



УКРАЇНА

(19) UA (11) 7013 (13) U

(51) 7 A61B17/00, A61B5/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ПІДТВЕРДЖЕННЯ ДЕЗІНВАГІНАЦІЇ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ІНВАГІНАЦІЇ КИШЕЧНИКУ У ДІТЕЙ (3)**

1

2

(21) 20040402965

(22) 21.04.2004

(24) 15.06.2005

(46) 15.06.2005, Бюл. № 6, 2005 р

(72) Гриценко Євген Миколайович, Гриценко Микола Іванович

(73) Гриценко Євген Миколайович, Гриценко Микола Іванович

(57) Спосіб діагностики дезінвагінації при консервативному лікуванні інвагінації кишечника у дітей, що включає введення газу у пряму кишку під тиском не вище 120 мм рт.ст., визначення наявності газу, що поступає із зонда, введеного в шлунок, який відрізняється тим, що визначають об'єм газу, що поступає по зонду, і при виділенні більше 1 літра газу встановлюють дезінвагінацію.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії дитячого віку.

Відомий спосіб консервативного лікування інвагінації кишечника у дітей методом пневмопресії, коли проводять інсуфляцію повітря в пряму кишку під тиском до 120 мм рт.ст., а контроль дезінвагінації здійснюють рентгенологічним способом. Проникнення газу у тонку кишку, що визначається на рентгенограмі, свідчить про дезінвагінацію [див. В. В. Подкаменев, В. А. Урусов "Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей", Иркутськ, 1986, с. 83].

Найбільш близьким до запропонованого є ["Спосіб лікування тонкокишкової інвагінації у дітей" АС №1491469 А61В17/00], що вимагає розправлення тонкокишкового інвагігату шляхом дозованого нагнітання газу під тиском не вище 120 мм рт.ст., а контроль дезінвагінації здійснюють по надходженню бульбашок газу із зонда, введеного в шлунок, в рідину. Спосіб може бути використаний і при інших видах інвагінації з метою виключення рентгенологічного контролю дезінвагінації.

Недоліками відомого способу є недостатня об'єктивність. Мали місце діагностичні помилки, коли після виділення поодиноких бульбашок газу хірург вважав, що відбулася дезінвагінація, тоді як газ витіснявся із шлунка, а інвагігат не був розправлений.

В основу корисної моделі поставлена задача шляхом удосконалення відомого способу досягти об'єктивізації способу, підвищення його надійності та виключення діагностичних помилок.

Поставлену задачу вирішують створенням способу підтвердження дезінвагінації при консервативному лікуванні інвагінації кишечника у дітей, що включає введення газу в пряму кишку під тиском не вище 120 мм рт.ст., визначення наявності газу, що надходить із зонду, введеного в шлунок, який згідно з корисною моделлю відрізняється тим, що після початку виділення газу із шлункового зонду, відомими способами (наприклад за допомогою волюметра) визначають об'єм газу прокачаного через шлунково-кишковий тракт ретроградно і при виділенні більше ніж 1 літру газу діагностують дезінвагінацію.

В експерименті встановлено, а потім данні перевірені в клініці, що для заповнення шлунково-кишкового тракту у дітей до 3-х років, а саме у цієї групи інвагінація зустрічається найчастіше, необхідно менше 1 літру газу. Таким чином, при виділенні із шлункового зонду більше ніж 1 літру газу, можна з впевненістю стверджувати, що настала дезінвагінація. Ця ознака є об'єктивною і достовірною.

На малюнку представлена схема контролю дезінвагінації запропонованим способом. Накінечник 1, введений у пряму кишку, балон Річардсона 2, манометр 3, шлунковий зонд 4, ємкість для збору шлункового вмісту 5, волюметр 6.

