



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **111555** (13) **U**  
(51) МПК (2016.01)  
**A61B 17/00**  
**A61M 3/02** (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<p>(21) Номер заявки: <b>u 2016 05842</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>30.05.2016</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.11.2016</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.11.2016, Бюл.№ 21</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Гриценко Євген Миколайович (UA), Гриценко Микола Іванович (UA)</b></p> <p>(73) Власник(и): <b>ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ "УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ", вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011 (UA)</b></p>
--	---

**(54) СПОСІБ ПІДГОТОВКИ ТА ОЦІНКИ ГОТОВНОСТІ ВІДКЛЮЧЕНОЇ КИШКИ ДО РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

**(57) Реферат:**

Спосіб підготовки та оцінки готовності відключеної кишки до реконструктивної операції включає гідротренування відключеної кишки. Крім цього, у дитини з подвійною кишковою стомою збирають кишковий вміст з проксимального сегмента кишки та порціями вводять його дистальний сегмент через стому, готовність кишки до реконструктивної операції визначають при появі самостійних випорожнень природним шляхом.

UA 111555 U



Запропонована корисна модель належить до медицини, а саме до дитячої хірургії.

В дитячій хірургічній практиці ентєростомія є вимушеною операцією. У новонароджених як перший етап хірургічного лікування вона виконується при некротичному ентєроколіті з перфорацією чи некрозом стінки кишки, меконіальному ілеусі, атрезії тонкої кишки, хворобі Гіршпрунга, тотальних агангліозах кишечника та деяких інших захворюваннях [Муратов І.Д. Осложнения у новорожденных с кишечной стомой (обзор литературы) /И.Д. Муратов. //Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1994. - Т.39, № 2. - С. 25-28].

При накладанні первинного анастомозу при атрезії кишечника в зв'язку зі значним розширенням проксимального сегмента та різким недорозвиненням та звуженням дистального сегмента в зоні кишкового анастомозу виникають несприятливі гідродинамічні умови з явищами функціональної неповноцінності, що призводить до незадовільних результатів лікування та вимагає створення ентєростом [Энтеро- и колостома в этрапном лечении низкой кишечной непроходимости у новорожденных /В.В. Иванов, М.А. Аксельров, В.М. Аксельров [и др.] //Детская хирургия. - 2006. - № 6. - С. 14-17].

Але тривале позбавлення функції дистальних відділів кишечника призводить через 2-3 тижні до розвитку в них гіпотрофії та глибокому пригніченню моторної функції [Попов Ф.Б. О технике энтеростомии у новорожденных /Ф.Б. Попов //Детская хирургия. - 2004. - № 3. - С. 46-47]. При відсутності функціонального навантаження, в умовах гіпокінезу та патологічної контамінації відключеної кишки в її стінці виникають запальні та склеротичні зміни, які знаходяться у пропорціональному зв'язку з термінами відключення. Гіпотонічні м'язи кишкової стінки, що виключена, при довгостроковому вимиканні не в змозі забезпечити пропульсивну перистальтику на тлі відновлення пасажу, що призводить до затримки кишкового вмісту на рівні анастомозу з небезпекою неспроможності його швів [Превентивні кишкові стоми при резекції кишки в умовах інфікованої черевної порожнини у дітей і терміни їх закриття /Ю.В. Пащенко, В.Б. Давиденко, А.Я. Циганенко [та ін.] //Харківська хірургічна школа. - 2006. - № 1 (20). - С. 62-64].

Терміни закриття кишкових стом теж є предметом дискусій, приводяться протилежні дані про вплив термінів закриття стоми на вибір оперативного втручання та кількість післяопераційних ускладнень. На терміни закриття ентєростом впливає ряд факторів - клінічний стан дитини, маса тіла, рівень стоми, об'єм втрат по ентєростомі, швидкість відновлення функції кишечника та характер перебігу перитоніту. Різноманітність підходів до термінів закриття ентєростом свідчить про актуальність даного питання [Критерии для опеределения сроков закрытия энтеростом у новорожденных и детей первых месяцев жизни /Ф.Б. Попов, Т.К. Немилова, С.А. Караваева [и др.] //Детская хирургия. - 2004. - № 6. - С. 10-13].

