



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **100336** (13) **U**

(51) МПК (2015.01)

A61K 9/08 (2006.01)

A61P 1/00

A61K 33/00

A61K 31/765 (2006.01)

A61B 1/31 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

| | | | |
|--|----------------------|---------------------|---|
| (21) Номер заявки: | u 2015 00023 | (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, 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 годин у ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано вводять 2 л розчину поліетиленгліколю 4000 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10-15 мл за хвилину, вранці за шість годин до відеокколоноскопії повторюють описаний алгоритм, у ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано вводять 2 л розчину поліетиленгліколю 4000 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 100336 U

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

Підготовка товстої кишки до відеокOLONOSКОПІЇ 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 відеокOLONOSКОПІЇ 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, поверхневих неоплазій товстої кишки.

Відомо спосіб підготовки товстої кишки до відеокOLONOSКОПІЇ 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 поверхневих неоплазій товстої кишки.

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

Поставлену задачу вирішують тим, що у способі підготовки важкохворих до відеокOLONOSКОПІЇ, 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 відеокOLONOSКОПІЇ хворі отримують рідкі страви і прозору рідину до п'ятнадцятої години, а з дев'ятнадцятої до двадцять першої годин у ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано вводять 2 л розчину поліетиленгліколю 4000 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10-15 мл за хвилину, вранці за шість годин до відеокOLONOSКОПІЇ повторюють описаний алгоритм, у ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано вводять 2 л розчину поліетиленгліколю 4000 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.

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

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 поверхневих неоплазій товстої кишки.

Спосіб підготовки важкохворих до відеокOLONOSКОПІЇ дозволив покращити якість підготовки товстої кишки у важких хворих з порушенням ковтання внаслідок інсультів, черепно-мозкових травм, що позначилося на швидкості і повноті виконання відеокOLONOSКОПІЇ, можливості застосування методів покращення зображення (високого збільшення, вузькосмугового дослідження, хромоскопи) і, як наслідок, збільшення кількості виявлених поверхневих неоплазій товстої кишки, можливості виконання складних ендоскопічних оперативних втручань без ускладнень з відмінним результатом.

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 додаткового навантаження на медичний персонал.

Додавання емульсії симетикону до розчину поліетиленгліколю 4000 зменшує піноутворення.

Спосіб підготовки важкохворих до відеокOLONOSКОПІЇ здійснюють наступним чином.

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 в ендоскопічну гастростомічну трубку за

допомогою інфузомату програмовано вводять 2 л розчину поліетиленгліколю 4000 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10-15 мл за хвилину. Вранці за шість годин до відеокOLONOSКОПІЇ повторюють описаний алгоритм в ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано вводять 2 л розчину поліетиленгліколю 4000 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.

Корисна модель пояснюється фігурами.

На Фіг. 1 зображено приклад фотографії хворого після встановлення ендоскопічної гастростомічної трубки. Ендоскопічна гастростомічна трубка із замком і канюлею для ентерального введення по передній стінці черевної стінки.

На Фіг. 2 зображено приклад ендоендоскопії у білому світлі. Проксимальний кінець ендоскопічної гастростомічної трубки із бампером по передній стінці тіла шлунка.

На Фіг. 3 зображено приклад ендоендоскопії у білому світлі. Поліп на ніжці, множинні дивертикули у сигмовидній кишці.

На Фіг. 4 зображено приклад ендоендоскопії у білому світлі. Операційна рана сигмоподібної кишки після ендоскопічної резекції слизової оболонки, розміром до 1,5 см, глибиною до м'язового шару, який забарвлений попередньою підслизовою ін'єкцією розчину індигокарміну. Краї рани коагульовані аргонплазмовою абляцією.

На Фіг. 5 зображено приклад ендоендоскопії у білому світлі. Операційна рана сигмоподібної кишки ушита ендокліпсами.

На Фіг. 6 зображено приклад макроендоскопії. Операційний матеріал. Резецований фрагмент слизової і підслизової оболонки сигмовидної кишки, в центрі - поліп на ніжці, виразка на ніжці біля головки поліпу. Резекція в межах здорових тканин.

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.

