



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **94270** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 04740	(72) Винахідник(и): Полянський Ігор Юлійович (UA), Москалюк Володимир Іванович (UA), Мороз Петро Васильович (UA), Войтів Ярослав Юрійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 05.05.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.11.2014	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.11.2014, Бюл.№ 21	(73) Власник(и): БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ МОЗ УКРАЇНИ, пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58002 (UA)

(54) СПОСІБ АНТЕГРАДНОЇ ІНТУБАЦІЇ КИШЕЧНИКУ

(57) Реферат:

Спосіб інтубації кишечника при кишковій непрохідності для евакуації його вмісту, при якому виконують антеградну назоінтестинальну інтубацію тонкої кишки, при якій проксимальну частину зонда із трубками для роздування манжеток відрізають. Створюють додаткові отвори у оральній частині зонда, який розміщують у просвіті шлунка. Зонд проводять через просвіт тонкої, а за необхідності, і товстої кишки і виводять його кінець назовні через сформовану цекостому чи сигмостому.

UA 94270 U

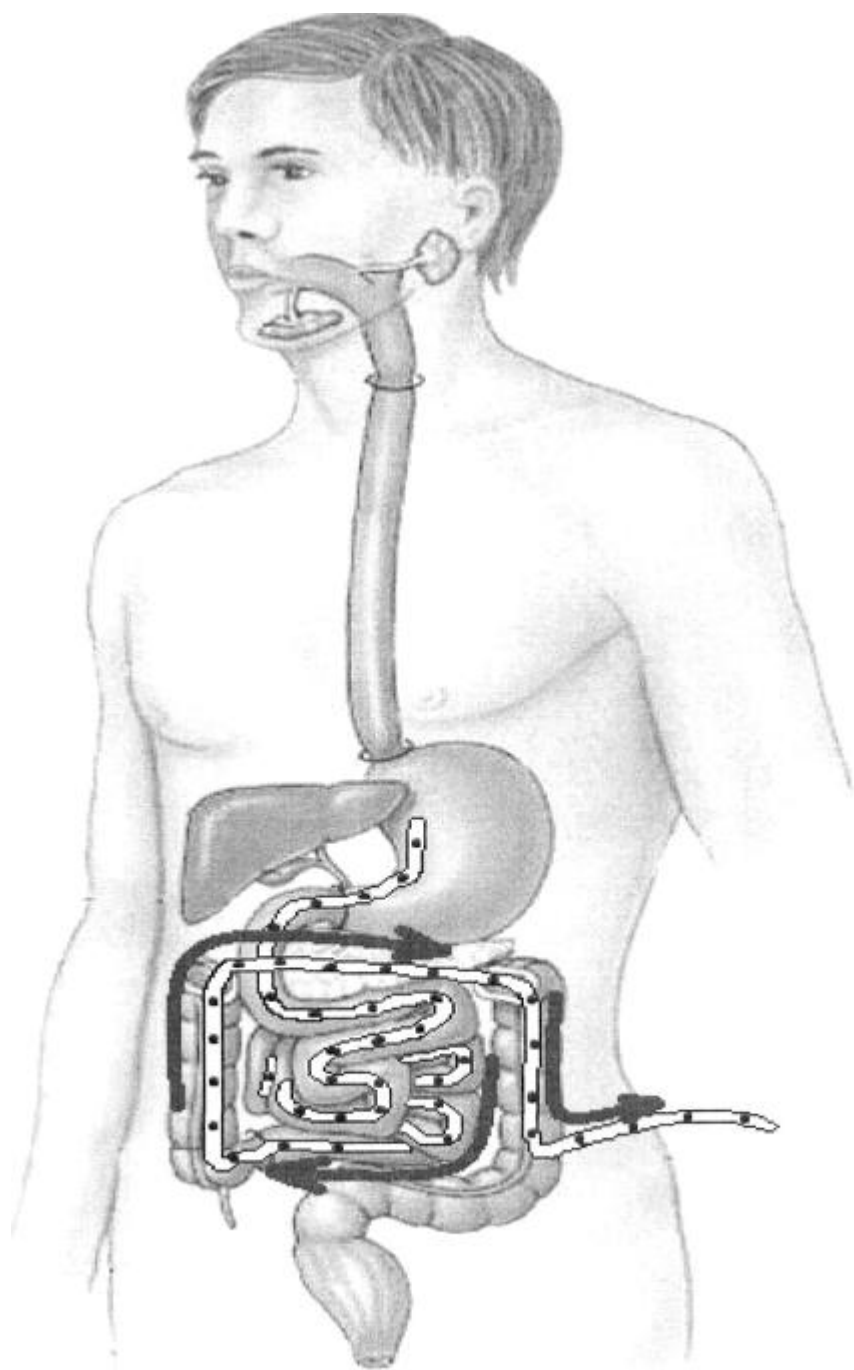


Fig. 4

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме хірургії, і може бути використана під час оперативних втручань на порожнистих органах травлення.

Інтубація кишечника, як один із компонентів комплексних заходів у лікуванні різних видів кишкової непрохідності, на сьогодні досить часто використовується хірургами з метою дренування та декомпресії кишечника, а також для доставки харчової суміші та проведення ентеросорбції.

Прототипом корисної моделі є спосіб назоінтестинальної інтубації кишечника (Веллер Д.Г. Усовершенствование интубации тонкой кишки. / Д.Г. Веллер, Ф.Ф. Усиков, В.К. Логачев // Хирургия. - 1985. - № 9. - С. 115-116.), який виконується шляхом заведення зонда через ніс, стравохід, шлунок у тонку кишку та проведення зонда до ілеоцекального кута. При цьому вільний кінець зонда знаходиться назовні, і через нього проводять декомпресію кишечника шляхом налагодження системи активної евакуації його вмісту.

Недоліком прототипу є:

- антиперистальтичне дренування кишкового вмісту - вміст кишечника видаляється проти природного напрямку перистальтики;
