

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальністю  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗАНЬ ДО ОПЕРАЦІЇ ПРИ КИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ

(21) 99105684

(22) 18 10 1999

(24) 15.03.2001

(46) 15 03 2001, Бюл. № 2, 2001 р.

(72) Бойко Валерій Володимирович, Біленький  
Володимир Павлович(73) ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-  
ВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб визначення показань до операції при кишковій непрохідності, який включає оцінку порушень кишкового пасажу та відрізняється тим, що визначають внутрішньодуоденальний тиск, потім стимулюють кишечник на протязі однієї години, після чого проводять повторне вимірювання внутрішньодуоденального тиску та при його підвищенні втричі або більше в порівнянні до вихідного визначають обґрунтування до термінової операції

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаним для визначення показань до оперативного втручання при кишковій непрохідності.

Відомі способи визнання показань до операції з приводу кишкової непрохідності полягають в об'єктивній діагностиці, а саме кишкової непрохідності (наприклад, рентгенологічні методи), відсутності ефекту від проводимої консервативної терапії, з'явленні ознаки перитоніту. Це, як правило, суб'єктивні дані, що залежать від досвіду хірурга, який визначає обґрунтування до хірургічного втручання.

При аналізі клінічних способів визначення показань до операції при кишковій непрохідності найбільше розповсюдження отримав рентгенологічний спосіб діагностики кишкової непрохідності (Симонян К.С. Спаечная болезнь. М.: Медицина, 1966. - 276 с.).

Типові ознаки кишкової непрохідності, такі як чаші Клойбера, арки можуть бути ознакою як функціональної, так і странгуляційної кишкової непрохідності, що не дозволяє вчасно їх диференціювати. Разом з тим при першій доцільній консервативній методи, при другій - хірургічній.

В зв'язку з цим існують рентгенологічні методи з контрастуванням шлунково-кишкового тракту, але вони дуже тривалі по часу виконання 12-24 години.

Слід зазначити, що цей час не впадовує хірургів і часто операції виконуються із запізненням, що може приводити до летальних наслідків.

Спосіб-прототип полягає в тому, що хворому з підозрою на кишкову непрохідність дають випити рентгеноконтрастну 20% барієвосульфатну суміш, охолоджену до 10-15°C в кількості 200-300 мл, або вводять через поліхлорвініловий зонд у дванадця-

типалу кишку. На протязі 6 годин проводять через кожні 2 години рентгензнімки, і по наявності зупинки пасажу барія сульфата та наявності чаш Клойбера діагностують кишкову непрохідність, що є обґрунтуванням для хірургічного лікування (Шальков Ю.Л., Кобландієв С.Н. Послеоперационный илеус (механическая и паралитическая кишечная непроходимость - Алматы, 1993 - 194 с.).

Вказаний спосіб, який найбільш близько за технічною суттю та результатом, що може бути досягнутим, до того, що заявляється, обрано нами в якості прототипу.

Найближчим аналогом та прототипу призначенні такі недоліки, як тривалість процесу визначення показань до операції та суб'єктивність. Насамперед, це злежить від швидкості просування контрастної маси по кишечнику та кваліфікації лікаря, що встановлює діагноз гострої кишкової непрохідності.

Задача даного винаходу є укорочення терміну визначення показань до оперативного втручання при гострій кишковій непрохідності.

Задача, яка покладена в основу винаходу, вирішується тим, що у відомому способі визначення показань до операції при кишковій непрохідності, який включає оцінку порушень кишкового пасажу та відрізняється тим, що визначають внутрішньодуоденальний тиск, потім стимулюють кишечник на протязі однієї години, після чого проводять повторне вимірювання внутрішньодуоденального тиску та при його підвищенні втричі або більше в порівнянні до вихідного визначають обґрунтування до термінової операції.

Якщо показник не змінювався, або збільшувався менше ніж втричі, впроваджують консервативне лікування.

Заявлений спосіб у порівнянні з відомими має наступні переваги: скорочення терміну визначення необхідності оперативного втручання.

Це досягається за рахунок того, що після стимуляції кишечника при присутності механічної перешкоди буде значно підвищуватися тиск у проксимальних відділах кишечника в першу добу стимуляції.

Позитивний ефект, суттєвість відмін і новина заявленого способу зумовлені патогенетичною його обґрунтованістю.

При обстеженні хворих на гостру кишкову непрохідність виявлено, що у тих пацієнтів, у яких консервативна терапія ефективна, внутрішньодуоденальний тиск до початку стимулюючої кишкової терапії складав  $144 \pm 28$  мм водн. ст. та  $156 \pm 18$  мм водн. ст. після її виконання.

У хворих, яких в наступному оперували в зв'язку з неефективністю терапії, внутрішньодуоденальний тиск дорівнював  $143 \pm 29$  мм водн. ст. до стимуляції і  $446 \pm 34$  мм водн. ст. після, що свідчить про достовірну різницю цих показників. При цьому достовірна різниця показників спостерігається при підвищенні тиску не менше ніж втричі в порівнянні з вихідними даними. Ці клінічні спостереження дозволяють встановити відповідну закономірність динаміки внутрішньодуоденального тиску і покласти її в основу заявленого винаходу (спостереження проводилося у 120 хворих).

Спосіб виконується наступним чином: хворому з підозрою на наявність гострої кишкової непрохідності виконують контрастне рентгенологічне дослідження черевної порожнини і встановлюють діагноз гострої кишкової непрохідності. При відсутності ознак перитоніту, після анестезії піднебіння 1 % розчином діквіну в дванадцятипалу кишку, як

при дуоденальному зондуванні, вводять зонд з оливою-зв'язувачем. Засобом відкритого катетеру і з допомогою апарату Вольдмана вимірюють внутрішньодуоденальний тиск. Потім витягують зонд і хворому назначають стимулюючу кишкової терапії. Гіпертонічний розчин натрія хлориду 10 %, калія хлориду 7,5 %, антихолінестеразні препарати (наприклад, прозерін), препарати метаклопроаміду (церукал) та інші. Після стимуляції на протязі однієї години вводять внутрішньодуоденальний зонд та вимірюють тиск повторно. Визначений показник порівнюють з вихідними даними і відповідно до формули винаходу при їх перевищенні втричі визначають необхідність хірургічного втручання.

Приводимо клінічний приклад заявленого способу.

Хвора Б., 56 років, № історії хвороби 22797, госпіталізована до 4МКЛШМД у 1998 році з діагнозом гострої кишкової непрохідності. Діагноз верифікований рентгенологічно. Складалося враження про кишкову непрохідність, яку можна розрішити консервативно. Проведено прогнозування ефективності консервативної терапії згідно до формули заявленого винаходу. Визначено прогностично неефективну консервативну терапію, в зв'язку з чим хвору було оперовано за життєвим обґрунтуванням, як виявилось під час операції причиною кишкової непрохідності була шнурковидна спайка і консервативно це захворювання вилікувати було неможливо. Післяопераційний період без ускладнень. Шви зняті на 12 добу після операції. Хвора виписана в задовільному стані.

Використання вимірювання внутрішньодуоденального тиску у хворих на гостру кишкову непрохідність зменшило термін встановлення показань до оперативного втручання до однієї години.

Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»  
Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101  
(03122) 3 - 72 - 89 (03122) 2 - 57 - 03