



УКРАЇНА

(19) UA (11) 58737 (13) A

(51) 7 A61M25/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) ЗОНД ДЛЯ АНТЕГРАДНИХ МЕТОДІВ ДЕКОМПРЕСІЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

1

2

(21) 2002097467

(22) 16 09 2002

(24) 15 08 2003

(46) 15 08 2003, Бюл. № 8, 2003 р.

(72) Феджага Ігор Павлович, Півторак Володимир Ізяславович, Феджага Олег Павлович, Одарченко Сергій Петрович

(73) ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ М. І. ПИРОГОВА

(57) 1 Зонд для антеградних методів декомпресії шлунково-кишкового тракту, який є одноканаль-

ним, що містить напрямний елемент, провідник, еластичну трубку з боковими отворами, який відрізняється тим, що бокові отвори розміщені на протязі 100см довжини цієї трубки, починаючи від робочого кінця зонда

2 Зонд за п 1, який відрізняється тим, що бокові отвори розміщені не лише на протязі 100см довжини цієї трубки, починаючи від робочого кінця зонда, а додатково вирізані ще 3-4 отвори на відстані 50см між сусідніми отворами

Винахід відноситься до медичної техніки, а саме до пристроїв абдомінальної хірургії при гострій кишковій непрохідності, перитоніті

Відомий кишковий зонд, який є одноканальним, містить направляючу оливу, 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 половини 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 антеградних методів декомпресії кишечника, зокрема, для поширеної назогастроінтестинальної декомпресії тонкої кишки нерідко спостерігається недостатня евакуація з дистальних відділів тонкої кишки, рядом авторів (Исаев Г Б, Гусейнов С А, Рагимова А М, Алиева Э А. Временная илеостома в лечении разлитого гнойного перитонита // Хирургия - 2000 - №1 - С 25-27) виявлено, що в таких умовах ефективно забезпечується декомпресія лише із 80-100см проксимальної частини тонкої кишки. Оскільки обов'язковою умовою ефективного функціонування кишкових зондів є приєднання їх зовнішнього кінця до електровідсмоктувача, то причиною недостатнього випорожнення дистальних відділів тонкої кишки можна вважати значну довжину робочої частини зонда, на якій містяться

бокові отвори, - вона складає 2,5-3 метри, - при цьому, величина розрідження, знижуючись у частині зонда з боковими отворами по мірі віддалення від електровідсмоктувача виявляється достатньою для евакуації кишкового вмісту лише з проксимальної частини тонкої кишки на протязі 80-100см

Недостатня декомпресія дистальних відділів тонкої кишки знижує ефективність антеградних способів інтубації тонкої кишки в цілому, знижує доцільність їх застосування при низьких формах кишкової непрохідності, особливо при спробах консервативного лікування гострої спайкової кишкової непрохідності, в результаті, ряд хірургів взагалі відмовляється від інтубації на користь розвантажувальних стом чи одномоментної декомпресії кишечника після ентеротомії

В основу винаходу поставлена задача зондом для антеградних способів декомпресії кишечника, який є одноканальним, містить оливу, провідник і еластичну трубку з боковими отворами і відрізняється тим, що бокові отвори розміщуються лише на протязі 100см цієї трубки, починаючи від її робочого кінця, підвищити ефективність антеградних способів інтубації кишечника, особливо при низькій тонкокишковій непрохідності, зокрема, при ранніх її формах, коли перерозтягнення привідної петлі є на невеликому її протязі, покращити результати консервативного лікування гострої спайкової кишкової непрохідності за допомогою інтубації кишечника, щоб уникнути вкрай небажаної у таких хворих операції

Перелік фігур креслення

(19) UA (11) 58737 (13) A

На Фіг 1 зображений запропонований зонд для антеградних способів інтубації шлунково-кишкового тракту, на Фіг 2 - той же зонд з вирізаними додатковими отворами

Зонд містить напрямний елемент (1), провідник (2), еластичну трубку (3), на якій нанесені бокові отвори (4) на протязі 100см, починаючи від робочого кінця зонда