- високий ризик регургітації шлункового та кишкового вмісту у дихальні шляхи з розвитком синдрому Мендельсона та механічної асфіксії;
- утруднене дихання, пов'язане із знаходженням зонда у просвіті гортані, глотки та стравоходу;
- міграція зонда з аборальних відділів кишки;
- суб'єктивний дискомфорт пацієнта.

В основі корисної моделі лежить задача удосконалити спосіб назоінтестинальної інтубації кишечника.

Ознаками корисної моделі є: інтраназальний шлях введення зонда; достатня довжина зонда для інтубації кишечника; інтраопераційне використання способу; ізоперистальтичне дренування шлунка, тонкого та товстого кишечника; ізоперистальтичне переміщення вмісту кишечника попри зонд; відсутність ризику регургітації попри зонд вмісту шлунка у стравохід та дихальні шляхи; відсутність негативного впливу зонда на носоглотку, гортань та верхні дихальні шляхи; відсутність небезпеки міграції зонда з дистальних відділів тонкої кишки; неможливість утворення спайок між петлями кишки з формуванням "двостволок" чи перегинів, що можуть порушувати прохідність кишки; можливість активної аспірації вмісту кишки, що здійснюється ізоперистальтично, неможливість транслокації мікроорганізмів в оральному напрямку при активній аспірації.

Спільними ознаками прототипу та корисної моделі є: інтраназальний шлях введення зонда, достатня довжина зонда для інтубації кишечника, інтраопераційне використання способу.

Відмінними ознаками корисної моделі та прототипу є: ізоперистальтичне дренування шлунка, тонкого та товстого кишечника; ізоперистальтичне переміщення вмісту кишечника попри зонд; відсутність ризику регургітації попри зонд вмісту шлунка у стравохід та дихальні шляхи; відсутність негативного впливу зонда на носоглотку, гортань та верхні дихальні шляхи; відсутність небезпеки міграції зонда з дистальних відділів тонкої кишки, оскільки немає ефекту розправлення нанизаної на ньому кишки, як при прототипі, та неможливість, у зв'язку з цим, утворення спайок між петлями кишки з формуванням "двостволок" чи перегинів, що можуть порушувати прохідність кишки; можливість активної аспірації вмісту кишки, що здійснюється ізоперистальтично, неможливість транслокації мікроорганізмів в оральному напрямку при активній аспірації.

