



УКРАЇНА

(19) UA (11) 6336 (13) U

(51) 7 A61M25/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) ЗОНД ДЛЯ НАЗОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ІНТУБАЦІЇ

1

2

(21) 20040604461

(22) 08.06.2004

(24) 16.05.2005

(46) 16.05.2005, Бюл. № 5, 2005 р

(72) Каниковський Олег Євгенович, Годлевський
Аркадій Іванович, Приндюк Сергій Іванович, Рижій
Павло Володимирович(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ М.І. ПИРОГОВА(57) Зонд для назоінтестинальної інтубації, який є
одноканальним, що містить напрямний елемент,
провідник, еластичну трубку з боковими отворами,
який відрізняється тим, що зонд має металевий
фіксуєуючий оливоподібний елемент та провідник-
волосінь, один кінець якого фіксований до диста-
льного кінця еластичної трубки, а інший, проходя-
чи в просвіті трубки, вільно розташований на прокс-
симальному кінці трубки.

Корисна модель відноситься до медичної техніки, а саме до пристроїв абдомінальної хірургії і може бути використана у лікуванні хворих з розповсюдженим перитонітом та гострою непрохідністю кишківника.

Відомий одноканальний кишковий зонд, що містить напрямний елемент, провідник, еластичну трубку з боковими отворами, розміщеними рівномірно на всьому її протязі; довжина сегмента трубки з боковими отворами дорівнює довжині всієї тонкої, дванадцятипалої кишки та половині довжини шлунка, тобто становить 2,5-3 метри, діаметр зонда становить 0,8см [Горский А.В., Кригер А.Г., Мельник И.П. и соавт. Технические аспекты назоинтестинальной интубации // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1993. - №1-2. - с.111-114.].

Однак, при використанні відомого зонда для назоінтестинальної інтубації тонкої кишки, беручи до уваги технічні труднощі під час проведення інтубаційного зонда через дванадцятипалу кишку, обумовлені певними видами форми останньої (зокрема, U-подібна та V-подібна форми дванадцятипалої кишки, при яких розташований заочеревинно перехід нижньої її частини у нижню горизонтальну під прямим чи гострим кутом значно утруднює проведення зонда), маніпуляція складна, збільшується травматичність та час проведення маніпуляції, подовжується тривалість оперативних втручань з назоінтестинальною інтубацією при розповсюдженному перитоніті та гострій непрохідності кишківника. Значна тривалість назоінтестинальної інтубації, що призводить до подовження часу операції (а звідси і тривалості наркозу), трав-

матичність та технічні труднощі цієї маніпуляції призвели до того, що ряд хірургів взагалі відмовляється від інтубації на користь розвантажувальних стом чи одномоментної декомпресії кишківника після ентеротомії.

В основу корисної моделі "Зонд для назоінтестинальної інтубації" поставлено завдання - шляхом оснащення зонду металевою "фіксуєуючою" оливою з провідником у вигляді волосіні, спростити назоінтестинальну інтубацію, прискорити проведення інтубаційного зонда через дванадцятипалу кишку і скоротити тривалість оперативних втручань з назоінтестинальною інтубацією

Це досягається зондом, що містить одноканальну еластичну трубку з боковими отворами, розміщеними рівномірно на всьому її протязі, металеву "фіксуєуючу" оливу та провідник-волосінь (оскільки саме волосінь має найменшу силу тертя при стиканні з внутрішньою стінкою трубки), один кінець якого фіксований до дистального кінця еластичної трубки, а інший, проходячи в просвіті трубки, вільно розташований на проксимальному кінці останньої.

На кресленні зображений запропонований зонд для назоінтестинальної інтубації.

Зонд містить металеву "фіксуєуючу" оливу 1, провідник-волосінь 2, еластичну трубку 3, на якій нанесені бокові отвори 4.

Зонд для назоінтестинальної інтубації використовується таким чином Виконують назоінтестинальну інтубацію: після того, як анестезіолог перорально проводить інтубаційний зонд з металевою "фіксуєуючою" оливою через стравохід в шлунок,

(19) UA (11) 6336 (13) U

хірург-оператор інтраопераційно підтягує оливу в дистальному напрямку по ходу всіх відділів дванадцятипалої кишки і фіксує її рукою, при цьому анестезіолог, підтягуючи провідник-волосін з проксимального кінця зонда на себе, таким чином, наближає дистальний кінець еластичної трубки до "фіксуєної" оливи, адже один кінець провідника-волосіні фіксований до дистального кінця зонда, і так поступово в тонку кишку. Проксимальний кінець зонда анестезіолог виводить з рота через ніс. Після досягнення робочим кінцем зонда дилатованої привідної петлі до зовнішнього його кінця приєднують електровідсмоктувач і проводять декомп-

ресію кишківника. Зонд вилучають після відновлення перистальтики за вільний кінець.

Використання даного зонда дозволяє ширше застосовувати назоінтестинальну інтубацію, спростити та прискорити її, скоротити тривалість оперативних втручань з назоінтестинальною інтубацією у хворих з гострою непрохідністю кишківника і перитонітом, значно покращує ефективність антеградних способів інтубації тонкої кишки і, таким чином, дозволяє відмовитись від застосування розвантажувальних стом та декомпресії кишки через ентеротомію, які нерідко супроводжуються рядом ускладнень.