Використання зонду для антеградних методів декомпресії шлунково-кишкового тракту Зонд використовується наступним чином Виконують один з антеградних методів інтубації інтубацію через гастростому чи більш поширену назогастроінтестинальну інтубацію У випадках, коли привідна петля перерозтягнена на невеликому протязі при початкових стадіях механічної тонкокишкової непрохідності інтубацію виконують без особливостей, якщо ж привідний відділ кишечника дилатований на значному протязі при задуванні кишкової непрохідності, при парезі кишечника, то додатково вирізають ще 3-4 отвори на відстані 50см між сусідніми отворами (див Фіг 2), так, щоб найбільш проксимальний отвір знаходився на рівні тіла шлунка, - ці отвори дозволяють евакуювати вміст з проксимальних відділів травного тракту, при цьому значного зменшення величини розрідження не відбувається завдяки тому, що додаткових отворів мало, крім того, більш активна евакуація з дистальних відділів сприяє переміщенню туди кишкового вмісту з проксимальних відділів кишечника, тобто в природному напрямку

При консервативному лікуванні гострої спайкової непрохідності зонд спочатку проводять назогастральню, після чого кінець зонда проводять через піпорус під контролем гастрофіброскопа, в дванадцятипалу, а далі поступово і в тонку кишку Після досягнення робочим кінцем зонда дилатованої привідної петлі до зовнішнього його кінця приєднують електровідсмоктувач і проводять декомпресію кишечника

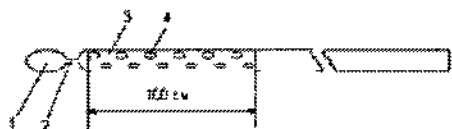
Зонд вилучають після відновлення перистальтики за вільний кінець, виведений через гастростому або виведений з носа через рот при назогастроінтестинальній інтубації

Приклад використання зонду Хворий К, 45 років, мед к №1276, госпиталізований в хірургічне відділення обл клінічної лікарні 4 08 2001 р з приводу гострої кишкової непрохідності З анамнезу відомо, що хворіє на протязі 6 років після виконан-

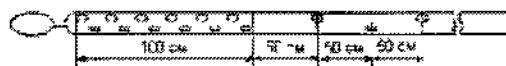
ня апендикомії Періодично відмічав приступоподібні болі в черевній порожнині та погане відродження газів, затримку випорожнень Після обстеження хворому було проведено консервативні заходи для ліквідації кишкової непрохідності (прозерин в/м, гіпертонічний розчин NaCl в/в, компреси на передню черевну стінку з розчином димексиду) Після проведеного комплексу заходів хворий відмігив деяке полегшення Проте, при об'єктивному спостереженні черевної порожнини продовжувались констатуватись збільшений в об'ємі живит, слабо виражена перистальтика

Хворому виконали антеградний метод інтубації - назогастроінтестинальну інтубацію Зонд спочатку провели назогастральню, після чого кінець зонда проводять через піпорус під контролем гастрофіброскопа, в дванадцятипалу, а далі поступово і в тонку кишку Після досягнення робочим кінцем зонда дилатованої привідної петлі до зовнішнього його кінця приєднують електровідсмоктувач і провели декомпресію кишечника Відновлення в'ялої перистальтики зафіксовано через 12год після назогастроінтестинальної інтубації з допомогою зонду для антеградних методів декомпресії шлунково-кишкового тракту, проте активна перистальтика встановилась після другого сеансу декомпресії шлунково-кишкового тракту Гази відійшли на кінець другої доби (через 32год після інтубації) Стан хворого стабільний Температура тіла за 3 доби нормалізувалась Випорожнення на третю добу Через 8 днів хворий виписаний додому в задовільному стані з рекомендаціями щодо профілактики спайкової хвороби в амбулаторних умовах і повторної консультації через 1 місяць

Використання даного зонда значно покращує ефективність антеградних способів інтубації тонкої кишки, особливо при низькій тонкокишкової непрохідності та, зокрема, при ранніх її формах і, таким чином, дозволяє відмовитись від застосування розвантажувальних стом та декомпресії кишки через ентеротомію, які нерідко супроводжуються рядом ускладнень, при консервативному лікуванні гострої спайкової кишкової непрохідності значно краще розвантажувальна привідна петля, що дозволяє перевести повну непрохідність в часткову і уникнути небажаної в таких випадках операції, таким чином, значно покращуються результати лікування хворих з гострою кишковою непрохідністю та перитонітом



Фіг.1



Фіг.2