



УКРАЇНА

(19) UA (11) 60876 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61B 6/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ НЕСПРОМОЖНОСТІ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ

1

(21) u201100304

(22) 11.01.2011

(24) 25.06.2011

(46) 25.06.2011, Бюл.№ 12, 2011 р.

(72) ТОДУРОВ ІВАН МИХАЙЛОВИЧ, БІЛЯНСЬКИЙ  
ЛЕОНІД СЕМЕНОВИЧ, КАЛАШНІКОВ ОЛЕК-  
САНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ, КУЧЕРУК ВОЛОДИ-  
МИР ВАСИЛЬОВИЧ

2

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА  
ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НА-  
МН УКРАЇНИ

(57) Спосіб діагностики неспроможності коло-  
ректального анастомозу, що включає трансанальне  
введення рентгеноконтрастного розчину через  
пластиковий катетер під рентгеноконтролем, який  
**відрізняється** тим, що для введення рентгенокон-  
трастного розчину використовують пластиковий  
катетер з надувним балоном на дистальному кінці.

Корисна модель належить до медицини, а са-  
ме до діагностики, і може бути використана для  
контролю неспроможності колоректального ана-  
стомозу.

Відомий спосіб діагностики неспроможності  
колоректального анастомозу, який включає прок-  
тографію. При цьому рентгеноконтрастний розчин  
вводять трансанально за допомогою пластикового  
катетера [Зедгенидзе Г.А., Линденбратен Л.Д.  
Краткий курс рентгенологии и радиологии, Госу-  
дарственное издательство медицинской литера-  
туры, Москва, 1963, 208 с.].

Недоліком відомого способу є низька точність  
діагностики через ретроградне витікання рентге-  
ноконтрастного розчину мимо катетера, що часто  
не дозволяє створити необхідний для обстеження  
внутрішньокішковий тиск.

Задачею корисної моделі є розробка такого  
способу діагностики неспроможності колоректаль-  
ного анастомозу, який за рахунок obturaції просві-  
ту кишки в зоні дистального кінця катетера забез-  
печував би підвищення точності діагностики.

Поставлена задача вирішується тим, що в  
спосіб діагностики неспроможності колоректально-  
го анастомозу, який включає трансанальне вве-  
дення рентгеноконтрастного розчину через пла-  
стиковий катетер під рентгеноконтролем, згідно з  
корисною моделлю, для введення рентгеноконт-  
растного розчину використовують пластиковий  
катетер з надувним балоном на дистальному кінці.

Використання пластикового катетера з надув-  
ним балоном на дистальному кінці дозволяє запо-

бігти витіканню рентгеноконтрастного розчину,  
створюючи необхідний тиск в просвіті кишки і, тим  
самим, забезпечує підвищення точності діагности-  
ки.

Спосіб виконують наступним чином. Напере-  
додні обстеження хворому ввечері ставлять очисні  
клизми. На наступний день, натще, виконують про-  
ктографію. На початку дослідження хворий знахо-  
диться в положенні на спині. Після змазування  
кінця пластикового катетера вазеліном його вво-  
дили через анус на відстань 3-4 см до рівня ана-  
стомозу. Рівень анастомозу попередньо визнача-  
ють за допомогою фіброколоноскопії. Після  
заведення пластикового катетера роздувають ба-  
лон повітрям об'ємом до 5 мл. Для виконання об-  
стеження використовують водорозчинний рентге-  
ноконтрастний розчин (Урографін 76% або  
Триомбраст 76%) в об'ємі 60-100 мл. Введення  
рентгеноконтрастного розчину контролюють за  
допомогою рентгенапарату. Після тугого напов-  
нення кишки роблять знімки в прямій та боковій  
проекції. Неспроможність анастомозу вважають  
діагностованою у випадку виходу рентгеноконтра-  
стного розчину за межі кишки.

Приклад 1.

Хворий С., 1949 р. н., і. х. № 5879. Після об-  
стеження встановили діагноз: рак нижньоампуляр-  
ного відділу прямої кишки. 22.11.10 виконали опе-  
ративне втручання в об'ємі низька передня  
резекція прямої кишки. На 8-му післяопераційну  
добу у хворого підвищилась температура до 39 °С,  
з'явилося виділення по дренажу гнійно-

(19) UA (11) 60876 (13) U

геморагічного характеру. З метою верифікації неспроможності швів колоректального анастомозу виконали проктографію запропонованим нами способом. А саме, за допомогою фіброколоноскопії встановили, що анастомоз знаходиться на рівні 6 см від межі анального каналу. Напередодні обстеження хворому ввечері підготували кишку (ставили очисні клізми). В положенні на спині, після попереднього змазування кінця пластикового катетера вазеліном, ввели його трансанально на відстань 3 см до рівня анастомозу. Після заведення пластикового катетера роздули балон повітрям об'ємом 5 мл. Для виконання обстеження використали водорозчинний рентгеноконтрастний розчин Урографін 76 % в об'ємі 80 мл. Введення рентгеноконтрастного розчину контролювали за допомогою цифрового рентгенапарату DuoDiagnost - Philips. Після тугого наповнення кишки зробили знімки в прямій та боковій проекції. В боковій проекції в зоні анастомозу констатовано вихід рентгеноконтрастного розчину за межі кишки, на основі чого була діагностовано неспроможність колоректального анастомозу.

#### Приклад 2.

Хворий М., 1959 р. н., і. х. № 6400. Після обстеження встановили діагноз: рак нижньоампулярного відділу прямої кишки. 09.12.10 виконали оперативне втручання в об'ємі ультранизька передня резекція прямої кишки. Після операційний період протікав без ускладнень. На 6 післяопераційну добу у хворого з'явилося виділення по дренажу серозно-геморагічного характеру з осадом. З метою верифікації неспроможності швів колоректального анастомозу виконали проктографію запро-

понованим нами способом. А саме, за допомогою фіброколоноскопії встановили, що анастомоз знаходиться на рівні 4 см від межі анального каналу. Напередодні обстеження хворому ввечері підготували кишку (ставили очисні клізми). В положенні на спині, після попереднього змазування кінця пластикового катетера вазеліном, ввели його трансанально на відстань 3 см до рівня анастомозу. Після заведення пластикового катетера роздули балон повітрям об'ємом 5 мл. Для виконання обстеження використали водорозчинний рентгеноконтрастний розчин Триомбраст 76 % в об'ємі 70 мл. Введення рентгеноконтрастного розчину контролювали за допомогою цифрового рентгенапарату DuoDiagnost - Philips. Після тугого наповнення кишки зробили знімки в прямій та боковій проекції. В обох випадках в зоні анастомозу вихід рентгеноконтрастного розчину за межі кишки не було виявлено, на основі чого було констатовано колоректальний анастомоз спроможний.

За допомогою запропонованого способу неспроможність колоректального анастомозу було верифіковано у 8 з 10 хворих. У 2 хворих клінічних та об'єктивних даних за неспроможність колоректального анастомозу не було. В той же час, як за допомогою способу аналогу, неспроможність колоректального анастомозу було верифіковано у 5 з 10 хворих, а при подальшому спостереженні ще у 3 хворих мали місце клінічні прояви неспроможності колоректального анастомозу.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє підвищити точність діагностики неспроможності колоректальних анастомозів.