Визначення термінів, які використовуються при описі корисної моделі: антеградний спосіб, ізоперистальтичний спосіб, інтубація, тонка кишка, товста кишка, цекостома, сигмостома.

Передумовами використання способу є проведення багатоетапного хірургічного лікування з формуванням цeko- чи сигмостоми, показання до якого визначаються на основі результатів інтраопераційної оцінки характеру змін кишечника.

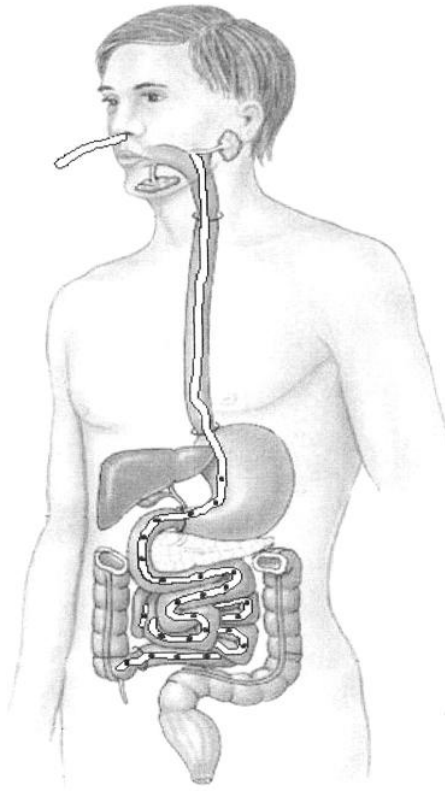
Спосіб здійснюється наступним чином: інтраопераційно виконують назоінтестинальну інтубацію тонкої кишки (фіг. 1), яка необхідна для виконання основного етапу операції. Після цього проксимальна частина зонда із трубками для роздування манжеток відрізається, створюються додаткові отвори у оральній частині зонда (фіг. 2) з таким розрахунком, щоб вони розміщувалися у просвіті шлунка. У подальшому зонд проводять через просвіт товстої кишки і виводять його кінець назовні через цекостому (фіг. 3) чи сигмостому (фіг. 4), а протилежний кінець із сформованими додатковими отворами розміщують у шлунок. Після відновлення скоротливої здатності кишки - появи перистальтики - зонд антеградно видаляють.

Застосування розробленого способу інтубації кишечника дозволяє покращити результати лікування хірургічних хворих.

- Технічний результат. Використання способу антеградної інтубації кишечника при проведенні багатоетапного оперативного лікування у хворих у комплексі з використанням медикаментозних препаратів, які стимулюють скоротливу здатність кишечника, дозволяє виключити ускладнення з боку органів дихання, забезпечити ефективне відновлення моторно-евакуаторної функції
- 5 впродовж перших 4 діб після операції, зменшити летальність та покращити післяопераційну реабілітацію хворих.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 10 Спосіб інтубації кишечника при кишковій непрохідності для евакуації його вмісту, який **відрізняється** тим, що виконують антеградну назоінтестинальну інтубацію тонкої кишки, при якій проксимальну частину зонда із трубками для роздування манжеток відрізають, створюються додаткові отвори у оральній частині зонда, який розміщують у просвіті шлунка, зонд проводять через просвіт тонкої, а за необхідності, і товстої кишки і виводять його кінець
- 15 назовні через сформовану цекостому чи сигмостому.



