



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 58339

(13) A

(51) 7 A61B8/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ ПОСТНЕКРОТИЧНОЇ КІСТИ

1

2

(21) 2002119439

(22) 27 11 2002

(24) 15 07 2003

(46) 15 07 2003, Бюл. № 7, 2003 р.

(72) Шевчук Ігор Михайлович, Рижик Валер'ян Миколаєвич, Мошковський Геннадій Юрійович, Серна Ангеліна Михайлівна, Рєзнік Ірина Валер'янівна, Ткачук Олег Любомирович

(73) ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ, ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб діагностики гострої постнекротичної кисти, що включає ультразвукове дослідження ділянки сальникової сумки і швидкості кровотоку в селезінковій вені, який відрізняється тим, що додатково визначають об'єм ексудату в сальниковій сумці, а швидкість кровотоку в селезінковій вені визначають в зоні воріт печінки і селезінки і, якщо об'єм ексудату перевищує 250 мл, а швидкість кровотоку в ділянці воріт селезінки більша ніж 45 см/с, діагностують гостру постнекротичну кисту

Винахід відноситься до медицини, а саме до діагностики, і може бути використаний для діагностики гострої постнекротичної кисти сальникової сумки, яка є одним із ускладнень панкреонекрозу.

Відомі способи діагностики гострої постнекротичної кисти, які включають перкусію, пальпацію органів черевної порожнини, контрастне рентгенологічне дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, ендоскопічну ретроградну панкреатографію, анпмографію, ультразвукове дослідження області сальникової сумки [1, 2, 3, 4]

Недоліком цих способів є низька точність діагностики через відсутність об'єктивних показників

Найближчим аналогом являється спосіб діагностики гострої постнекротичної кисти який включає ультразвукове дослідження області сальникової сумки та вимірювання швидкості кровотоку в селезінковій вені [5]

Недоліком цього способу також є низька точність через те, що відсутні об'єктивні цифрові показники

Задачею винаходу є розробка такого способу діагностики гострої постнекротичної кисти, який за рахунок вимірювання об'єму ексудату в сальниковій сумці і визначенні швидкості кровотоку по селезінковій вені на початку утворення вени - в ділянці воріт печінки і в місці її розгалуження - в ділянці воріт селезінки, дозволив би підвищити точність діагностики

Поставлена задача вирішується тим, що в способі діагностики гострої постнекротичної кисти, який включає ультразвукове дослідження області сальникової сумки і швидкості кровотоку в селезінковій вені, згідно до винаходу, додатково визначають об'єм ексудату в сальниковій сумці, а швидкість кровотоку в селезінковій вені визначають в ділянці воріт селезінки і печінки, і якщо об'єм ексудату перевищує 250 мл, а швидкість кровотоку в ділянці воріт селезінкової вени перевищує 45 см/с діагностують гостру постнекротичну кисту

Визначення об'єму ексудату в сальниковій сумці дозволяє достовірно судити про розміри і розташування кисти, що і забезпечує підвищення точності діагностики. Цьому ж сприяє визначення швидкості кровотоку по селезінковій вені в ділянці воріт селезінки, так як в цьому місці селезінкова вена більше всього перетискається кісткою

Вказане у формулі винаходу числове значення об'єму ексудату в сальниковій сумці 250 мл і значення швидкості кровотоку по селезінковій вені в ділянці воріт селезінки 45 см/с обґрунтовані на основі клінічних ультразвукових досліджень 12 хворих. Дані зведені у таблицю

(13) A

(11) 58339

(19) UA

Таблиця

Хворий, - I/X, №	Об'єм ексудату в сальни- ковій сумці (мл)	Швидкість кровотоку по селезінковій вені в ділянці воріт селезінки (см/с)	Гостра постнекротична кіста
1	2	3	4
С, 11023	1600	173	Визначена
Ш, 6712	160	28	Не визначена
К, 16053	546	75	Визначена
Т, 13474	816	93	Визначена
М, 14484	884	105	Визначена
Яс, 6963	50	18	Не визначена
Л, 16585	250	49	Визначена
П, 16258	583	80	Визначена
Б, 6553	250	47	Визначена
М, 21831	20	18	Не визначена
В, 17206	45	18	Не визначена
К, 12600	80	19	Не визначена

