

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

без проведення експертизи по суті
на підставі Постанови Верховної Ради України
№ 3769 XII від 23 XII 1993 р

Публікується
в редакції заявника

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ КИШКОВОЇ РАНИ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

1

(21) 97041587
(22) 04.04.97
(24) 03.03.98
(46) 30.06.98 Бюл. № 3
(47) 03.03.98
(72) Гончаренко Олег Володимирович, Год-
левський Аркадій Іванович
(73) Вінницький медичний університет
ім. М.І.Пирогова
(57) Спосіб лікування кишкової рани та
профілактики післяопераційних ускладнень
шляхом введення лікарських речовин в

2

оперуючий орган під час операції і в
післяопераційному періоді через зонд, який
в і д р і з н я є т ь с я тим, що лікарські
речовини підводять безпосередньо до лінії
кишкових швів за допомогою зрошувальної
муфти, проводять активне диференцьоване
місцеве лікування кишкової рани, селектив-
ну деконтамінацію кишечника, раннє енте-
ральне живлення, виконують бактеріальний
контроль та бактеріальні дослідження в зоні
лінії швів, рентген-контрастні дослідження
зони лінії швів.

Винахід належить до медицини, а саме до
хірургії і стосується способу лікування киш-
кової рани та профілактики післяопераційних
ускладнень (недостатність кишкових швів,
анастомозів).

Найбільш частою причиною виникнен-
ня післяопераційного перитоніту вва-
жається недостатність швів анастомозів
порожнинних органів, яка зустрічається в
25% [Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебров-
ский В.В. Послеоперационные осложнения
и опасности в абдоминальной хирургии. М.,
"Медицина", 1990, с. 53]. Недостатність
кишкових швів накладених в умовах пери-
тоніту значно зростає.

Відомий спосіб профілактики
післяопераційних ускладнень при опе-
раціях на травневому тракті [Авт св СРСР

органу на якому оперують канаміцин та
тріхопол, а в післяопераційному періоді їх
вводять крізь зонд кожен день до появи
перистальтики. Недоліком є те, що не забез-
печується ефективна герметичність киш-
кового шва, не повноцінно зменшується
кількість мікроорганізмів та їх токсинів в
порожнині кишки, не можливо проводити
активне диференцьоване місцеве лікування
кишкової рани, селективну деконтамінацію
кишечника, раннє ентеральне живлення,
виконувати бактеріальний контроль, бак-
теріальні та рентген-контрастні дослідження
зони анастомозу

В основу винаходу поставлена задача
забезпечити ефективну герметичність киш-
кового шва, зменшити кількість патогенних
мікроорганізмів та їх токсинів в порожнині

анастомозиту, відновлювати ранню перистальтику, виконувати бактеріологічний контроль, бактеріологічні та рентген-контрастні дослідження зони анастомозу. З цією метою, після формування анастомозу, проводять інтубацію травного тракту зондом з зрощувальною муфтою. Під час операції і в післяопераційному періоді проводять аспірацію кишкового вмісту, а до кишкової рани підводяться лікарські речовини.

Спосіб здійснюється слідуочим чином.

Під час операції, після формування міжкишкового анастомозу чи зашивання кишкової рани, травнений тракт інтубується поліхлорвініловим зондом (трансназально, через гастро-, ілео-, цеко-, аппендікостому, трансанально). Зонд (фігура) складається з еластичної трубки 1 з глухим кінцем 2 та перфорованими боковими стінками 3 на робочому кінці і обладнаний зрощувальною муфтою 4 з перфораціями. Зрощувальна муфта сполучається з додатковим каналом 5 для подавання лікарських речовин. Зовнішній діаметр зонда 7,0-8,0 мм, внутрішній - 5,5-6,0 мм.

В таблиці вказана довжина зондів для інтубації травного тракту.

Зрощувальну муфту розташовують над лінією швів кишкової рани. Під час операції і в післяопераційному періоді по трубці 1 проводять аспірацію шлункового та кишкового вмісту за допомогою електровідсмоктувача, а по додатковому каналу 5 подають лікарські речовини, які крізь зрощувальну муфту 4 поступають до лінії швів. Під час операції після проведенної декомпресії в порожнину кишки через зрощувальну муфту вводять 200 мл 1% водяного розчину полісорбу, через 15 хвилин проводять повторно аспірацію кишкового вмісту і до лінії швів підводять 20 мл мазі "Левомеколь". Через 30 хвилин в порожнину кишки вводять 4 дози колібактерину (селективна кишкова деконтамінація). В післяопераційному періоді проводять аспірацію кишкового вмісту, вводять 200 мл 1% водяного розчину полісорбу, через 15 хвилин після повторної аспірації до лінії швів підводять 20 мл мазі "Левомеколь" (на 2 добу "Левомеколь" замінюється мазею "Вінілін" 20 мл), через 30 хвилин вводять 4 дози колібактерину. Вище вказаний лікувальний комплекс вико-

