



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61547 (13) A

(51) 7 A61B5/04

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

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЖИВОТА

1

2

(21) 2003021700

(22) 26 02 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р.

(72) Кнут Руслан Петрович, Сидорчук Руслан Ігорович, Дикий Максим Васильович, Карлійчук Олександр Аксентійович, Сидорчук Лариса Петрівна

(73) Кнут Руслан Петрович, Сидорчук Руслан Ігорович, Дикий Максим Васильович, Карлійчук

Олександр Аксентійович, Сидорчук Лариса Петрівна

(57) Спосіб діагностики гострої хірургічної патології живота, що включає вимірювання електричного потенціалу на передній черевній стінці за допомогою гальванометра і двох електродів, які розташовуються на відстані 10см один від одного на передній черевній стінці, з подальшою оцінкою стану пацієнта на підставі отриманих цифрових даних

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до клінічної хірургії і може бути використаний для діагностики гострої хірургічної патології живота

Нервові рецептори та нервові волокна, що відповідають за проведення нервових імпульсів, в черевній порожнині розташовані в листках очеревини. Гострі запальні захворювання черевної порожнини супроводжуються підвищенням локальної температури над вогнищем запалення та больовим синдромом, що зумовлює одночасне подразнення значної кількості нервових рецепторів, внаслідок чого, збуджується велика кількість нервових волокон, які здійснюють передачу нервових імпульсів від рецепторів до нервових центрів. Поряд зі збудженням нервових волокон очеревини, за рахунок покращеної інервації передньої черевної стінки, збудження переходить на нервові волокна, що розташовані в її товщі і на поверхні, зокрема в шкірі. Таким чином при гострих запальних захворюваннях черевної порожнини нервові волокна знаходяться в стані реполяризації, що проявляється підвищенням їх електророзбудливості і підвищенням електричного потенціалу, що реєструється на передній черевній стінці вже на ранніх стадіях розвитку запального процесу.

За прототип прийнято спосіб діагностики гострої хірургічної патології живота шляхом виявлення підвищення локальної температури за допомогою термографії (Ю. П. Спиченко, Б. О. Мильков,

А. Е. Лагода и др. Острый гнойный перитонит / Харьков: Прапор, 1997 - 190с.) Недоліком прототипу є невелика інформативність даного методу (45%) і велика його собівартість.

В основу винаходу покладено завдання розробити спосіб діагностики гострої хірургічної патології живота, який включає вимірювання електричного потенціалу на передній черевній стінці, при використанні якого підвищується точність діагностики гострої хірургічної патології живота.

Поставлене завдання вирішується тим, що запропоновано спосіб діагностики гострої хірургічної патології живота, який включає вимірювання електричного потенціалу на передній черевній стінці за допомогою гальванометра і двох електродів, які розташовуються на відстані 10см один від одного.

Конкретний приклад виконання способу

Хворого вкладають на кушетку, вкриту матеріалом, що не проводить електричний струм, просять хворого зняти з себе всі металеві предмети. На передню черевну стінку на відстані 10см один від одного накладають серветки, змочені водою, на які накладають електроди за допомогою яких здійснюють реєстрацію електричного потенціалу, приєднують електроди до гальванометру і проводять реєстрацію електричного потенціалу.

Використання даного винаходу дозволить досягти більшої точності в діагностиці гострої хірургічної патології живота вже на початкових етапах розвитку запального процесу.

(13) A

(11) 61547

(19) UA

Таблиця

Порівняльна характеристика електрозбудливості нервових волокон у хворих і здорових осіб

Матеріал дослідження	Кількість осіб	Кількість осіб у яких зустрічалися технічні труднощі при проведенні діагностики	Потенціал, мЕв
Здорові особи	11	3	50,21±18,19
Хворі особи з гострою хірургічною патологією живота	14	5	120,35±22,73

Клінічний приклад

Хвора М, 1957 року народження, історія хвороби №1838 19 12 2002р поступила зі скаргами на сильний біль в животі, нудоту, погіршення самопочуття, підняття температури тіла, симптоми виникли після погіршень в дієті. Хворіє впродовж 4 років на виразкову хворобу шлунку. Неодноразово лікувалася в гастроентерологічному відділенні обласної клінічної лікарні з приводу даного захворювання. За останній рік, в зв'язку з добрим самопочуттям та фінансовими обставинами профілактичного лікування не проходила. Об'єктивно при поступленні загальний стан середньої важкості, шкіра та видимі слизові оболонки бліді. Відмічено тахікардію та зниження артеріального тиску (ЧСС - 106, АТ - 105/60 мм рт.ст.). Живіт напружений, піддутий, пальпація болюча на всьому протязі, симптоми подразнення очеревини різко позитивні. На оглядовій рентгенограмі живота виявлено вільний газ під куполом діафрагми. При застосуванні запропонованого методу реєструється потенціал 124 мЕв. Виставлено робочий діагноз: перфоративна виразка шлунку, розлитий перитоніт, абдомінальний сепсис. Виконано операцію лапаротомія, висічення виразки шлунку по Джаду з тампонадою гастротомічного отвору за Оррел-Полікарповим, дренивання очеревинної порожнини.

Інтоксикаційний синдром та інші симптоми абдомінального сепсису куповані на третій день післяопераційного періоду. На сьомий день шви з рани зняті, рана загоїлась первинним натягом, в задовільному стані хвора виписалась додому.

Хворий К, 1959 року народження, історія хвороби №1432 28 12 2002р поступив із зі скаргами на різкі болі в животі. Хворіє на протязі чотирьох діб. При застосуванні запропонованого способу реєструвався потенціал величиною 120 мЕв. За результатами об'єктивного обстеження та при динамічному нагляді виставлено діагноз "гострий живіт". Інтоксикаційний синдром та синдром загальної запальної реакції організму підтвердили наявність абдомінального сепсису у хворого. 24 12 2001р проведена операція середньо-серединна лапаротомія. При ревізії органів очеревинної порожнини встановлено наявність серозно-фібринозного ексудату, кишечник роздутий, судини очеревини розширені. Апендикулярний відросток гангренозно змінений, на верхівці перфорація до 0,4 см в діаметрі. Проведено апендектомію, санацію та дренивання черевної порожнини. Шви зняті на восьму добу після операції. Ранніх та пізніх ускладнень післяопераційного періоду не було.