЇ, що включає введення їм рідини, який 45 **відрізняється** тим, що за кілька днів до дослідження важким хворим з порушенням ковтання внаслідок інсультів, черепно-мозкових травм встановлюють ендоскопічну гастростомічну трубку, крізь яку у день напередодні відеокOLONOSКОПІЇ хворі отримують рідкі страви і прозору рідину до п'ятнадцятої години, а з дев'ятнадцятої до двадцять першої години у ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано вводять 2 л розчину макроголу 3350 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10-15 мл за хвилину, вранці за п'ять годин до 50 відеокOLONOSКОПІЇ в ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано вводять 1 л розчину макроголу 3350 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10-15 мл за хвилину, за чотири години до відеокOLONOSКОПІЇ хворим повністю припиняють введення будь-якої їжі і рідини крізь ендоскопічну гастростомічну трубку.

55 2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як рідкі страви призначають бульйон, чай, каву, освітлені соки, кисіль.

3. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як прозору рідину вживають фільтрований бульйон, освітлений сік, негазовану воду або чай без молока.



Fig. 1



Fig. 2

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