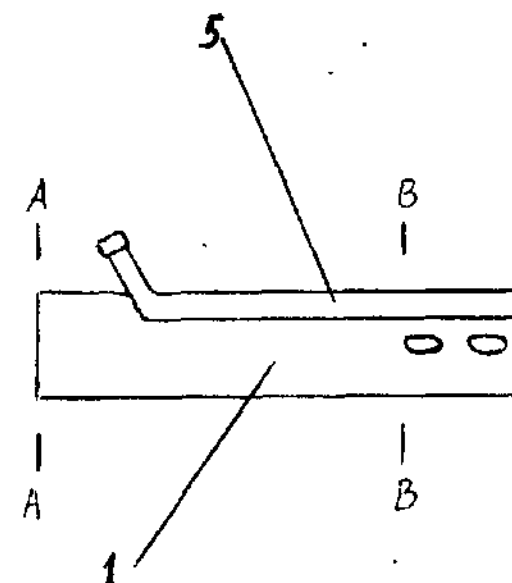
нає мікрофлору, рівень бактеріального обмінення та інш). Рентген - контрастне дослідження зони анастомозу для виявлення явищ анастомозиту та недостатності кишкових швів проводиться 40 мл. водорозчинного рентген-контрасту. Зонд видаляють після появи активної перистальтики на 4-6 добу.

П р и к л а д Хворий С. 72 роки поступив в відділення через 48 годин після початку захворювання з діагнозом: Тромбоз мезентеріальних судин, перитоніт. Під час операції виявлено тромбемболію гілки верхньої артерії брижжі з некрозом 1,5 метра тонкої кишки, фібринозний перитоніт. Виконано резекцію 2 м тонкої кишки з ентероентероанастомозом кінець в кінець, блокада корня брижжі тонкого кишечника 0,25% розчином новокаїну 200 мл з 10 тис. одиниць гепаріну. Тонкий кишечник інтубований трансназально зондом з зрощувальною муфтою, яку розташували над лінією швів міжкишкового анастомозу. Санація та дренування черевної порожнини. Девульсія сфінктера по Субботіну. Під час операції проводили аспірацію кишкового вмісту через зонд за допомогою електровідсмоктувача, а по додатковому каналу в порожнину кишки ввели 200 мл 1% водного розчину полісорбу, через 15 хвилин після повторної аспірації ввели 20 мл мазі "Левомеколь" і через 30 хвилин 4 дози колібактерину. Введення лікарських речовин та аспірацію кишкового вмісту виконували 3 рази на добу. На 2 добу мазь "Левомеколь" замінили мазею "Вінілін" 20 мл і після введення колібактеріну проводили раннє ентеральне живлення. Зонд видалили після появи активної перистальтики на 4 добу. Хворий виписаний з відділення в задовільному стані.

Спосіб профілактує виникнення післяопераційних ускладнень при операціях на травному тракті (недостатність кишкових швів, анастомозит), сприяє підвищенню репаративної регенерації кишкової рани, дозволяє проводити диференційоване лікування кишкової рани відповідно фазам раневого процесу, селективну кишкову деконтамінацію, раннє ентеральне живлення, виконувати бактеріальний контроль, бактеріальні та рентген-контрастне дослідження зони анастомозу.

Спосіб рекомендований для застосування

Назоентеральний
Назодуоденальний
Гастроентеральний
Зонд для інтубації тонкої кишки крізь цеко-аппендікостому
Трансанальний



Упорядник

Техред М

Замовлення 4483

Тираж



УКРАЇНА

(19) UA (11) 22354 (13) A

(51) A 61 B 17/00

ДЕРЖАВНЕ
ПАТЕНТНЕ
ВІДОМСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДбез проведення експертизи по суті
на підставі Постанови Верховної Ради України
№ 3769-XII від 23 XII. 1993 р.Публікується
в редакції заявника(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ КИШКОВОЇ РАНИ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ
УСКЛАДНЕНЬ

1

(21) 97041587
(22) 04.04.97
(24) 03.03.98
(46) 30.06.98. Бюл. № 3
(47) 03.03.98
(72) Гончаренко Олег Володимирович, Год-
левський Аркадій Іванович
(73) Вінницький медичний університет
ім. М.І.Пирогова
(57) Спосіб лікування кишкової рани та
профілактики післяопераційних ускладнень
шляхом введення лікарських речовин в

2

оперуючий орган під час операції і в
післяопераційному періоді через зонд, який
в і д р і з н я є т ь с я тим, що лікарські
речовини підводять безпосередньо до лінії
кишкових швів за допомогою зрошувальної
муфти, проводять активне диференцьоване
місцеве лікування кишкової рани, селектив-
ну деконтамінацію кишечника, раннє ентер-
альне живлення, виконують бактеріальний
контроль та бактеріальні дослідження в зоні
лінії швів, рентген-контрастні дослідження
зони лінії швів.

