



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **80900** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 00394	(72) Винахідник(и): Мельник Володимир Михайлович (UA), Пойда Олександр Іванович (UA)
(22) Дата подання заявки: 11.01.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.06.2013	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.06.2013, Бюл.№ 11	

(54) СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗАНЬ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО АБСЦЕСУ

(57) Реферат:

Спосіб визначення показань до хірургічного лікування внутрішньочеревного абсцесу шляхом збору діагностичної інформації. У хворого з підозрою на внутрішньочеревний абсцес за наявних основних діагностичних ознак: локального болю в животі, температури тіла понад 38 °С, однієї або декількох додаткових діагностичних ознак: ехонегативного утворення з рідинним компонентом за даними ультразвукового дослідження, утворення з низькою денситометричною щільністю за даними комп'ютерної томографії, встановлюють діагноз абсцесу черевної порожнини та визначають показання до хірургічного лікування.

UA 80900 U

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для визначення показань до хірургічного лікування внутрішньочеревного абсцесу.

Відомий спосіб визначення показань до хірургічного лікування внутрішньочеревного абсцесу на підставі аналізу результатів ультразвукового дослідження (УЗД) та комп'ютерної томографії (КТ), що свідчать про наявність об'ємного утворення в черевній порожнині з вмістом рідини [1].

Способу властивий недолік - ризик діагностичних помилок, внаслідок неможливого проведення диференціальної діагностики на підставі результатів зазначених досліджень між абсцесом та гематомою або рідинним утворенням черевної порожнини без ознак абсцедування.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраний як прототип, є спосіб визначення показань до хірургічного лікування внутрішньочеревного абсцесу на підставі бальної оцінки кожної з наявних клінічних діагностичних ознак, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження [2]. Показання до хірургічного лікування абсцесу черевної порожнини встановлюють шляхом підрахунку загальної кількості балів та порівняння отриманої величини з встановленим розрахунковим коефіцієнтом, який відповідає значенню абсцесу.

Способу властивий недолік:

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 підрахунків кількості балів.

Задача корисної моделі, що заявляється, полягає у розробці більш ефективного і досконалішого способу визначення показань до хірургічного лікування внутрішньочеревного абсцесу.

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 хірургічного лікування внутрішньочеревного абсцесу шляхом збору діагностичної інформації, згідно з корисною моделлю, у хворого з підозрою на внутрішньочеревний абсцес за наявних основних діагностичних ознак: локального болю в животі, температури тіла понад 38 °С, однієї або декількох додаткових діагностичних ознак: утворення з низькою денситометричною щільністю за даними КТ, ехонегативного утворення з рідинним компонентом за даними УЗД, встановлюють діагноз абсцесу черевної порожнини та визначають показання до хірургічного лікування.

Спосіб виконують наступним чином.

У пацієнта з підозрою на наявний внутрішньочеревний абсцес шляхом збору діагностичної інформації за наявністю всіх основних діагностичних ознак: локального болю в животі (1), температури тіла понад 38 °С (2), та однієї або декількох додаткових діагностичних ознак: утворення з низькою денситометричною щільністю за даними КТ (3), ехонегативного утворення з рідинним компонентом за даними УЗД (4) визначають показання до хірургічного лікування. Вірогідність наявного абсцесу черевної порожнини становить 98,4 %.

Суть корисної моделі пояснена графічно.

На кресленні зображено схему запропонованої моделі визначення показань до хірургічного лікування внутрішньочеревного абсцесу, де:

основні діагностичні ознаки:

1 - локальний біль в животі,

2 - температура тіла понад 38 °С,

додаткові діагностичні ознаки:

3 - утворення з низькою денситометричною щільністю за даними КТ,

4 - ехонегативне утворення з рідинним компонентом за даними УЗД.

Приклади практичного використання способу.

