



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **12976** (13) **U**  
(51) **МПК (2006)**  
**A61B 5/00**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

### ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ З ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

1

2

(21) u200507118

(22) 18.07.2005

(24) 15.03.2006

(46) 15.03.2006, Бюл. № 3, 2006 р.

(72) Мельниченко Марина Георгіївна, Ващевський Віктор Федорович

(73) Одеський державний медичний університет

(57) Спосіб корекції внутрішньочеревного гомеостазу у дітей з гнійно-запальними захворюваннями

органів черевної порожнини, що включає фізіотерапевтичний вплив на область черева, який **відпизняється** тим, що після купірування запального інтраабдомінального процесу з 7-10 доби післяопераційного періоду проводять локальну абдомінальну декомпресію у переривчастому режимі від 6 до 9кПа, експозицією 5 хвилин двічі на день, загальним курсом 10-12 процедур.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і призначається для корекції внутрішньочеревного гомеостазу у дітей з гнійно-запальними захворюваннями органів черевної порожнини.

Порушення внутрішньочеревного гомеостазу при гнійно-запальних захворюваннях органів черевної порожнини у дітей обумовлено насамперед перебігом важкої запальної реакції у черевній порожнині, порушенням загального гомеостазу, метаболічними розладами, надмірним інтраабдомінальним спайкоутворенням, морфологічними особливостями органів черевної порожнини у дітей [1, 2].

Серед способів корекції локального гомеостазу відомі різноманітні засоби: дія лікарських речовин, фізіотерапевтичні чинники (ультразвук, магнітотерапія, лазеротерапія, електростимуляція та ін.) [2, 3, 4]. Але вказані методи не завжди сприяють відновленню локального гомеостазу, або не використовуються у дитячому віці.

Разом з тим, відомо, що локальна абдомінальна декомпресія у переривчастому режимі призводить до збільшення інтенсивності кровотоку у м'язових волокнах органів, забезпечує глибокий масаж тканин, гомеостатичне регулювання та відновлення локальної гемодинаміки [5].

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб проведення абдомінальної декомпресії при лікуванні порушень гомеостазу при хронічних запальних процесах внутрішніх геніталій за допомогою апарату „Локад” у переривчастому режимі до 14кПа [5].

Що ж до використання локальної декомпресії при гнійно-запальних захворюваннях органів черевної порожнини у дітей як засобу корекції порушень гомеостазу черевної порожнини, то його застосування невідомо.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу корекції внутрішньочеревного гомеостазу при гнійно-запальних захворюваннях у дітей шляхом використання локальної декомпресії за допомогою камери зональної декомпресії КЗДМ-АК, що призводить до збільшення інтенсивності кровотоку у м'язових волокнах органів, сприяє активації гладких м'язів кишкової стінки, регулює місцевий гомеостаз та поліпшує результати лікування таких хворих за рахунок відновлення мікроциркуляції та моторно-евакуаторної функції кишечника, скорочення строків перебування хворих у стаціонарі.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно корисної моделі, після купірування запального інтраабдомінального процесу, з 7-10 доби післяопераційного періоду проводять локальну абдомінальну декомпресію за встановленою програмою, середнім курсом 10-12 процедур.

Спосіб виконується наступним чином: хвору дитину розміщують у камері зональної декомпресії в горизонтальному положенні. Впливу декомпресії надається кругова зона, обмежена зверху реберними дугами, знизу - верхньою частиною стегон. Герметичність досягається застосуванням „поясу-сарафану” та „штанцями”. У камері створюється декомпресія у переривчастому режимі: дітям 4-7 років - до 6-7кПа, дітям 7-14 років - 8-9кПа. Експо-

(13) **U**  
(11) **12976**  
(19) **UA**

зиція - 5 хвилин двічі на день, загальним курсом 10-12 процедур.

Розроблена методика абдомінальної декомпресії застосована у 33 пацієнтів з гнійно-запальними захворюваннями органів черевної порожнини (7 - з флегмонозним апендицитом, 26 - з апендикулярним перитонітом) - референтна група. Контрольну групу склали 30 дітей, аналогічних за віком, терміном захворювання, наявністю патології, у яких декомпресія не використовувалась.

Ефективність проведених лікувальних засобів оцінювали за динамікою перебігу післяопераційного періоду, враховуючи лабораторні показники, дані термометрії та доплерографії, строки перебування хворих у стаціонарі.

Порівняльний аналіз показав, що використання абдомінальної декомпресії благоприємно впливало на перебіг захворювання: явищ дискомфорту у череві та кишкової непрохідності не було, моторно-евакуаторна функція кишечника повністю відновлювалась, тоді як у контрольній групі 28,6% дітей скаржились на періодичний біль у череві, у 25,4% - випорожнення не було постійним. Крім того, у референтній групі повністю нівелювався нейтрофільний зсув, нормалізувалися ЛПІ та ІЗ в порівнянні з цими показниками у контрольній групі.

Дані термографії за програмою „Термолікар” показали зменшення температурного градієнту до 0 в мезо- та гіпогастрії, тоді як у контрольній групі різниця спостерігалася майже 1-1,5 місяці.

Допплерографічне дослідження маткових ар-

терій в динаміці свідчило про симетричність індексів Пурсело, Стюарта та Гослінга праворуч та зліва, коефіцієнт асиметрії не перевищував 18,0-20,4%, тоді як у контрольній групі довго зберігалася асиметрія вказаних індексів, а коефіцієнт асиметрії був більш 28,3-35,2%.

При співставленні з прототипом заявлений спосіб дозволяє поліпшити результати лікування дітей з гнійно-запальними захворюваннями органів черевної порожнини, відновити внутрішньочеревний гомеостаз, зменшити строки перебування хворих у стаціонарі.

Література:

1. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Дронов А.Ф. и др. Диагностика и лечение спаечной кишечной непроходимости у детей //Хирургия, 1990, №8, с.3-7.
2. Давиденко В.Б., Заика В.А., Пащенко Ю.В. Перспективные направления в лечении разлитых гнойных перитонитов у детей //Харьков, 1992, 18с.
3. Николаева Н.Г., Мельниченко М.Г. Комплексная профилактика та лікування спайкової непрохідності кишечника у дітей з гнійно-запальними захворюваннями органів черевної порожнини //Методичні рекомендації. Київ, 2003, 10с.
4. Москаленко В.З., Веселий С.В., Сопов Г.А. и др. Спаечная непроходимость кишечника у детей //Клінічна хірургія, 2004, №11-12, с.72-73.
5. Астахов В.М. Декомпрессионные воздействия в акушерско-гинекологической практике //Донецк: Новый мир, 1996, 122с.