Спосіб здійснюють наступним чином

Ультразвукове дослідження хворого проводиться в положенні горизонтально на спині, при спокійному диханні, натще Датчик 3,5 МГц від ультразвукового апарата типу Siemens Sonoline "Elegra" накладають на шкіру в надчеребній ділянці живота, в проекції сальникової сумки. Виявляють гостру постнекротичну кисту сальникової сумки у вигляді анехогенного утворення над підшлунковою залозою. Зображення гострої постнекротичної кисти фіксують на моніторі і вимірюють об'єм кисти. Ультразвуковий апарат переводять у кольоровий доплерівський режим і визначають рівномірність заповнення кольором просвіту селезінкової вени від воріт печінки до воріт селезінки, а також місце її максимального здавлення кистою. Ультразвуковий апарат переводять у імпульсний доплерівський режим та визначають швидкість кровотоку по селезінковій вені у ділянці воріт печінки і воріт селезінки. Швидкість кровотоку по селезінковій вені в ділянці воріт селезінки визначають в зоні максимального здавлення просвіту вени за допомогою датчика 3,5 МГц розміщеним під кутом 52-60° до поверхні тіла. Швидкість кровотоку по селезінковій вені фіксують на моніторі у вигляді цифрових монофазних кривих. Порівнюють цифрові значення об'єму гострої постнекротичної кисти та зростання швидкості кровотоку по селезінковій вені в ділянці воріт селезінки, і при об'ємі ексудату в сальниковій сумці більше 250 мл та зростанні швидкості кровотоку по селезінковій вені в ділянці воріт селезінки більше 45 см/с діагностують гостру постнекротичну кисту.

Приклад 1. Хвора Ш, 1931 року народження, карта стаціонарного хворого № 6712, поступила у хірургічне відділення обласної клінічної лікарні 10.04.01 р. зі скаргами на біль постійного характеру в надчеребній ділянці. При проведенні діагностики за найближчим аналогом визначено гостру постнекротичну кисту сальникової сумки. Згідно до запропонованого способу у хворого проведено визначення об'єму ексудату в сальниковій сумці та визначено швидкість кровотоку по селезінковій вені в ділянці воріт печінки і воріт селезінки. За цими даними об'єм ексудату в сальни-

ковій сумці становив 160 мл. У кольоровому доплерівському режимі просвіт селезінкової вени рівномірно заповнювався кольором від воріт печінки до воріт селезінки, здавлення селезінкової вени не відзначено. У імпульсному доплерівському режимі швидкість кровотоку по селезінковій вені в ділянці воріт печінки становила 18 см/с, в ділянці воріт селезінки - 28 см/с. За результатами комплексного обстеження у хворого діагностовано гострий панкреатит. Проводилося комплексне консервативне лікування. При повторному ультразвуковому дослідженні на час завершення лікування ексудату в сальниковій сумці не виявлено.

Приклад 2. Хворий С, 1967 року народження, карта стаціонарного хворого № 11023, поступив у хірургічне відділення обласної клінічної лікарні 21.06.00 р. зі скаргами на біль постійного характеру в надчеребній ділянці, блювання підвищення температури тіла. При проведенні діагностики за найближчим аналогом визначено гостру постнекротичну кисту сальникової сумки. Згідно до запропонованого способу у хворого проведено визначення об'єму ексудату в сальниковій сумці та визначено швидкість кровотоку по селезінковій вені в ділянці воріт печінки і воріт селезінки. За цими даними об'єм ексудату в сальниковій сумці становив 1600 мл. У кольоровому доплерівському режимі відзначено здавлення селезінкової вени в ділянці воріт селезінки. У імпульсному доплерівському режимі швидкість кровотоку по селезінковій вені в ділянці воріт печінки становила 21 см/с, в ділянці воріт селезінки - 173 см/с. За результатами комплексного обстеження у хворого діагностовано панкреонекроз. Проведене оперативне лікування.

За результатами дослідження гостру постнекротичну кисту діагностовано у 7 із 12 хворих, що було підтверджено наступними клінічними та інструментальними дослідженнями в той час, як із 12 хворих, які були обстежені за аналогом, при подальших дослідженнях діагноз не підтвердився у 6 хворих. Таким чином, порівняння з аналогом показує, що застосування запропонованого способу діагностики гострої постнекротичної кисти доз-

воляє підвищити точність діагностики і вибрати відповідну тактику лікування

Джерела інформації

1 Русаков В И Основы частной хирургии Т 3 - Издательство Ростовского университета, 1977 - 476 С - С 230-231

2 Шалимов С А , Радзиховский А П , Ничитайло М Е Острый панкреатит и его осложнения - К Наукова думка, 1990 - 272 С - С 39-48

3 Филин В И , Костюченко А Л Неотложная панкреатология - СПб Питер, 1994 - 416 С - С 38-41

4 Шалимов А А , Шалимов С А , Ничитайло М Е , Радзиховский А П - Хирургия поджелудочной железы - Симферополь, Таврида, 1997 - 560 С - С 53 - 55

5 Лелюк В Г , Лелюк С Э Ультразвуковая ангиология - М Реальное время, 1999 - 288 С - С 160 - ближайший аналог