



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **81097** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61K 47/02 (2006.01)
A61M 25/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

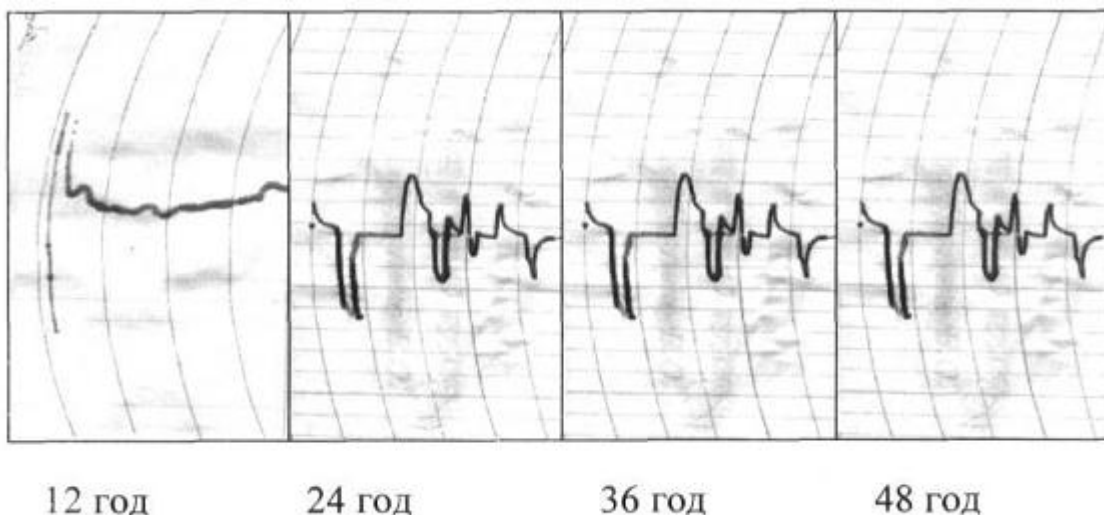
(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки:	u 2012 13433	(72) Винахідник(и): Ковальчук Леонід Якимович (UA), Беденюк Анатолій Дмитрович (UA), Гнатів Володимир Володимирович (UA), Бурак Андрій Євгенович (UA)
(22) Дата подання заявки:	26.11.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель:	25.06.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	25.06.2013, Бюл.№ 12	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО" МОЗ УКРАЇНИ, Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001 (UA)

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПРИ ПАРЕТИЧНІЙ КИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ

(57) Реферат:

Спосіб лікування при паретичній кишковій непрохідності включає інтубацію кишки під час хірургічної операції двоканальним зондом. В післяопераційному періоді через один канал інтубаційного зонда безперервно подають молекулярний кисень з об'ємною швидкістю 0,2 мл/кгхв та дискретно вводять гіпертонічний (3 %) розчин натрію хлориду по 1 мл/кг маси тіла через кожні 60 хвилин, причому введення обох чинників здійснюють принаймні впродовж 2 діб, а через інший канал зонда здійснюють внутрішньокішкову декомпресію та забезпечують виділення кишкового вмісту.



UA 81097 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема хірургії черевної порожнини, і може бути використана у хірургічному лікуванні хворих із гострою кишковою непрохідністю.

Відомий спосіб лікування при паретичній кишковій непрохідності, що включає інтубацію кишки під час хірургічної операції двоканальним зондом [1]. За відомим способом, після лапаротомії і усунення явищ кишкової непрохідності декомпресію здійснюють за допомогою двоканального зонду через ентеростому, а через другий канал зонду виконують маніпуляцію ентерального харчування.

Недоліком відомого способу є недостатня методичність і лікувальна ефективність, що впливає з необхідності виконання додаткової хірургічної маніпуляції з накладання ентеростоми. Крім того, застосування відомого способу не забезпечує ефективне усунення наслідків гіпоксії тканин стінки кишки та генерування макроергічних сполук для забезпечення ефективної перистальтики кишки і відновлення функцій травлення.