Найбільш близьким до запропонованого є "Спосіб хірургічної реабілітації довгостроково відключених дистальних відділів кишечника у дітей" [Пат. Україна, МПК (2014.01) А61В 17/00 Спосіб хірургічної реабілітації довгостроково відключених дистальних відділів кишечника у дітей /К.Ю. Пащенко, Ю.В. Пащенко; заявник і патентовласник: Харківський національний медичний університет (UA). - № а201308944; заявл. 16.07.2013; опубл. 12.05.2014, Бюл. № 9], який включає гідротренування відключеної кишки шляхом промивання 2 % розчином натрію хлориду на передопераційному етапі та формування Т-подібної розвантажувальної стоми з наступними поступовим тривалим тренуванням дистальних відділів кишечника та закриттям стоми.

Недоліками відомого способу є те, що гідротренування забезпечує лише механічне розтягнення відключеної кишки з відсутністю об'єктивної оцінки відновлення перистальтичної активності на передопераційному етапі та необхідність в повторному оперативному втручанні для закриття Т-подібної розвантажувальної стоми.

В основу корисної моделі поставлена задача шляхом удосконалення відомого способу досягти об'єктивізації готовності відключеної кишки до реконструктивної операції та покращити результати лікування.

Поставлену задачу вирішують створенням способу підготовки та оцінки готовності відключеної кишки до реконструктивної операції, що включає гідротренування відключеної кишки, який відрізняється тим, що у дитини з подвійною кишковою стомою збирають кишковий вміст з проксимального сегмента кишки та порціями вводять його дистальний сегмент через стому, готовність кишки до реконструктивної операції визначають при появі самостійних випорожнень природним шляхом.

Спосіб виконують наступним чином. В післяопераційному періоді у дитини з подвійною кишковою стомою за допомогою зонда з obturatorом збирають кишковий вміст з проксимального сегмента кишки. Кишковий вміст за допомогою шприца та зонда порціями вводять в дистальний сегмент через стому при необхідності розводячи його фізіологічним розчином. Початковий об'єм кишкового вмісту, що вводиться через стому, 1-2 мл з поступовим його збільшенням до повного об'єму, що отримується з проксимального сегменту кишки.

Паралельно проводиться ретроградне гідротренування відключеної кишки за допомогою очисних клізм. Готовність відключеної кишки оцінюють по появі випорожнень природним шляхом після очисних клізм та самостійно.

5 Приклад конкретного виконання. Дитина П., новонароджений, історія хвороби № 2468, госпіталізований до відділення інтенсивної терапії з клінікою вродженої низької кишкової непрохідності викликану атрезією здухвинної кишки. Під час оперативного втручання виконано подвійну ентеростому. В післяопераційному періоді з початку функціонування проксимальної стоми кишковий вміст збирався за допомогою зонда з обтюратором. Починаючи з об'єму 1 мл кишковий вміст порціями вводився в дистальну стому з поступовим розширенням об'єму.

10 Паралельно проводилося гідротренування відключеної кишки за допомогою очисних клізм 2 % розчином натрію хлориду. На 8 добу після операції отримано випорожнення природним шляхом. Підготовка відключеної кишки проводилася до введення в дистальну стому повного об'єму кишкового вмісту з проксимальної стоми та отримання самостійного випорожнення природним шляхом. На 20 добу після первинної операції виконано планову релапаротомію, під час якої сформовано ентероанастомоз "кінець в кінець". Виписаний з одужанням через 15 дб.

15

З використанням запропонованого способу було проліковано 6 дітей. У всіх дітей після підготовки сформовані кишкові анастомози. Виписані з одужанням.

Використання запропонованого способу дозволяє підготувати виключену кишку та оцінити її готовність до проведення реконструктивної операції.

20

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб підготовки та оцінки готовності відключеної кишки до реконструктивної операції, що включає гідротренування відключеної кишки, який **відрізняється** тим, що у дитини з подвійною кишковою стоною збирають кишковий вміст з проксимального сегмента кишки та порціями вводять його дистальний сегмент через стому, готовність кишки до реконструктивної операції визначають при появі самостійних випорожнень природним шляхом.

25

---

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

---

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