



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38078 (13) A

(51) 6 A61B5/00

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

(54) СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ВІРОГІДНОСТІ ПАРЕЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ ІНФРАРЕНАЛЬНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ

(21) 2000052998

(22) 26.05.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Гусак Володимир Корнійович, Міміношвілі Омарі Ісидорович, Попандопуло Генадій Дмитрійович, Шматько Леонід Петрович, Ярошак Сергій Васильович, Шаповалов Ігор Миколайович

(73) ІНСТИТУТ НЕВІДКЛАДНОЇ І ВІДНОВНОЇ ХІРУРГІЇ АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб визначення вірогідності парезу товстої кишки у післяопераційному періоді у хворих з ура-

женням інфраренального відділу аорти, шляхом дослідження функціонального стану товстої кишки, який відрізняється тим, що послідовно досліджують різні відділи товстої кишки, починаючи від поперечно-ободової, накладають датчик-присоску на серозну оболонку, реєструють змінювання скорочувальної активності товстої кишки, й у разі зниження амплітуди скорочень до 19% й нижче від початкового рівня, визначають функціональну недостатність цього частка товстої кишки, що свідчить о вірогідності розвитку його парезу у післяопераційному періоді.

Винахід належить до медицини, безпосередньо до судинної хірургії та може бути використаний для визначення вірогідності парезу товстої кишки в післяопераційному періоді у хворих з ураженням інфраренального відділу аорти.

Відомий баланографічний спосіб [1] визначення функціонального стану товстої кишки, обраний нами як прототип, у якому у просвіт товстої кишки, через анальний канал, вводять еластичний балон й заповнюють його воздухом або рідиною. Коливання, через останні, передаються з стінки кишки на реєструючий пристрій. Однак, цей спосіб має слідуючи недоліки: дослідження займає багато часу, введення датчика у низхідний відділ товстої кишки зв'язано з певними технічними труднощами й потребує наявності фіброколоноскопу, отримана крива сумарно відображає тиск стінки кишки й внутріпорожнинний тиск, невеликі ритмічні скорочення не реєструються на механограмі, не опрацьовані критерії визначення вірогідності парезу товстої кишки у хворих після операцій на інфраренальному відділі аорти.

За основу винаходу постає задача розробки способу визначення вірогідності парезу товстої кишки у післяопераційному періоді у хворих з ураженням інфраренального відділу аорти, в якому забезпечується підвищення точності визначення діагностичних критеріїв вірогідності розвитку парезу товстої кишки на підставі вивчення її функціонального стану.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі визначення вірогідності парезу товстої

кишки в післяопераційному періоді у хворих з ураженням інфраренального відділу аорти, який включає вивчення функціонального стану товстої кишки й відрізняється тим, що послідовно досліджують різні відділи товстої кишки, починаючи від поперечно-ободової, накладають датчик-присоску на серозну оболонку, реєструють змінювання скорочувальної активності товстої кишки, й у разі зниження амплітуди скорочень до 19% та нижче від початкового рівня визначають функціональну недостатність цього частка товстої кишки, що свідчить о вірогідності розвитку його парезу у післяопераційному періоді.

Спосіб виконується таким чином: після виконання основного етапу операції з приводу аневризми (або її розриву) інфраренального відділу аорти або синдрому Леріша послідовно досліджують скорочувальну здатність товстої кишки, починаючи від поперечно-ободової, шляхом накладання датчика-присоски на серозну оболонку. У відповідь на подразнення, яке виникає при розтягненні стінки кишки, відбувається активне скорочення кишкового м'язу, яке реєструється датчиком тиску, який знаходиться всередині присоски з наступним відображенням амплітуди скорочень на механокограми. Визначають характер амплітуди на різних частках товстої кишки й при зниженні її до 19% та нижче, в порівнянні з початковим рівнем, визначають функціональну недостатність цього частка товстої кишки, що свідчить о вірогідності розвитку його парезу у післяопераційному періоді. В цьому випадку виконання анастомозу між нижньобрижо-

(19) UA (11) 38078 (13) A

вою артерією та синтетичним судинним протезом аорти обов'язкове.

Шляхом експерименту встановлено, що у разі зниження амплітуди скорочень нижче 19%, в усіх випадках у післяопераційному періоді спостерігається стійкий парез товстої кишки. Зниження амплітуди скорочень нижче 19% свідчить о значному порушенні функціонального стану товстої кишки на даному частку внаслідок порушення кровообігу.

Приклад 1: Хворий Ф., 65 р., І. х. 9784.

Поступив до клініки з діагнозом розрив черевного відділу аорти. Хворого прооперовано - виконано аорто-стегневе протезування гофркованим синтетичним судинним протезом. При ревізії нижньобрижова артерія заповнена тромботичними масами. Вивчено функціональний стан товстої кишки за допомогою датчика-присоски. Виявлено зниження амплітуди скорочень стінки сигмоподібної кишки нижче 17% від початкового рівня, що свідчить про функціональну недостатність кишкового м'язу як наслідок ішемії. Хворому виконано тромбектомію з нижньобрижової артерії та її анастомозування з протезом аорти. В післяопераційному періоді відзначена добра функція товстої кишки, дефікація не порушена.

Приклад 2: Хворий А., 69 р., І. х. 528.

Поступив до клініки з діагнозом синдром Леріша. Хворого прооперовано - виконано аорто-стегневе шунтування гофркованим синтетичним судинним протезом. При ревізії нижньобрижова артерія заповнена тромботичними масами. Вивчено функціональний стан товстої кишки за допомогою датчика-присоски. Виявлено зниження амплітуди скорочень стінки сигмоподібної кишки нижче 28% від початкового, що свідчить за функціональ-

ну недостатність кишкового м'язу як наслідок ішемії. Але зниження скорочувальної здатності не дійшло критичного значення. Кровообіг сигмоподібної кишки в достатній мірі забезпечується за рахунок колатерального кровотоку по дузі Ріолана. Показань до обов'язкового накладання анастомозу між нижньобрижовою артерією та протезом аорти немає. В післяопераційному періоді відмічено добру функцію товстої кишки.

Запропонований спосіб дозволяє на основі інтраопераційного вивчення функціонального стану товстої кишки у хворих з ураженням інфраренального відділу аорти визначити вірогідність виникнення парезу товстої кишки у післяопераційному періоді.

Перевагою запропонованого способу є простота його використання, дослідження не займає багато часу й дозволяє об'єктивно визначити вірогідність виникнення парезу товстої кишки у післяопераційному періоді у хворих з ураженням інфраренального відділу аорти, отже виконати заходи по запобіганню останнього.

З використанням запропонованого способу прооперовано 18 хворих на аневризму інфраренального відділу аорти (у 14 пацієнтів ускладненої її розривом) та 14 хворих на синдром Леріша. У 3-х пацієнтів на аневризму аорти й у 1-го на синдром Леріша амплітуда скорочень становила 19% від початкової та нижче. Прийняте рішення про обов'язкове анастомозування нижньобрижової артерії з гофркованим синтетичним судинним протезом аорти.

Джерела інформації прийняті до уваги:

1. Лившиц А. А., Лившиц А. В., Вилянський М. П. Електростимуляція желудочно-кишкового тракту // М. - Медицина. - 1978. - 184 с.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