Винахід належить до медицини, а саме до
хірургії і стосується способу лікування кишко-
вої рани та профілактики післяопераційних
ускладнень (недостатність кишкових швів,
анастомозів).

Найбільш частою причиною виникнен-
ня післяопераційного перитоніту вва-
жається недостатність швів анастомозів —
порожнинних органів, яка зустрічається в
25% [Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебров-
ский В.В. Послеоперационные осложнения
и опасности в абдоминальной хирургии. М.,
"Медицина", 1990, с. 53]. Недостатність
кишкових швів накладених в умовах пери-
тоніту значно зростає.

Відомий спосіб профілактики
післяопераційних ускладнень при опе-
раціях на травневому тракті [Авт. св. СРСР
№ 1106484, кл. А А 61 17/00], в якому під час
операції вводять одномоментно в порожнину

органу на якому оперують канаміцин та
тріхопол, а в післяопераційному періоді їх
вводять крізь зонд кожен день до появи
перистальтики. Недоліком є те, що не забез-
печується ефективна герметичність кишко-
вого шва, не повноцінно зменшується
кількість мікроорганізмів та їх токсинів в
порожнині кишки, не можливо проводити
активне диференцьоване місцеве лікування
кишкової рани, селективну деконтамінацію
кишечника, раннє ентеральне живлення,
виконувати бактеріальний контроль, бак-
теріальні та рентген-контрастні дослідження
зони анастомозу.

В основу винаходу поставлена задача
забезпечити ефективну герметичність киш-
кового шва, зменшити кількість патогенних
мікроорганізмів та їх токсинів в порожнині
кишки, проводити активне диференцьоване
місцеве лікування кишкової рани відповідно

(19) UA (11)

22354

(13) A

фазам раневого процесу, сприяти ранній епітелізації, росту та захисту грануляційної тканини кишкової рани, проводити селективну деконтамінацію кишечника, раннє ентеральне живлення, запобігти виникненню анастомозиту, відновлювати ранню перистальтику, виконувати бактеріологічний контроль, бактеріологічні та рентген-контрастні дослідження зони анастомозу. З цією метою, після формування анастомозу, проводять інтубацію травного тракту зондом з зрошувальною муфтою. Під час операції і в післяопераційному періоді проводять аспірацію кишкового вмісту, а до кишкової рани підводяться лікарські речовини.

Спосіб здійснюється слідуочим чином.

Під час операції, після формування міжкишкового анастомозу чи зашивання кишкової рани, травнений тракт інтубується поліхлорвініловим зондом (трансназально, через гастро-, ілео-, цеко-, аппендікостому, трансанально). Зонд (фігура) складається з еластичної трубки 1 з глухим кінцем 2 та перфорованими боковими стінками 3 на робочому кінці і обладнаний зрошувальною муфтою 4 з перфораціями. Зрошувальна муфта сполучається з додатковим каналом 5 для подавання лікарських речовин. Зовнішній діаметр зонда 7,0–8,0 мм, внутрішній – 5,5–6,0 мм.

В таблиці вказана довжина зондів для інтубації травного тракту.

Зрошувальну муфту розташовують над лінією швів кишкової рани. Під час операції і в післяопераційному періоді по трубці 1 проводять аспірацію шлункового та кишкового вмісту за допомогою електровідсмоктувача, а по додатковому каналу 5 подають лікарські речовини, які крізь зрошувальну муфту 4 поступають до лінії швів. Під час операції після проведенної декомпресії в порожнину кишки через зрошувальну муфту вводять 200 мл 1% водного розчину полісорбу, через 15 хвилин проводять повторно аспірацію кишкового вмісту і до лінії швів підводять 20 мл мазі "Левомеколь". Через 30 хвилин в порожнину кишки вводять 4 дози колібактерину (селективна кишкова деконтамінація). В післяопераційному періоді проводять аспірацію кишкового вмісту, вводять 200 мл 1% водного розчину полісорбу, через 15 хвилин після повторної аспірації до лінії швів підводять 20 мл мазі "Левомеколь" (на 2 добу "Левомеколь" замінюється мажею "Вінілін" 20 мл), через 30 хвилин вводять 4 дози колібактерину. Вище вказаний лікувальний комплекс виконується 3 рази на добу. На 2 добу після

введення колібактерину проводиться раннє ентеральне живлення. Виконують бактеріологічний контроль та бактеріологічні дослідження зони анастомозу (видовий склад мікрофлори, рівень бактеріального обсіменіння та інш.). Рентген – контрастне дослідження зони анастомозу для виявлення явищ анастомозиту та недостатності кишкових швів проводиться 40 мл. водорозчинного рентген-контрасту. Зонд видаляють після появи активної перистальтики на 4–6 добу.