Спосіб виконують наступним чином: під наркозом, після премедикації, в шлунок вводять зонд 4 і звільняють його від вмісту. Зовнішній кінець зонду поміщають в ємкість з рідиною. Через накінецьник 1, за допомогою балону Річардсона 2, під контролем манометра 3, повільно, дозовано проводять

(19) UA (11) 7013 (13) U

інсуфляцію повітря під тиском не вище 120 мм рт.ст. Після настання дезінвагіації газ заповнює вищележачі відділи кишечника і починає виділятися із шлунка через зонд 4 в рідину у вигляді бульбашок. До зонду приєднують волюметр 6 через емкість 5. Продовжують інсуфляцію і реєструють об'єм прокачаного повітря за допомогою волюметра 6. При виділенні із шлункового зонду більше ніж 1 літру повітря, а це відбувається досить швидко, діагностують дезінвагіацію.

Приклад конкретного виконання: Дитина В., хлопчик, 10 місяців [історія хвороби №6489] поступив в дитяче хірургічне відділення через 10 годин після початку захворювання зі скаргами матері на періодичний неспокій. При огляді в правій мезогастральній ділянці пальпується інвагінат. Після премедикації, під наркозом в шлунок введений зонд, видалено вміст. Проведено дозоване нагнітання газу в пряму кишку під тиском до 60-80 мм рт.ст. Через 2-3 хвилини відмічено бурхливе виді-

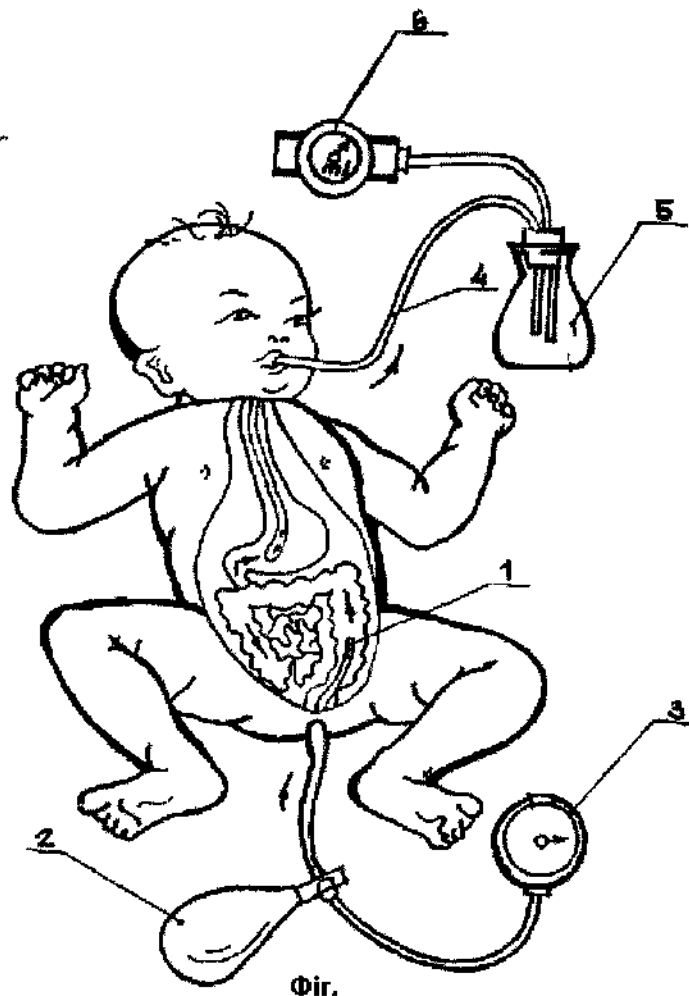
лення газу через шлунковий зонд в рідину. За допомогою волюметра визначено об'єм прокачаного через ШКТ газу. За 90 сек прокачано 1,5л газу. Констатовано дезінвагіацію. Інвагінат не пальпується. Виписаний з одужанням наступного дня.

Запропонованим способом було проліковано 12 хворих. Діагностичних помилок не було.

Використання способу дозволяє проводити консервативне лікування інвагіації без рентгенологічного контролю, виключає променеве навантаження на дитину та медперсонал, що особливо важливо в зонах з неблагоприємним радіаційним фоном та в зонах стихійних лих.

Спосіб простий, доступний в кожному хірургічному відділенні, не вимагає складного обладнання, від прототипу відрізняється більшою об'єктивністю.

Використання запропонованого способу дозволяє уникнути помилок пов'язаних з контролем дезінвагіації.



Фиг.