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалити відомий спосіб, в якому шляхом внесення додаткових технологічних прийомів, спрямованих на покращення вивільнення вмісту кишки і підвищення рівня резистентності тканин кишкової стінки до продуктів тканинної гіпоксії досягають підвищення рівня методичного забезпечення і лікувальної ефективності способу в цілому.

Поставлена задача вирішується тим, що було взято до уваги наявність прямої залежності між перистальтичною спроможністю кишки і рівнем забезпечення її метаболічної функції [2], у здійсненні якої провідна роль належить кисню і макроергічним сполукам [3]. Було взято до уваги також і те, що саме з існуванням в тканинах вказаних компонентів, а саме кисню і макроергічних сполук, пов'язана функція резистентності клітинних мембран, а отже й самої тканини, зокрема кишки.

Суть корисної моделі пояснює креслення.

Беручи до уваги наведені міркування, у відомому способі лікування при паретичній кишковій непрохідності, що включає інтубацію кишки під час хірургічної операції двоканальним зондом, відповідно до корисної моделі в післяопераційному періоді через один канал інтубаційного зонда безперервно подають молекулярний кисень з об'ємною швидкістю 0,2 мл/кухв. та дискретно вводять гіпертонічний (3 %) розчин натрію хлориду по 1 мл/кг маси тіла через кожні 60 хв., причому введення обох чинників здійснюють принаймні впродовж 2 діб, а через інший канал зонда здійснюють внутрішньокішкову декомпресію та забезпечують виділення кишкового вмісту.

Спосіб здійснюють наступним чином. У хворого з паретичною кишковою непрохідністю виконують лапаротомію, хірургічним шляхом усувають непрохідність кишки, проводять декомпресію, для чого здійснюють інтубацію кишки двоканальним зондом і забезпечують відходження кишкового вмісту. Далі в післяопераційному періоді через один канал інтубаційного зонда безперервно подають молекулярний кисень з об'ємною швидкістю 0,2 мл/кгхв. та дискретно вводять гіпертонічний розчин натрію хлориду в 3 % концентрації по 1 мл/кг маси тіла через кожні 60 хв., а через інший канал зонда здійснюють внутрішньокішкову декомпресію та забезпечують виділення кишкового вмісту. При цьому введення обох чинників здійснюють принаймні впродовж 2 діб.

Приклад 1. Хворий С., 52 років, масою тіла 80 кг, госпіталізований в клініку через 3 доби від початку захворювання з діагнозом: спайкова хвороба очеревини. Гостра спайкова кишкова непрохідність. Діагноз верифіковано за допомогою клінічних та інструментальних методів дослідження. Під час операції після лапаротомії на відстані 90 см від ілеоцекального кута виявлено некроз тонкої кишки довжиною 20 см. Виконали резекцію 70 см тонкої кишки з накладанням анастомозу за типом кінець у кінець. Далі через анастомоз у просвіт кишки вставили інтубаційний кишковий зонд і завели його до термінального відділу тонкої кишки, провели лаваж і дренування черевної порожнини.

У післяопераційному періоді з лікувальною метою через один канал інтубаційного зонда безперервно вводили молекулярний кисень з об'ємною швидкістю 0,2 мл/кгхв. та дискретно гіпертонічний (3 %) розчин натрію хлориду у загальній кількості 3840 мл із розрахунку 1 мл/кг маси тіла через кожні 60 хв., причому кисень і натрію хлорид вводили упродовж 2 діб. Через інший канал зонда контролювали відходження кишкового вмісту. Вже через 6 годин спостерігали відновлення перистальтики, що виявлялося аускультативно та реєструвалося гастроентерографічно в періоди через 12, 24, 36 і 48 год. (кресл.). Лікування за запропонованим способом проводили впродовж 2 діб. В результаті, було відновлено активну перистальтику, на що вказувало вільне відходження газів.

