

Спосіб відноситься до медицини, а саме діагностики захворювань внутрішніх органів.

Паралітична кишкова непрохідність різного генезу є захворюванням, яке зустрічається досить часто та може привести до смерті пацієнта. Результати лікування паралітичної кишкової непрохідності прямо залежать від швидкості надання кваліфікованої медичної допомоги, що, в свою чергу, залежить від своєчасної діагностики цього захворювання.

Відомий [1] спосіб діагностики, який полягає у рентгенологічному дослідженні кишок (пошук чаш Клойбера) та пасажу рентгеноконтрастної речовини (сульфіду барію, препаратів йоду, ін.).

Відомий також спосіб електрофізіологічної діагностики паралітичної кишкової непрохідності, який полягає у запису електричних потенціалів, які генерують м'язи кишечника в процесі пересування хімусу. Недоліком цих способів є те, що вони потребують складної медичної апаратури та спеціально підготовлених спеціалістів (2).

Відомий також спосіб аускультатії, який полягає у вислуховуванні звуків, що утворюються при життєдіяльності людини та який застосовується, наприклад, при діагностиці захворювань серця та легень, тощо [2].

В основу корисної моделі покладена задача по вдосконаленню та спрощенню діагностики паралітичної кишкової непрохідності шляхом підрахування кількості перистальтичних шумів за визначений відрізок часу у хворого, з наступним порівнянням з кількістю їх у нормі.

Спосіб полягає у аускультатії (фонендоскопом чи стетоскопом) черевної порожнини на протязі 10 хвилин. Фонендоскоп розташовується у області пупка. Фіксується кожна перистальтична хвиля, яка проявляє себе плюскотом, який триває декілька секунд.

Частота кишкових шумів вивчена у практично здорових людей та у 3 груп хворих - з післяопераційною непрохідністю у 1 добу після хірургічних втручань на органах черевної порожнини [1], у хворих, які страждають хронічними запорами [2] до та після прийому проносного (30мл 25% розчину магнезії перорально). У кожную групу входило по 15 чол. Частота перистальтичних шумів за 10 хвилин при аускультатії черевної порожнини здорових людей була 36 ± 4 , у прооперованих хворих у 1 добу після хірургічного втручання - 4 ± 2 , у осіб з запорами 16 ± 7 до прийняття магнезії та 42 ± 8 після прийняття магнезії.

Таким чином можна вважати доказаним зв'язок кишкової перистальтики з пересуванням хімусу по кишечнику.

Приклад 1. Хворий С. 48 р., поступив зі скаргами на різкий біль у правій частині черева, нудоту, блювання. Загострення біля 40 годин. На рентгеноскопії - чаш Клойбера нема, роздуті петлі кишечника. При пальцевому дослідженні прямої кишки - незначна кількість твердого калу. При аускультатії черевної порожнини 8 шумів за 10 хвилин. Діагностовано паралітична кишкова непрохідність. Хворому введено в/в церукал, прозерин в/м, зроблені клізми. Відійшли гази, велика кількість калу. Стан хворого нормалізувався.

Після проведення клінічного випробування запропонованого способу встановлено, що заявлений спосіб може бути широко використаний в медичній практиці.

Спосіб, що пропонується забезпечує досягнення позитивного результату та не потребує складного обладнання та може бути використаний навіть у домашніх умовах.

Список літератури, що була прийнята до уваги при розробці матеріалів даної заявки

1. Клиническая хирургия / Под ред. Л.В. Усенко, Я.С. Березницкого // Київ. - Здоров'я. - 1999. - 496 с.
2. Чухриенко Д.П., Белый И.С., Бондаренко В.А. Спаечная болезнь // Киев: Здоровья, 1972. - 256 с.