Пацієнт, Б., 64 роки, був госпіталізований в інсультний центр медичного центру "Універсальна клініка "Оберіг" з наслідками важкого ішемічного інсульту, порушенням ковтання і ознаками шлунково-кишкової кровотечі. При езофагогастроуденоскопії джерело кровотечі не виявлено. Для забезпечення ентерального харчування і підготовки до відеокOLONOSКОПІЇ у відділенні ендоскопії та малоінвазивної хірургії була встановлена ендоскопічна гастростомічна трубка (Фіг. 1, 2). Для підготовки товстої кишки на відеокOLONOSКОПІЇ у день напередодні відеокOLONOSКОПІЇ хворому крізь гастростомічну трубку вводили 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 ввели 2 л розчину поліетиленгліколю 4000 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10 мл за хвилину. Вранці, за шість годин до відеокOLONOSКОПІЇ, в ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано ввели 2 л розчину поліетиленгліколю 4000 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 добра, в порожнині товстої кишки відсутній непрозорий вміст і твердий кал. Час інтубації сліпої кишки - 2 хв. 10 с, час інтубації здухвинної кишки - 10 с, час виведення колоноскопу - 12 хв. Слизова оболонка товстої кишки рожева, судинний малюнок чіткий. Виявлене подовження сигмоподібної кишки, множинні дивертикули сигмоподібної кишки без вмісту і ознак запалення до 0,5-1,5 см. У проксимальній частині сигмовидної кишки - поліп на ніжці, голівка розміром 1,8 см, гіперемована. Ніжка до 2,0×0,6 см, з виразкою біля голівки поліпу до 0,4 см (Фіг. 3). Після ендоскопічної підслизової ін'єкції розчину індигокарміну під основу ніжки поліпу виконана ендоскопічна резекція слизової оболонки сигмоподібної кишки з поліпом разом з ніжкою в межах здорових тканин по ширині і глибині, аргонплазмове абляція країв і дна рани, рана ушита ендокліпсами (Фіг. 4-6). Ендоскопічний висновок: кишкова кровотеча. Поліп сигмоподібної кишки, виразка в ніжці поліпу. Стан після ендоскопічної резекції слизової оболонки з поліпом. Доліхосигма. Дивертикульоз сигмовидної кишки. Морфологічний висновок: тубулярна аденома з дисплазією низького ступеню, виразка в ніжці поліпу, резекція в межах здорових тканин.

Таким чином застосування способу підготовки важкохворих до відеокOLONOSКОПІЇ дозволило якісно підготувати товсту кишку у важкохворого 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 джерело

кровотечі, виконати складну операцію ендоскопічної резекції слизової оболонки з поліпом в межах здорових тканин.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

5

1. Спосіб підготовки важкохворих до відеокOLONоскопії, що включає введення їм рідини, який **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 відеокOLONоскопії хворі отримують рідкі страви і прозору рідину до п'ятнадцятої години, а з дев'ятнадцятої до двадцять першої годин у ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано вводять 2 л розчину поліетиленгліколю 4000 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10-15 мл за хвилину, вранці за шість годин до відеокOLONоскопії повторюють описаний алгоритм, у ендоскопічну гастростомічну трубку за допомогою інфузомату програмовано вводять 2 л розчину поліетиленгліколю 4000 з 30 мл емульсії симетикону із швидкістю 10-15 мл за хвилину, за чотири години до відеокOLONоскопії хворим повністю припиняють введення будь-якої їжі і рідини крізь ендоскопічну гастростомічну трубку.

