



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **54202** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 8/12МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ГЛИБОКОГО ПАРАПРОКТИТУ**

1

2

(21) u201006421

(22) 26.05.2010

(24) 25.10.2010

(46) 25.10.2010, Бюл. № 20, 2010 р.

(72) ШЕВЧУК ІГОР МИХАЙЛОВИЧ, НОВИЦЬКИЙ
ОЛЕГ ВАСИЛЬОВИЧ, СКАЛЬСЬКИЙ ЛЮБОМИР
ВІТАЛІЙОВИЧ, СОРОЧИНСЬКИЙ ІГОР МИКОЛА-
ЙОВИЧ(73) ШЕВЧУК ІГОР МИХАЙЛОВИЧ, НОВИЦЬКИЙ
ОЛЕГ ВАСИЛЬОВИЧ, СКАЛЬСЬКИЙ ЛЮБОМИР
ВІТАЛІЙОВИЧ, СОРОЧИНСЬКИЙ ІГОР МИКОЛА-
ЙОВИЧ

(57) Спосіб діагностики гострого глибокого парапроктиту, який включає променеве дослідження ділянки прямої кишки і параректальної клітковини, який **відрізняється** тим, що для дослідження використовують магнітно-резонансну томографію, при цьому в анальний канал прямої кишки вводять зонд з боковими отворами на глибину 5-6 см, через який в просвіт кишки вводять 600-800 мл 0,9 %-ного розчину натрію хлориду з температурою 25-30 °C і, при виявленні параректального гнійника і первинного гнійного ходу, діагностують гострий глибокий парапроктит.

Корисна модель належить до медицини, а саме до діагностики і може бути використана для діагностики глибоких форм гострого парапроктиту.

Відомий спосіб діагностики гострого глибокого парапроктиту, який включає застосування ультразвукового дослідження органів малого тазу і параректальної клітковини [Патент України № 38950 А, А61В 8/00: Спосіб діагностики гострого підковоподібного парапроктиту / Б.М. Даценко, Т.І. Тамм, В.В. Седак, О.Я. Бардюк, О.Б. Даценко. - Заявка від 04.12.2000 р. Опубл. 15.05.2001. - Бюл. № 4.].

Недоліком цього способу є низька точність діагностики через обмежену можливість встановлення розміщення гнійника по відношенню до стінок прямої кишки, виявлення первинного гнійного ходу і його розміщення відносно зовнішнього сфінктера прямої кишки.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу діагностики гострого глибокого парапроктиту, який за рахунок дослідження за допомогою магнітно-резонансної томографії, введення в анальний канал зонда і введення через нього у просвіт прямої кишки 0,9 %-ного розчину натрію хлориду дозволив би підвищити точність діагностики.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі діагностики гострого глибокого парапроктиту, який включає променеве дослідження ділянки прямої кишки і параректальної клітковини, згідно корисної моделі для дослідження використовують магнітно-резонансну томографію, при цьому в анальний канал прямої кишки вводять

зонд з боковими отворами на глибину 5-6 см, через який в просвіт кишки вводять 600-800 мл 0,9 %-ного розчину натрію хлориду з температурою 25-30°C і при виявленні параректального гнійника і первинного гнійного ходу діагностують гострий глибокий парапроктит.

Застосування магнітно-резонансної томографії дозволяє підвищити точність діагностики через високу розрішувальну здатність цього методу. Введення в анальний канал прямої кишки зонда, на глибину 5-6 см і одночасне введення у просвіт прямої кишки 600-800 мл 0,9 %-ного розчину натрію хлориду з температурою 25-30°C, забезпечує підвищення точності діагностики, так як дозволяє більш контрастно встановити розміщення гнійника відносно стінок прямої кишки, і встановити розташування первинного гнійного ходу та його відношення до зовнішнього сфінктера прямої кишки.

Вказані у формулі корисної моделі числові значення: введення в анальний канал прямої кишки зонда на глибину 5-6 см і введення через зонд у просвіт прямої кишки 600-800 мл 0,9 %-ного розчину натрію хлориду з температурою 25-30°C обґрунтовані при клінічному дослідженні 8 хворих. При цьому було встановлено, що при введенні зонда в анальний канал на глибину менше 5 см розчин виливається назовні, більше 6 см - виходить за межі анального каналу в ампулу прямої кишки; при введенні менше 600 мл 0,9 %-ного розчину натрію хлориду первинний гнійний хід повністю не контрастується, при введенні більше 800 мл

(13) **U**
(11) **54202**
(19) **UA**

0,9 %-ного розчину натрію хлориду у хворого виникає сильний больовий синдром.