Приклад 2. За запропонованим способом проведено лікування 12 хворих з паретичною кишковою непрохідністю. У всіх випадках було досягнуто позитивного клінічного ефекту у

вигляді усунення явищ непрохідності і стійкого відновлення перистальтики при скороченні тривалості післяопераційного лікування в палаті інтенсивної терапії та перебування пацієнта у стаціонарі.

Таким чином, запропонований спосіб забезпечує вищу клінічну ефективність та методичність, ніж за відомим способом-прототипом, лікування хворих із явищами паретичної кишкової непрохідності, і може бути використаний в практиці абдомінальної хірургії.

Джерела інформації:

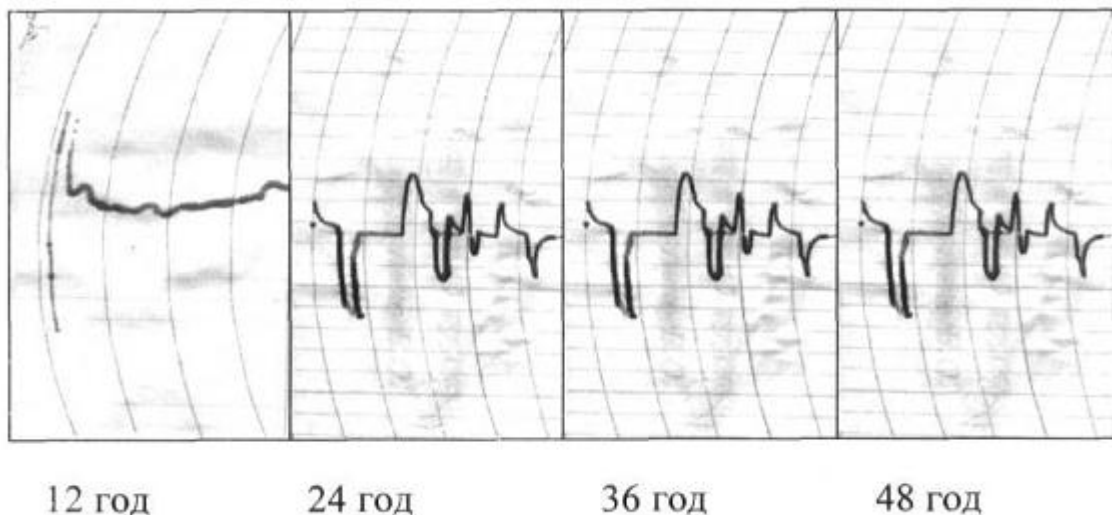
1. Алиев М. А., Шальков Ю. Л. Хирургия острой кишечной непроходимости - Алматы БІЛІМ, 1996-256 с.

2. Петров В. В., Ерюхин М. И. Кишечная непроходимость - М.: Медицина, 1989. - 210 с.

3. Пат. 45840 Україна, МПК А 61 В 17/3209, А 61 М 25/088. Спосіб лікування гострої кишкової непрохідності / Саєнко В. Ф., Куцик Ю. Б.; Інститут хірургії та трансплантології АМН України. - № 2001075153; заявл. 19.07.2001 ; опубл. 15.04.2002, Бюл.№ 4.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування при паретичній кишковій непрохідності, що включає інтубацію кишки під час хірургічної операції двоканальним зондом, який **відрізняється** тим, що в післяопераційному періоді через один канал інтубаційного зонда безперервно подають молекулярний кисень з об'ємною швидкістю 0,2 мл/кгхв та дискретно вводять гіпертонічний (3 %) розчин натрію хлориду по 1 мл/кг маси тіла через кожні 60 хвилин, причому введення обох чинників здійснюють принаймні впродовж 2 діб, а через інший канал зонда здійснюють внутрішньокишкову декомпресію та забезпечують виділення кишкового вмісту.



Комп'ютерна верстка С. Чулій

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601