



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **80895** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2013 00389**

(22) Дата подання заявки: **11.01.2013**

(24) Дата, з якої є чинними
права на корисну
модель: **10.06.2013**

(46) Публікація відомостей
про видачу патенту: **10.06.2013, Бюл.№ 11**

(72) Винахідник(и):

**Мельник Володимир Михайлович (UA),
Пойда Олександр Іванович (UA)**

(73) Власник(и):

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ,
бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA)**

(54) СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗАНЬ ДО РЕЛАПАРОТОМІЇ ПРИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНІЙ КРОВОТЕЧІ

(57) Реферат:

Спосіб визначення показань до релапаротомії при внутрішньочеребній кровотечі шляхом збору діагностичної інформації. У хворого з підозрою на внутрішньочеребну кровотечу в ранньому післяопераційному періоді за наявних основних діагностичних ознак: захисного напруження м'язів в низу живота, вмісту гемоглобіну у виділеннях з дренажів понад 30 г/л, однієї або декількох додаткових діагностичних ознак: синдрому гемодинамічних порушень, синдрому гемодилуції, визначають показання до виконання релапаротомії.

UA 80895 U

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для діагностики та визначення показань до релапаротомії при внутрішньочеревній кровотечі.

Відомий спосіб діагностики та визначення показань до релапаротомії при внутрішньочеревній кровотечі на підставі аналізу результатів клінічного обстеження хворого, зокрема, блілого обличчя, тахікардії, зменшення показників артеріального тиску, гемоглобіну, еритроцитів, об'єму циркулюючої крові [1]. Даному способу властивий недолік - значний ризик діагностичних помилок, внаслідок відсутності конкретних значень та суб'єктивної оцінки вищевказаних показників, які свідчили б про наявність внутрішньочеревної кровотечі в ранньому післяопераційному періоді та необхідність виконання невідкладної релапаротомії.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраний як прототип, є спосіб діагностики та визначення показань до релапаротомії при внутрішньочеревній кровотечі на підставі бальної оцінки кожної з наявних клінічних діагностичних ознак, результатів лабораторних методів дослідження [2]. Діагноз внутрішньочеревної кровотечі та показання до невідкладної релапаротомії встановлюють шляхом підрахунку загальної кількості балів та порівняння отриманої величини з встановленим розрахунковим коефіцієнтом, який відповідає значенню внутрішньочеревної кровотечі. Даному способу властиві недоліки:

1. Ризик діагностичних помилок внаслідок необхідності здійснення певних математичних розрахунків для встановлення діагнозу.

2. Недостатня практична цінність способу внаслідок значної тривалості діагностичного процесу, обумовленої необхідністю проведення бальної оцінки діагностичних ознак та підрахунку кількості балів.

Задача корисної моделі, що заявляється, полягає у розробці більш ефективного і досконалішого способу визначення показань до релапаротомії при внутрішньочеревній кровотечі.

Технічний результат - зменшення післяопераційної летальності у хворих, оперованих з приводу захворювань органів черевної порожнини.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі визначення показань до релапаротомії при внутрішньочеревній кровотечі шляхом збору діагностичної інформації, згідно з корисною моделлю, у хворого з підозрою на внутрішньочеревну кровотечу в ранньому післяопераційному періоді за наявних основних діагностичних ознак: захисного напруження м'язів в низу живота, вмісту гемоглобіну у виділеннях з дренажів понад 30 г/л, однієї або декількох додаткових діагностичних ознак: синдрому гемодинамічних порушень, синдрому гемодилуції, встановлюють діагноз внутрішньочеревної кровотечі та визначають показання до виконання релапаротомії.

Спосіб виконується наступним чином.

У пацієнта з підозрою на наявну внутрішньочеревну кровотечу у ранньому післяопераційному періоді шляхом збору діагностичної інформації за наявними всіма основними діагностичними ознаками: захисного напруження м'язів передньої черевної стінки - 1, вмісту гемоглобіну у виділеннях з дренажів понад 30 г/л - 2, однієї або декількох додаткових діагностичних ознак: синдрому гемодинамічних порушень - 3, синдрому гемодилуції - 4 визначають показання до виконання релапаротомії. Вірогідність наявної внутрішньочеревної кровотечі становить 98,4 %

Суть корисної моделі пояснена графічно на кресленні, на якому зображено схему запропонованої моделі визначення показань до релапаротомії при внутрішньочеревній кровотечі, де:

1 - захисне напруження м'язів в низу живота,

2 - вміст гемоглобіну у виділеннях з дренажів понад 30 г/л,
додаткові діагностичні ознаки:

3 - синдром гемодинамічних порушень,

4 - синдром гемодилуції.

Приклади практичного використання способу.

