



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 6035

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ІНВАГІНАЦІЇ КИШЕЧНИКУ У ДІТЕЙ

1

(21) 20040705783
(22) 14.07.2004
(24) 15.04.2005
(46) 15.04.2005, Бюл. № 4, 2005 р.
(72) Гриценко Євген Миколайович
(73) Гриценко Євген Миколайович
(57) Спосіб лікування інвагінації кишечника у дітей,

2

що включає консервативну дезінвагінацію з рентгенологічним контролем, який відрізняється тим, що дезінвагінацію проводять нагнітанням у пряму кишку під тиском не вище 120 мм рт. ст. пни, яка складається з піноутворюючого складу, кисню та лікарських речовин, що покращують мікроциркуляцію у стінці кишки.

Запропонована корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії дитячого віку.

Відомі два основних способи консервативного лікування інвагінації кишечника у дітей: аеродинамічний або спосіб пневмопресії, коли інвагітант розправляють нагнітанням у пряму кишку повітря або кисню [А. С. №1491469 А61В 17/00] та гідростатичний, коли використовують сольові розчини або суспензію сіркокислого барію [А. С. №957870 А61В 17/00; А. С. №1155253, А61В 17/00]. Контролюють дезінвагінацію при цьому рентгенологічними способами [див. Х.І. Фельдман "Инвагинация и эвагинация в детском возрасте", М. «Медицина», 1977; В.В. Подкаменев, В.А. Урусов "Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей", Иркутск, 1986].

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб лікування кишкової інвагінації у дітей, що включає гідростатичну дезінвагінацію під тиском за допомогою барієвих клізм [див. Х.І. Фельдман "Инвагинация и эвагинация в детском возрасте", М. «Медицина», 1977.; В.В. Подкаменев, В.А. Урусов "Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей", Иркутск, 1986].

Недоліками гідростатичного способу є:

1. Барієва маса більш груба речовина у порівнянні з повітрям, використання повітря менш травматичне

2. Барієва маса, введена в кишечник, порушує процеси всмоктування і погіршує перебіг хвороби.

3. Можливі випадки перфорації кишки і попадання суспензії барію в вільну черевну порожнину. У випадку перфорації при використанні аеродинамічного методу попадання газу у вільну черевну порожнину більш безпечно.

4. Контролювати тиск у кишці при використанні повітря значно простіше, ніж при використанні барію. [див. А.Г. Пугачев, Ю.А. Тихонов «Консервативное лечение инвагинации у детей», «Вестник хирургии», 1960, т. 85, №11, с. 53-58].

В той же час, прибічники гідростатичного способу вважають, що при використанні суспензії сіркокислого барію стінка товстої кишки всмоктує воду із суспензії барію, в результаті чого змочуються серозні оболонки внутрішнього та середнього циліндрів. Це збільшує ковзання між ними та забезпечує успіх дезінвагінації [див. М.А. Филиппкин, М.Д. Левин «Рентгенологическое исследование при инвагинации у детей», «Вестник хирургии», 1984, т. 132, №4, с. 90-94].

Ці ж автори відмічають, що при інвагінації через піповолемію та шок виникають порушення мікроциркуляції в стінці кишки. Ці данні підтверджує В.В. Подкаменев, В.А. Урусов "Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей", Иркутск, 1986, с. 23.

Автори підкреслюють необхідність покращення реологічних властивостей крові та мікроциркуляції. При цьому рекомендується препарати для корекції вводити внутрішньовенно, але при такому шляху проходить їх руйнування у печінці, виведення нирками і місцевий вплив їх на стінку кишки незначний.

В основу корисної моделі поставлена задача шляхом удосконалення відомого способу досягти покращення результатів лікування інвагінації кишечника у дітей, використовуючи переваги обох способів та усуваючи їх недоліки.

Поставлену задачу вирішують створенням способу лікування інвагінації кишечника у дітей,

(13) U

(11) 6035

(19) UA

що включає консервативну дезінвагінацію під рентгенологічним контролем, який, згідно з винаходом, відрізняється тим, що дезінвагінацію проводять нагнітанням в пряму кишку під тиском не вище 120 мм рт. ст. піни, яка складається із піноутворюючого складу, кисню та лікарських речовин, що покращують мікроциркуляцію у стінці кишки.

Запропонований спосіб має ряд переваг над відомими:

1. Піна не містить грубих часток на відміну від суспензії барію, таким чином спосіб менш травматичний ніж гідростатичний.

2. Піна не порушує процеси всмоктування, навілки, завдяки комплексу лікарських препаратів вони покращуються за рахунок корекції порушень мікроциркуляції в стінці кишки.

3. Піна нагнітається під контролем манометра, а це дозволяє легко дозувати тиск у кишці.

4. Піна містить колоїдну речовину, яка полегшує дезінвагінацію.

5. В результаті защемлення інвагінату в ньому виникає ішемія кишкової стінки. Кисень, що міститься в піні, легко всмоктується в кишечнику та зменшує гіпоксію. [див. Л.Т. Забарский, Ю.Г. Лившиц, Г.В. Дикарев "Оксигеноперитонеум в лечении больных кишечной непроходимостью", "Острая кишечная непроходимость", Алма-Ата, 1986, с. 6-10].

6. Комплекс лікарських препаратів, що містяться в піні, покращує мікроциркуляцію, корегує

реологічні порушення, покращує трофіку тканин, сприяє окисленню недоокислених продуктів.

7. У випадку перфорації кишки піна легше видаляється при лапаротомії, ніж суспензія сіркокислого барію.

Спосіб виконують спідуючим чином. Після премедикації, під наркозом, через зонд під тиском не вище 120 мм рт. ст. в пряму кишку хворого проводять нагнітання піни, отримуючої за допомогою киснево-медикаментозного інсуффлятора [А. С. №695668, А61М 11/02, А61М 15/00]. Настання дезінвагінації контролюють рентгенологічно.

Приклад конкретного виконання: Дитина К., хлопчик, 7 місяців поступив в дитяче хірургічне відділення через 14 годин після початку захворювання зі скаргами матері на періодичний неспокій, блювання. При огляді в правій мезогастральній ділянці пальпується інвагінат. Після премедикації, під наркозом, в пряму кишку дитини під тиском до 120 мм рт. ст. проведено повільне нагнітання піни за допомогою киснево-медикаментозного інсуффлятора. Після введення в товсту кишку дитини до 700 см³ піни симптом "клагання", інвагінат не пальпується. При рентгенографії симптом "бджолиного стільника". Клінічно та рентгенологічно підтверджена дезінвагінація. Виписаний з одужанням.

Запропонованим способом було проліковано 4 хворих. Ускладнень не було. Використання запропонованого способу дозволяє покращити результати лікування у дітей з інвагнацією кишечника.