



УКРАЇНА

(19) UA (11) 55844 (13) A

(51) 7 A61B17/00

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

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОНКОЇ КИШКИ

1

2

(21) 2002075569

(22) 08 07 2002

(24) 15 04 2003

(46) 15 04 2003, Бюл. №4, 2003 р

(72) Дзюбановський Ігор Якович, Свистун Роман  
Васильович, Поляцко Костянтин Григорович(73) ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА  
АКАДЕМІЯ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО(57) Спосіб лікування гострої непрохідності тонкої  
кишки, який включає лапаротомію, проведення

маніпуляцій з усуненням непрохідності, резекцію  
кишки і її наступну інтубацію, який відрізняється  
тим, що перед усуненням непрохідності у відповідну  
петлю кишки шляхом пункції шприцем вводять  
озонований 5% розчин глюкози в кількості 200-  
400мл при концентрації озону в розчині 0,5-1,0  
мг-л<sup>-1</sup>, причому глюкозу вводять одночасно з інсу-  
ліном з розрахунку 1 од на 4г глюкози

Винахід відноситься до медицини, зокрема хі-  
рургії, і може бути використаний при оперативному  
лікуванні гострої непрохідності тонкої кишки

Відомий спосіб лікування гострої непрохідності  
тонкої кишки, який включає лапаротомію, прове-  
дження маніпуляцій з усунення непрохідності, резе-  
кцію кишки та її наступну інтубацію [1]

Недопоміком відомого способу є недостатній рі-  
вень клінічної ефективності внаслідок попадання  
під час інтубації вмісту привідної петлі кишки у  
відвідну та високий ризик в зв'язку з цим розвитку  
ентеральної недостатності відвідної частини киш-  
ки [2]

В основу винаходу поставлене завдання вдос-  
коналити відомий спосіб, в якому шляхом введен-  
ня лікарських середників детоксикаційної дії без-  
посередньо в порожнину відвідної петлі,  
забезпечують оптимізацію функції кишки і гомео-  
стазу організму як цілого, а отже - підвищення рів-  
ня клінічної ефективності

При розгляді технічного завдання було взято  
до уваги те, що ізотонічний (5%) розчин глюкози з  
одночасним введенням відповідної дози інсуліну є  
енергетичним матеріалом для ентероцитів. Запов-  
нюючи кишкові крипти, глюкоза захищає ентеро-  
цит від ушкоджувального впливу токсичного вмісту  
кишки. При цьому було взято до уваги і те, що  
глюкоза забезпечує позитивну дію на життєздат-  
ність ентероцита в умовах достатньої концентрації  
кисню. Беручи до уваги те, що озон при контакті з  
біосубстратом розпадається на молекулярний та  
атомарний кисень, очевидно не буде перебіль-  
шенням ствердження того, що молекулярний ки-

шень забезпечуватиме аеробний гліколіз, а атома-  
рний - сприятиме інтенсивному окисненню  
токсичного субстрату, що забезпечуватиме опти-  
мізацію гомеостазу хворого організму

Виходячи з наведеного, поставлене завдання  
виришують тим, що у відомому способі лікування  
гострої непрохідності тонкої кишки, який включає  
лапаротомію, проведення маніпуляцій з усунення  
непрохідності, резекцію кишки і її наступну інтуба-  
цію, відповідно до винаходу перед усуненням не-  
прохідності у відвідну петлю кишки шляхом пункції  
шприцем вводять озонований 5% розчин глюкози  
в кількості 200-400мл при концентрації озону в  
розчині 0,5-1,0мг-л<sup>-1</sup>, причому глюкозу вводять  
одночасно з інсуліном з розрахунку 1од на 4г глю-  
кози

Конкретно спосіб здійснюють таким чином. У  
хворого з гострою непрохідністю тонкої кишки ви-  
конують лапаротомію з ревізією органів черевної  
порожнини. Відвідну петлю тонкої кишки пунктують  
голкою та вводять у порожнину шприцем 200-  
400мл озонованого 5% розчину глюкози, а на міс-  
це пункції накладають кисетний шов. Підшкірно  
вводять інсулін із розрахунку 1од на 4 грами вве-  
деної глюкози. Після цього здійснюють оперативне  
усунення непрохідності тонкої кишки, а при необ-  
хідності виконують резекцію з наступною її інтуба-  
цією. Черевну порожнину санують, дренують. Піс-  
ляопераційну рану зашивають.

Приклад 1. У хворої Ш. 45р, з гострою злукো-  
вою непрохідністю тонкої кишки проведено опера-  
тивне втручання - лапаротомію з ревізією органів

(13) A  
(11) 55844  
(19) UA

черевної порожнини. У просвіт відповідної петлі тонкої кишки шприцем ввели 400мл озонованого 5% розчину глюкози. Концентрація озону у розчині глюкози становила 0,5мг-л<sup>-1</sup>. Глюкозу вводили під прикриттям підшкірної ін'єкції 5од інсуліну. Місце пункції кишки перитонізували кисетним швом. Після усунення непрохідності та інтубації тонкої кишки, черевну порожнину санували і дренивали, а операційну рану зашили.

Приклад 2. Запропонованим способом провели хірургічне лікування 11 пацієнтів з гострою непрохідністю тонкої кишки. У всіх хворих мало місце більш швидке зниження показників ендотоксикації, зокрема таких, як рівень молекул середньої маси, сім'яникового тесту, проникності

еритроцитарних мембран до сечовини, лейкоцитарного індексу ендотоксикації. У більш короткий період нормалізувалися показники загального аналізу крові і наступало відновлення нормальної перистальтики кишки. З наведених у табл даних про вміст молекул середньої маси у прооперованих хворих в динаміці післяопераційного періоду зроблено висновок про більш високу ефективність запропонованого способу у порівнянні з способом-прототипом. Так, вже на 1 добу рівень інтоксикації у хворих дослідної групи на 30% був нижчим, у порівнянні з контролем. Ця тенденція мала місце на протязі всього післяопераційного періоду.

Таблиця

Динаміка ендотоксикації у хворих з гострою непрохідністю тонкої кишки за рівнем молекул середньої маси, г/л ( $\bar{X} \pm m$ )

	n	до операції	після операції			
			1 доба	2 доба	3 доба	5 доба
Запропонований спосіб	11	1,11±0,14	1,37±0,21	1,39±0,22	1,23±0,15	0,88±0,14
Спосіб-прототип (контроль)	13	1,14±0,14	1,95±0,22	1,92±0,25	1,86±0,19	1,12±0,12

Отже, застосування запропонованого способу забезпечує досягнення більш вираженого, ніж за способом-прототипом, лікувального ефекту, що свідчить про доцільність його впровадження в практику хірургічного лікування гострої непрохідності кишки.

Джерела інформації, які слід взяти до уваги

1. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непро-

ходимость - М. Медицина, 1998 -288с

2. Дзюбановський І.Я., Свистун Р.В., Гаргула В.Д., Квік І.І., Поляцко К.Г., Берекета Є.І. Роль ураження відповідної петлі в генезі поглиблення ендотоксикації у ранньому післяопераційному періоді у хворих з гострою тонкокишковою непрохідністю. // Вісник наукових досліджень -№3 - С.77-79