



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **76783** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2012 09149**  
(22) Дата подання заявки: **25.07.2012**  
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: **10.01.2013**  
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: **10.01.2013, Бюл.№ 1**

(72) Винахідник(и):  
**Маслов Ярослав Якович (UA),  
Бондарєв Ростислав Валентинович (UA),  
Селіванов Сергій Сергійович (UA)**  
(73) Власник(и):  
**Маслов Ярослав Якович,  
пр. Леніна, 9, кв. 14, м. Алчевськ, Луганська  
обл., 94204 (UA),  
Бондарєв Ростислав Валентинович,  
вул. Коцюбинського, 12, кв. 36, м. Луганськ,  
91055 (UA),  
Селіванов Сергій Сергійович,  
вул. Коцюбинського, 12, кв. 36, м. Луганськ,  
91055 (UA)**

**(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ НЕСПРОМОЖНОСТІ ШВІВ ЕНТЕРО-ЕНТЕРОАНАСТОМОЗУ, СФОРМОВАНОГО В УМОВАХ ПЕРИТОНІТУ**

**(57) Реферат:**

Спосіб діагностики неспроможності швів ентеро-ентероанастомозу, сформованого в умовах перитоніту, включає лапароскопічну діагностику. Проводять динамічний моніторинг ультразвукового дослідження черевної порожнини і при діаметрі кишки на 4-у добу  $\leq 5$  см, товщині кишкової стінки  $\leq 4$  мм, ширині складок слизової оболонки  $\leq 4$  мм, наявності антиперистальтики і скупченні депонуючої рідини в просвіті кишечника в 3 анатомічних областях проводять лапароскопічну діагностику, а при діаметрі кишки  $> 5$  см, товщині кишкової стінки  $> 4$  мм, ширині складок слизової оболонки  $> 4$  мм, відсутності антиперистальтики і скупченні депонуючої рідини в просвіті кишечника в 1-2 областях проводять подальше консервативне лікування і динамічний моніторинг ультразвукового дослідження черевної порожнини.

**UA 76783 U**



Корисна модель належить до медицини, точніше до хірургії, і може бути використана для ранньої діагностики неспроможності швів ентеро-ентероанастомозу, сформованого в умовах перитоніту.

Відомий спосіб діагностики неспроможності швів ентеро-ентероанастомозу, коли орієнтуються на зміну кольору ексудату в результаті попадання в черевну порожнину розчину барвників (метиленового синього або діамантового зеленого), які приймають перорально або вводять через зонд, встановлений в шлунково-кишковому тракті. Недоліком цього способу є збільшення тривалості спостереження за хворим у міру видалення ділянки неспроможності кишкових швів від початкових відділів травного тракту (збільшується час, необхідний для досягнення барвником зони дефекту кишкового шва) - Белокуров Ю.Н., Гужков О. Н. Релапаротомия. Ярославль, 1998.-120 с.

Відомий спосіб лапароскопічної діагностики неспроможності кишкових швів ентеро-ентероанастомозу, свідченням до виконання якого є підозра на перитоніт. Недоліком цього способу є також збільшення тривалості часу спостереження за хворим, доки не з'являється ознаки розвитку післяопераційного перитоніту [Лапароскопические вмешательства в диагностике и лечении ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений в ургентной абдоминальной хирургии / А.М. Хаджиев и др. - Хирургия.-2007. - №8. - С. 48-51].

Спосіб лапароскопічної діагностики неспроможності швів ентеро-ентероанастомозу, свідченням до якого є підозра на перитоніт, вибраний за аналог. Недоліком аналога є збільшення тривалості часу спостереження за хворим, поки не з'являється ознаки розвитку післяопераційного перитоніту.

