



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **34344** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
A61P 1/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КИШЕЧНИКУ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**

1

2

(21) u200802529

(22) 27.02.2008

(24) 11.08.2008

(46) 11.08.2008, Бюл.№ 15, 2008 р.

(72) КОЛОМОЄЦЬ ОЛЕКСІЙ МИХАЙЛОВИЧ, UA,  
СИДОРЧУК РУСЛАН ІГОРОВИЧ, UA, КНУТ РУС-  
ЛАН ПЕТРОВИЧ, UA(73) КОЛОМОЄЦЬ ОЛЕКСІЙ МИХАЙЛОВИЧ, UA,  
СИДОРЧУК РУСЛАН ІГОРОВИЧ, UA, КНУТ РУС-  
ЛАН ПЕТРОВИЧ, UA

(57) Спосіб профілактики порушень функціонального стану кишечника в ранньому післяопераційному періоді, що включає вплив на спланшно-вагальні рефлекси, який **відрізняється** тим, що для стимулювання застосовують вживання жувальної гумки три рази на добу впродовж 30-45 хв., при цьому активуються рецептори ротової порожнини і рефлекторно стимулюються моторна та секреторна функції шлунково-кишкового тракту.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до оперативної хірургії і може бути застосований в клініці абдомінальної хірургії для профілактики ускладнень після оперативних втручань.

Цілий ряд ускладнень виникають в післяопераційному періоді, а саме порушення функціонального стану кишечника і його ранній післяопераційний парез. Висока частота ускладнень і недостатня ефективність лікування обумовлюють необхідність розробки нових методів профілактики функціональних порушень кишечника у післяопераційному періоді.

За прототип прийнято спосіб профілактики післяопераційних парезів, шляхом стимуляції перистальтики кишечника, що включає застосування комплексу заходів, які полягають у здійсненні сифонної клізми, внутрішньом'язового введення 0,05% р-ну прозерину 1мл, р-ну метоклопраміду 2мл [Біляєва О.О., Перепада В.М. Інтенсивна інтубація в лікуванні непрохідності кишечника та розповсюджених форм перитоніту // Хірургія України. - 2003. - №3. - С.32-34.].

Недоліком прототипу є те, що додатково вводяться лікувальні препарати, при цьому суттєво зростає ймовірність розвитку поліпрагмазії, ризик виникнення побічних ефектів, а також неможливість повного здійснення способу-прототипу в перші доби після операції у зв'язку із необхідністю виконання клізм.

В основу корисної моделі покладене завдання розробити такий спосіб профілактики ранніх післяопераційних парезів кишечника, у якому шляхом рефлекторного впливу на спланшно-вагальну вегетативну нервову систему досягається стимулювання моторної та секреторної функції шлунково-кишкового тракту.

Поставлене завдання вирішується тим, що у ранньому післяопераційному періоді з стимулюючою метою застосовується вживання жувальної гумки три рази на добу впродовж 30-45хв., при цьому активуються рецептори ротової порожнини і внаслідок впливу на спланшно-вагальні рефлекси стимулюються моторна та секреторна функції шлунково-кишкового тракту.

Спільними ознаками є те, що стимуляція моторної функції кишечника здійснюється шляхом впливу на спланшно-вагальні рефлекси.

Корисна модель відрізняється тим, що з стимулюючою метою застосовується вживання жувальної гумки три рази на добу впродовж 30-45хв, при цьому активуються рецептори ротової порожнини і внаслідок впливу на спланшно-вагальні рефлекси стимулюються моторна та секреторна функція шлунково-кишкового тракту.

Технічний результат, який досягається при застосуванні корисної моделі полягає у забезпеченні вірогідного стимулюючого ефекту на кишечник після виконання оперативних втручань та зменшенні кількості післяопераційних парезів.

(13) **U**(11) **34344**(19) **UA**

Таблиця 1

Порівняльна характеристика ефективності профілактики виникнення післяопераційних парезів при кишковій недостатності відомим і запропонованим способом

Прототип	Кількість прооперованих хворих	Початок перистальтики (Діб)
Відомий спосіб	19	3,29±0,37
Запропонований спосіб	14	2,36±0,28

**Клінічний приклад:**

Хворий М. 1954 року народження, історія хвороби №12446 поступив у стаціонар 04.12.2007 із скаргами на переймоподібний біль в животі, загальну слабкість, нудоту, блювоту, затримку випорожнень упродовж 4 діб. Об'єктивно при поступленні: в правій здухвинній ділянці визначається старий післяопераційний рубець 10х1,5см, живіт напружений і болючий у всіх відділах, більше справа, там же визначається позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, при перкусії визначається припуплення перкуторного звуку по правому боковому фланку, при аускультатії визначається шум кишкового плеску. При рентгенографії органів черевної порожнини визначаються роздуті газом петлі кишечника та чаші Клойбера. Зі слів хворого 3 роки тому був оперований з приводу гострого флегмонозного апендициту. Було виставлено діагноз: спайкова хвороба, ускладнена странгуляційною кишковою непрохідністю. Виконана операція: вісцероліз спайок, інтубація кишечника зондом Еббота-Міллера, санація та дренування черевної порожнини. У післяопераційному періоді на 2 добу з метою стимуляції перистальтики хворому було призначено жувати жувальну гумку упродовж 30-45 хвилин 3 рази на день. Нормалізація перистальтики відмічена на 3 добу. Післяопераційний період протікав без ускладнень, дренажі видале-

но на 5 добу, шви знято на 10 добу, рана загоїлася первинним натягом.

Хворий В. 1979 року народження, історія хвороби №12874 поступив у стаціонар 18.12.2007 із скаргами на різкий біль в животі, загальну слабкість, нудоту, блювоту. З анамнезу: хворіє упродовж 5 років виразковою хворобою. Об'єктивно при поступленні: живіт напружений і болючий при пальпації в ділянці епігастрію, правого та лівого підребер'я, там же визначаються позитивні симптоми подразнення очеревини, при рентгенографії визначається вільний газ під правим куполом діафрагми, при фіброезофагогастродуоденоскопії по передній стінці антрального відділу шлунку виявлено виразковий дефект до 1см в діаметрі із перфоративним отвором до 0,3см в діаметрі. Було виставлено діагноз: виразкова хвороба шлунку, виразка антрального відділу шлунку, ускладнена перфорацією, гострий перитоніт. Виконана операція: висічення та ушивання виразки, санація та дренування черевної порожнини. У післяопераційному періоді хворому було призначено жувати жувальну гумку по одній 3 рази на день упродовж 30-45 хвилин, з метою стимуляції перистальтики. Нормалізація перистальтики відмічена на 3 добу. Післяопераційний період протікав без ускладнень, дренажі видалено на 4 добу, шви знято на 10 добу рана загоїлася первинним натягом.