Спосіб здійснюють наступним чином. Після очищення прямої кишки двома клізмами, в лежачому положенні хворого на лівому боці, в анальний канал прямої кишки вводять зонд, який, наприклад, представляє собою розмічену по сантиметрах поліхлорвінілову трубку діаметром 0,5 см з заокругленим кінцем і трьома боковими отворами, на глибину 5-6 см і вводять шприцом через зонд у просвіт прямої кишки 600-800 мл 0,9 %-ного розчину натрію хлориду з температурою 25-30°C. Зовнішній отвір зонда закривають для запобігання витікання розчину назовні. Хворого перекладають в положення на спині і проводять магнітно-резонансну томографію. При виявленні параректального гнійника і первинного гнійного ходу діагностують гострий глибокий парапроктит.

Приклад 1. Хворий К., 1975 р. н., карта стаціонарного хворого № 106610, поступив в проктологічне відділення дільничної клінічної лікарні 21.01.2010 р. з діагнозом гострий глибокий парапроктит. Загальний стан хворого середньої тяжкості. Частота серцевих скорочень 86 уд на 1 хв. Артеріальний тиск 130/85 мм рт. ст. Температура тіла 38,2°C. Після очищення прямої кишки двома клізмами, в лежачому положенні хворого на лівому боці, в анальний канал прямої кишки ввели спеціальний зонд, який представляє собою розмічену по сантиметрах поліхлорвінілову трубку діаметром 0,5 см з заокругленим кінцем і трьома боковими отворами, на глибину 5 см і одночасно контрастували просвіт прямої кишки шляхом одномоментного введення шприцом через зонд у просвіт прямої кишки 600 мл 0,9 %-ного розчину натрію хлориду з температурою 25-30°C. Зовнішній отвір зонда закрили пластиковим ковпачком для запобігання витікання розчину назовні. Хворого переклали в положення на спині і провели магнітно-резонансну томографію. При цьому виявили параректальний гнійник в ішіо-ректальному просторі з первинним транссфінкретним гнійним ходом, який проходив через поверхневу порцію зовнішнього анального сфінктера. Діагностували гострий задній ішіо-

ректальний парапроктит. При оперативному втручанні діагноз підтверджено.

Приклад 2. Хворий П., 1972, р. н., карта стаціонарного хворого № 331910, поступив у відділення проктології дільничної клінічної лікарні 19.02.2010 р. з діагнозом гострий глибокий парапроктит. Загальний стан хворого важкий. Шкірні покриви бліді. Язик сухий, пульс 100 уд в 1 хв. Артеріальний тиск 140/90 мм рт. ст. Температура тіла 38,6°C. Після очищення прямої кишки двома клізмами, в лежачому положенні хворого на лівому боці, в анальний канал прямої кишки ввели спеціальний зонд, який представляє собою розмічену по сантиметрах поліхлорвінілову трубку діаметром 0,5 см з заокругленим кінцем і трьома боковими отворами, на глибину 6 см і одночасно контрастували просвіт прямої кишки шляхом одномоментного введення шприцом через зонд у просвіт прямої кишки 800 мл 0,9 %-ного розчину натрію хлориду з температурою 25-30°C. Зовнішній отвір зонда закрили пластиковим ковпачком для запобігання витікання розчину назовні. Хворого переклали в положення на спині і провели магнітно-резонансну томографію. При цьому параректальний гнійник і первинний гнійний хід не виявили. При подальшому дослідженні встановлено діагноз - гострий підшкірний парапроктит. При оперативному втручанні діагноз підтверджено.

По запропонованому способу діагностика проведена у 8 хворих. У 7 хворих був виявлений гострий глибокий парапроктит, встановлено розміщення гнійника по відношенню до стінок прямої кишки, виявлено первинний гнійний хід і його розміщення відносно зовнішнього сфінктера прямої кишки, що підтверджувалось при подальшому оперативному втручанні. У одного хворого діагностований гострий підшкірний парапроктит.

Водночас у двох з 8 хворих обстежених по способу - аналогу у 2-х випадках діагноз був помилковий.

Таким чином застосування запропонованого способу дозволяє підвищити точність діагностики гострого глибокого парапроктиту.