У основу корисної моделі поставлено задачу розробити спосіб проведення лапароскопічної діагностики неспроможності швів ентеро-ентероанастомозу, сформованого в умовах перитоніту, до розвитку ознак післяопераційного перитоніту.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі діагностики неспроможності швів ентеро-ентероанастомозу, сформованого в умовах перитоніту, що включає лапароскопічну діагностику, згідно з корисною моделлю, проводять динамічний моніторинг ультразвукового дослідження черевної порожнини і при діаметрі кишки на 4-у добу  $\leq 5$  см, товщині кишкової стінки  $\leq 4$  мм, ширині складок слизової оболонки  $\leq 4$  мм, наявності антиперистальтики і скупченні депонуючої рідини в просвіті кишечника в 3 анатомічних областях проводять лапароскопічну діагностику, а при діаметрі кишки  $> 5$  см, товщині кишкової стінки  $> 4$  мм, ширині складок слизової оболонки  $> 4$  мм, відсутності антиперистальтики і скупченні депонуючої рідини в просвіті кишечника в 1-2 областях проводять подальше консервативне лікування і динамічний моніторинг ультразвукового дослідження черевної порожнини.

Значення визначуваних при УЗД черевної порожнини таких ознак, як діаметр кишки, товщина кишкової стінки, ширина складок слизової оболонки, антиперистальтика і наявність депонуючої рідини в просвіті кишечника, дозволяє в ранні терміни діагностувати органічні порушення кишечника і своєчасно зробити лапароскопічну діагностику неспроможності швів ентеро-ентероанастомозу до розвитку післяопераційного перитоніту.

Спосіб виконують таким чином.

У післяопераційному періоді у хворих з сформованим ентеро-ентероанастомозом проводять комплекс консервативних заходів і динамічний моніторинг УЗД черевної порожнини. Якщо на 4-у добу під час УЗД черевної порожнини визначається діаметр кишки  $\leq 5$  см, товщина кишкової стінки  $\leq 4$  мм, ширина складок слизової оболонки  $\leq 4$  мм, наявність антиперистальтики і скупчення депонуючої рідини в просвіті кишечника в 3 анатомічних областях, то проводять лапароскопічну діагностику. При діаметрі кишки  $> 5$  см, товщині кишкової стінки  $> 4$  мм, ширині складок слизової оболонки  $> 4$  мм, відсутності антиперистальтики і скупченні депонуючої рідини в просвіті кишечника в 1-2 областях лапароскопічна діагностика не виконується, проводять подальше консервативне лікування і динамічний моніторинг УЗД черевної порожнини.

Запропонований спосіб був застосований на 4-у добу післяопераційного періоду при лікуванні 9 хворих, у яких був сформований ентеро-ентероанастомоз в умовах перитоніту. Неспроможність швів була діагностована у 1 пацієнта, при цьому було визначено відсутність післяопераційного перитоніту. У той же час у 5 хворих, яким виконувалася лапароскопічна діагностика за свідченнями способу - аналога, в 4 випадках, де підтверджена неспроможність швів ентеро-ентероанастомозу, був присутній післяопераційний перитоніт, що вимагало додаткових лікувальних заходів в інтра- і післяопераційному періоді.

Таким чином, запропонований спосіб лапароскопічної діагностики неспроможності швів ентеро-ентероанастомозу, сформований в умовах перитоніту, що ґрунтується на результатах показників, отриманих при динамічному моніторингу УЗД черевної порожнини, дозволяє

своєчасно діагностувати неспроможність швів ентеро-ентероанастомозу до розвитку післяопераційного перитоніту.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 5 Спосіб діагностики неспроможності швів ентеро-ентероанастомозу, сформованого в умовах перитоніту, що включає лапароскопічну діагностику, який **відрізняється** тим, що проводять динамічний моніторинг ультразвукового дослідження черевної порожнини і при діаметрі кишки на 4-у добу  $\leq 5$  см, товщині кишкової стінки  $\leq 4$  мм, ширині складок слизової оболонки  $\leq 4$  мм, наявності антиперистальтики і скупченні депонуючої рідини в просвіті кишечника в 3
- 10 анатомічних областях проводять лапароскопічну діагностику, а при діаметрі кишки  $> 5$  см, товщині кишкової стінки  $> 4$  мм, ширині складок слизової оболонки  $> 4$  мм, відсутності антиперистальтики і скупченні депонуючої рідини в просвіті кишечника в 1-2 областях проводять подальше консервативне лікування і динамічний моніторинг ультразвукового дослідження
- 15 черевної порожнини.

---

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601