10

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

20

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

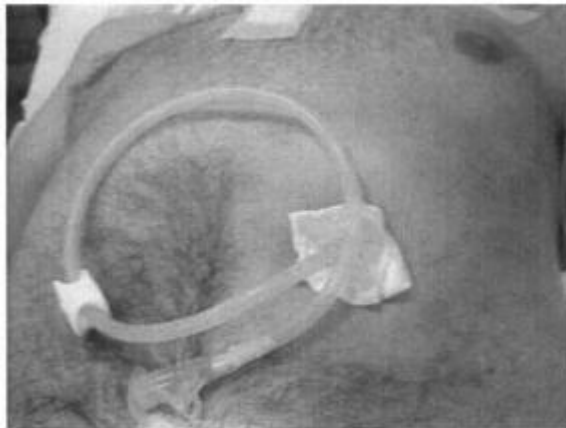


Fig. 1



Fig. 2

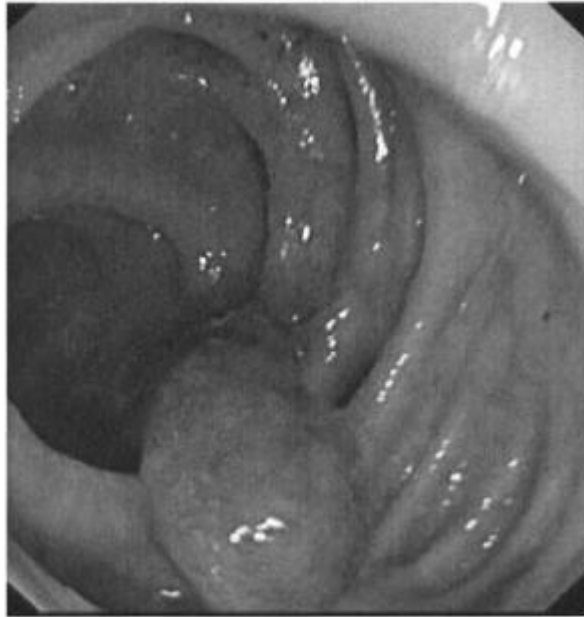


Fig. 3

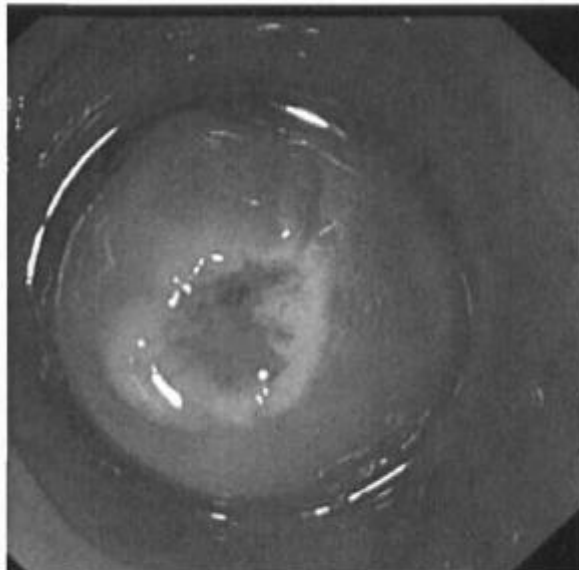


Fig. 4

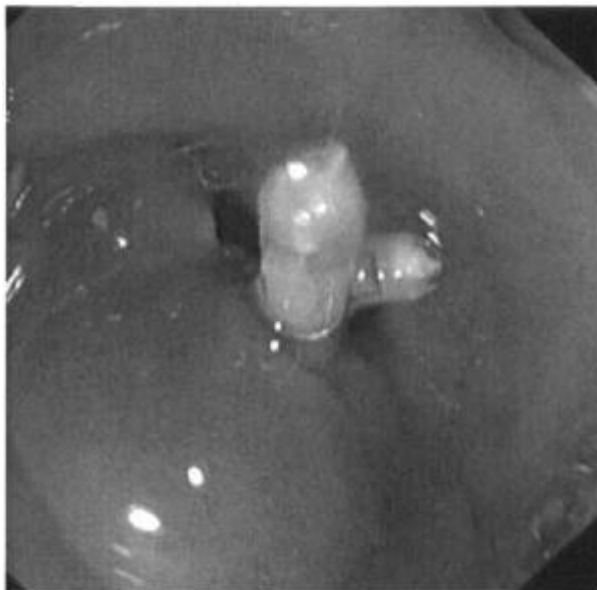


Fig. 5

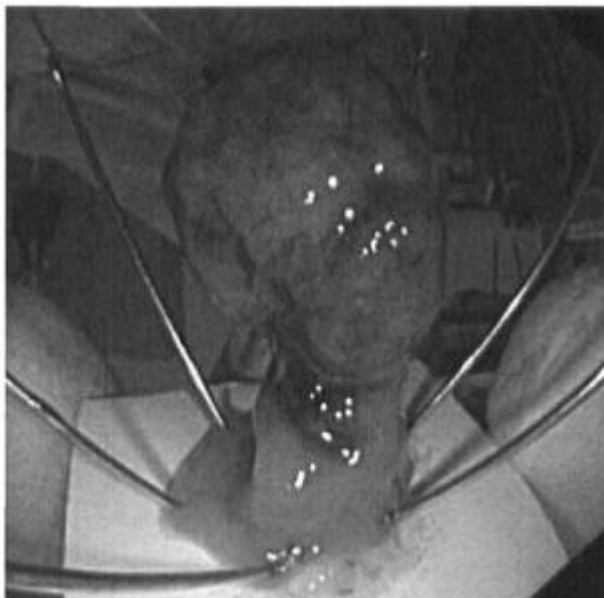


Fig. 6

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

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