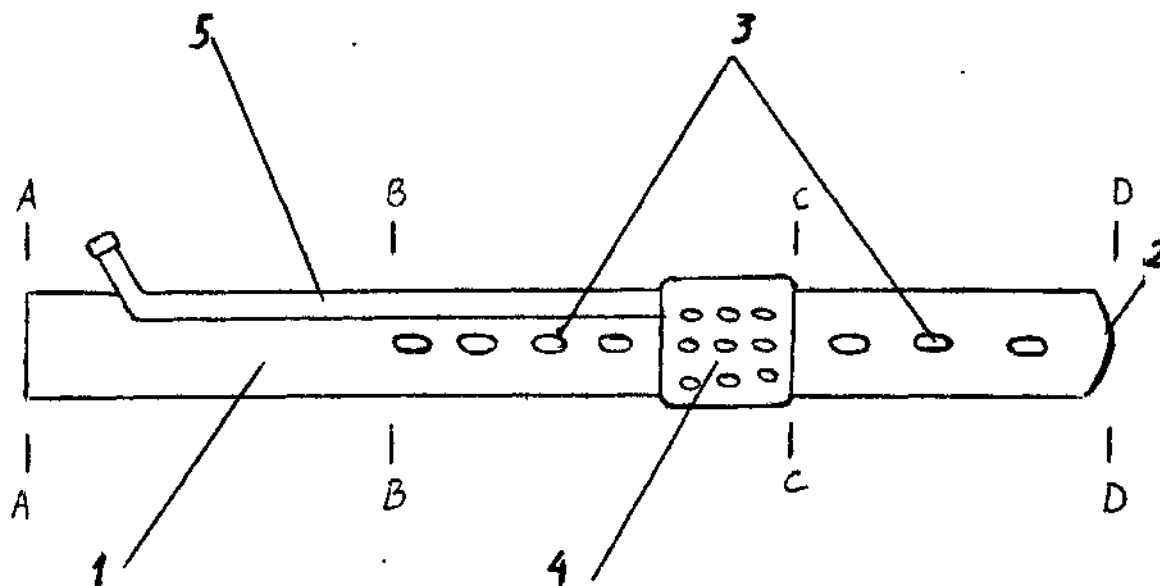
П р и к л а д. Хворий С. 72 роки поступив в відділення через 48 годин після початку захворювання з діагнозом: Тромбоз мезентеріальних судин, перитоніт. Під час операції виявлено тромбемболію гілки верхньої артерії брижжі з некрозом 1,5 метра тонкої кишки, фібринозний перитоніт. Виконано резекцію 2 м тонкої кишки з ентероентероанастомозом кінець в кінець, блокада корня брижжі тонкого кишечника 0,25% розчином новокаїну 200 мл з 10 тис. одиниць гепаріну. Тонкий кишечник інтубований трансназально зондом з зрошувальною муфтою, яку розташували над лінією швів міжкишкового анастомозу. Санація та дренування черевної порожнини. Девульсія сфінктера по Субботіну. Під час операції проводили аспірацію кишкового вмісту через зонд за допомогою електровідсмоктувача, а по додатковому каналу в порожнину кишки ввели 200 мл 1% водного розчину полісорбу, через 15 хвилин після повторної аспірації ввели 20 мл мазі "Левомеколь" і через 30 хвилин 4 дози колібактерину. Введення лікарських речовин та аспірацію кишкового вмісту виконували 3 рази на добу. На 2 добу мажею "Левомеколь" замінили мажею "Вінілін" 20 мл і після введення колібактерину проводили раннє ентеральне живлення. Зонд видалили після появи активної перистальтики на 4 добу. Хворий виписаний з відділення в задовільному стані.

Спосіб профілактує виникнення післяопераційних ускладнень при операціях на травному тракті (недостатність кишкових швів, анастомозит), сприяє підвищенню репаративної регенерації кишкової рани, дозволяє проводити диференційоване лікування кишкової рани відповідно фазам раневого процесу, селективну кишкову деконтамінацію, раннє ентеральне живлення, виконувати бактеріальний контроль, бактеріальні та рентген-контрастне дослідження зони анастомозу

Спосіб рекомендований для практичного використання.

Довжина зондів для інтубації травного тракту

Зонд	Довжина зондів, см.			
	А-В	В-С	С-Д	Всього
Назоентеральний	120	80	50	250
Назодуоденальний	65	15	20	100
Гастроентеральний	40	80	40	160
Зонд для інтубації тонкої кишки крізь цеко-аппендікостому	40	50	60	150
Трансанальний	50	50	50	150



Упорядник

Техред М.Келемеш

Коректор М. Керецман

Замовлення 4483

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Відкрите акціонерне товариство "Патент", м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101