Пацієнт К. 27 років, історія хвороби № 734, оперований в клініці 23.04.2008 року з приводу гострого гангренозно-перфоративного апендициту. Виконана операція апендектомія, дренирування черевної порожнини. Через 12 годин з часу виконаної операції виник помірний біль та захисне напруження м'язів в низу живота, було відзначено збільшення виділень геморагічного характеру з дренажів до 70 мл, вміст гемоглобіну в цих виділеннях становив 37 г/л. Артеріальний тиск - 100/60 мм рт. ст., пульс - 115 ударів за хвилину. Загальний аналіз крові: гемоглобін - 106 г/л, еритроцити - $3,2 \times 10^{12}$, гематокрит - 0,33 од. Отже, у оперованого пацієнта були наявні дві основні діагностичні ознаки: захисне напруження м'язів в низу живота та

виділення рідини геморагічного характеру з дренажів, вміст гемоглобіну в якій становив 37 г/л. Крім основних діагностичних ознак була встановлена одна додаткова діагностична ознака - синдром гемодинамічних порушень, про що свідчила наявність тахікардії та зменшення артеріального тиску. Відповідно до розробленого способу визначені показання до релапаротомії. Під час виконання релапаротомії та ревізії в черевній порожнині виявлено до 200 мл крові з наявними згортками. Встановлено джерело кровотечі - артеріальна судина кукси брижі червоподібного відростка, що виникла внаслідок недостатнього гемостазу під час апендектомії. Здійснено остаточну зупинку кровотечі шляхом прошивання та перев'язки кукси брижі червоподібного відростка. В подальшому перебіг післяопераційного періоду був неускладнений, хворого виписано з хірургічного відділення на 8 добу після релапаротомії в задовільному стані для нагляду хірурга поліклініки.

Пацієнтка Р. 63 років, історія хвороби № 1014, оперована в клініці 23.06.2010 року з приводу гострого гангренозного калькульозного холециститу, місцевого підпечінкового перитоніту. З технічними труднощами внаслідок перитоніту, набряку печінково-дванадцятипалої зв'язки виконана операція - холецистектомія, дренування черевної порожнини. Через 10 годин з часу виконаної операції виник помірний біль та захисне напруження м'язів в ділянці правого підребер'я та правого фланку живота. З'явилися виділення геморагічного характеру з дренажів. Вміст гемоглобіну в цих виділеннях становив 42 г/л. Артеріальний тиск - 90/60 мм рт. ст., пульс - 120 ударів за хвилину. Загальний аналіз крові: гемоглобін - 92 г/л, еритроцити - $2,7 \times 10^{12}$, гематокрит - 0,23 од. На підставі аналізу результатів проведеного обстеження хворої було встановлено дві основні діагностичні ознаки: захисне напруження м'язів в ділянці правого підребер'я, а також виділення геморагічного характеру з дренажів з вмістом гемоглобіну 42 г/л. Також було встановлено дві додаткові діагностичні ознаки: синдром гемодинамічних порушень, на що вказувало наявність тахікардії та зменшення артеріального тиску, та синдром гемодилуції, зокрема, зменшення вмісту гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту периферичної крові. Відповідно до розробленого способу були визначені показання до релапаротомії. Релапаротомію виконано. Під час ревізії черевної порожнини встановлено наявність 300 мл крові в ділянці підпечінкового простору та правого фланку живота. Джерело кровотечі - судини ділянки ложе жовчного міхура. Виконана остаточна зупинка кровотечі шляхом діатермокоагуляції судин, що були джерелом кровотечі. Пацієнтка одужала. В задовільному стані виписана для амбулаторного лікування у хірурга поліклініки за місцем проживання.

Особливість корисної моделі у порівнянні з прототипом та іншими аналогами полягає в удосконаленні визначення показань до релапаротомії при внутрішньочеревній кровотечі шляхом визначення та інтегральної оцінки найбільш інформативних ранніх діагностичних ознак ускладнення та встановленні, на підставі цього, показань до виконання невідкладної релапаротомії.

Спосіб, що заявляється, був випробуваний на клінічній базі кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, отримані позитивні результати дають підстави рекомендувати цей спосіб в широку клінічну практику.

Джерела інформації:

1. Koehler P.R., Moss A.A. Diagnosis of Intra Abdominal and Pelvic Abscess by computerized Tomography. // Journal of the American Medical Association. - 1980. - vol. 244. - № 1. - p. 49-52.

2. Семко А.М. Объективизация состояния больного и диагностика ранних осложнений после неотложных оперативных вмешательств на органах брюшной полости. // Автореф. канд. мед. наук. - Киев. - 1983. - 20 с.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб визначення показань до релапаротомії при внутрішньочеревній кровотечі шляхом збору діагностичної інформації, який **відрізняється** тим, що у хворого з підозрою на внутрішньочеревну кровотечу в ранньому післяопераційному періоді за наявних основних діагностичних ознак: захисного напруження м'язів в низу живота, вмісту гемоглобіну у виділеннях з дренажів понад 30 г/л, однієї або декількох додаткових діагностичних ознак: синдрому гемодинамічних порушень, синдрому гемодилуції, визначають показання до виконання релапаротомії.



Комп'ютерна верстка М. Мацело

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