Фиг. 1

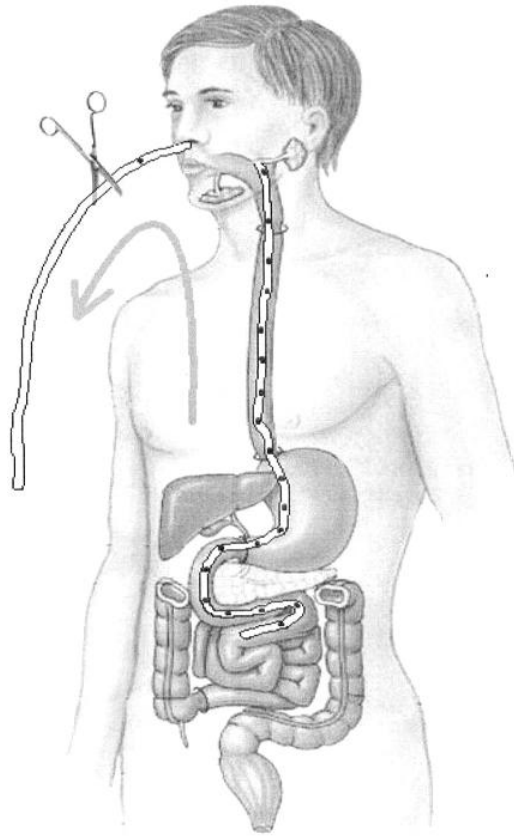


Fig. 2

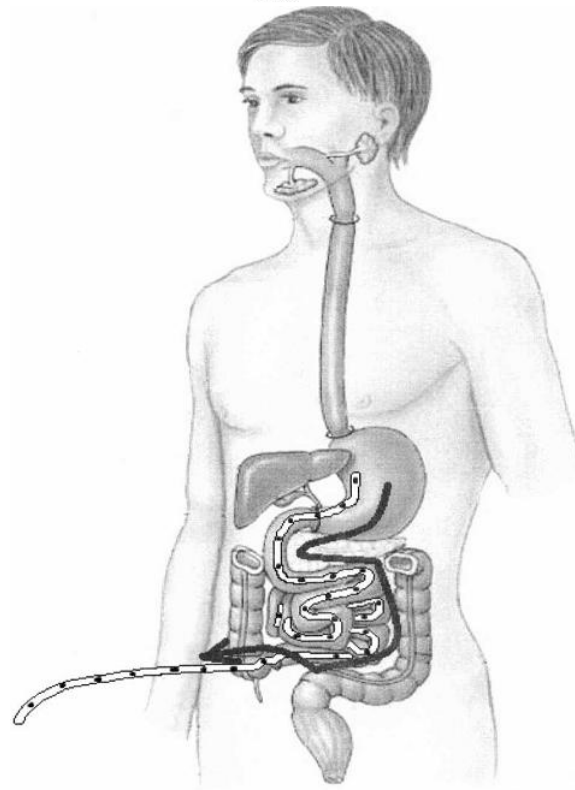
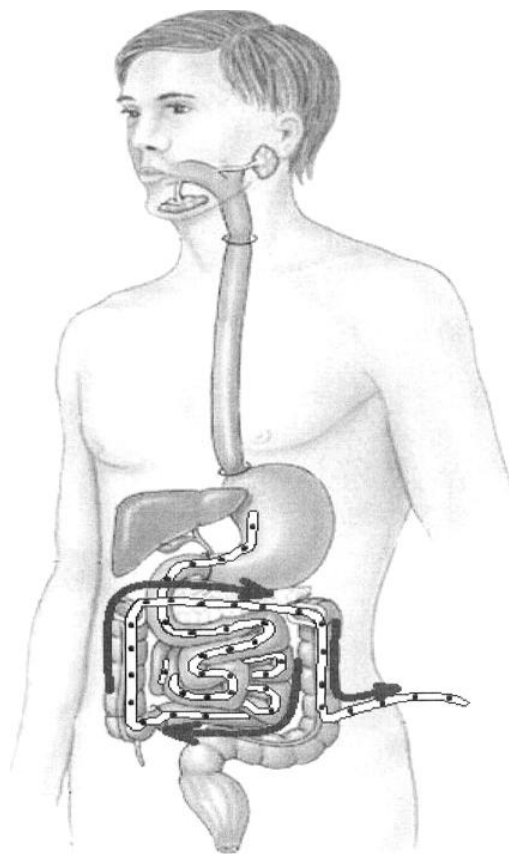


Fig. 3



Фіг. 4

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

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