Пацієнт Ю. 57 років, історія хвороби № 938, оперований в клініці 19.03.2007 року з приводу хронічного декомпенсованого колостазу. Виконана субтотальна дистальна резекція ободової кишки, формування асцендоректального анастомозу. На 9 добу післяопераційного періоду у пацієнта виник локальний біль в ділянці лівого підреб'я, висока температура тіла 38 °С. При цьому загальний аналіз крові: гемоглобін - 123 г/л, еритроцити - $4,2 \times 10^{12}$, ШОЕ - 14 мм/год., помірний лейкоцитоз - $9,4 \times 10^9$, паличкоядерні лейкоцити - 11 %, сегментоядерні - 65 %, лімфоцити - 19 %, моноцити - 5 %. За даними УЗД в лівому підреб'ї встановлено ехонегативне утворення з рідинним компонентом, діаметр утворення становив 8 см. Відповідно до розробленого способу визначення показань до хірургічного лікування внутрішньочеревного абсцесу були встановлені всі основні діагностичні ознаки, зокрема біль в животі, температура

тіла 38 °С, та одна додаткова діагностична ознака - ехонегативне утворення з рідинним компонентом за даними УЗД. Під місцевим знеболюванням під контролем УЗД була здійснена пункція абсцесу. Під час пункції отримано 110 мл гною. Проведена санація порожнини абсцесу розчином антисептику та дренування порожнини абсцесу. Хворий одужав і був виписаний з клініки через 7 днів для амбулаторного нагляду хірурга поліклініки. Проведені контрольні огляди пацієнта через 1, 3, 6 та 12 місяців з часу виписки зі стаціонару. Скарг немає, загальний стан задовільний, функція органів черевної порожнини не порушена. Пацієнт працює за фахом на попередньому місці роботи.

Пацієнт М. 54 роки, історія хвороби № 1037, оперований в клініці 19.07.2011 року з приводу родинного аденоматозного поліпозу товстої кишки. Виконана колектомія наднижка передня резекція прямої кишки, мукозектомія хірургічного анального каналу до гребінчастої лінії, формування тонко-кишкового резервуара, ілеоендоанального анастомозу. На 7 добу післяопераційного періоду пацієнт відчув біль в лівій мезогастральній ділянці, відмічено підвищення температури тіла до 38,4 °С. Загальний аналіз крові: гемоглобін - 117 г/л, еритроцити - $3,1 \times 10^{12}$, ШОЕ - 17 мм/год., лейкоцитоз - $11,3 \times 10^9$, паличкоядерні лейкоцити - 15 %, сегментоядерні - 63 %, лімфоцити - 18 %, моноцити - 4 %. За даними пальпації в лівій половині мезогастрію було визначено помірно болісний інфільтрат черевної порожнини. За даними КТ в лівій мезогастральній ділянці встановлено утворення з низькою денситометричною щільністю розміром 6×7 см. Відповідно до розробленого способу визначення показань до хірургічного лікування внутрішньочеревного абсцесу були встановлені всі основні діагностичні ознаки, зокрема біль в животі, температура тіла 38,4 °С, та дві додаткові діагностичні ознаки, а саме інфільтрат в лівій половині мезогастрію за даними пальпації та утворення з низькою денситометричною щільністю за даними КТ в лівій мезогастральній ділянці. Під місцевим знеболюванням під контролем УЗД була здійснена пункція абсцесу. Під час пункції евакуйовано 90 мл гною. Проведена санація порожнини абсцесу розчином антисептику та дренування порожнини абсцесу. Хворий одужав і був виписаний з відділення на 11 добу для подальшого амбулаторного лікування та нагляду хірурга поліклініки. Контрольні огляди пацієнта, проведені через 1, 3, 6 та 12 місяців з часу виписки зі стаціонару, свідчили про задовільний його загальний стан, відсутність порушення функції органів черевної порожнини. Пацієнт відновив роботу за фахом, повністю без обмежень виконує свої професійні обов'язки.

Особливість корисної моделі у порівнянні з прототипом та іншими аналогами полягає в удосконаленні показань до хірургічного лікування внутрішньочеревного абсцесу шляхом визначення та інтегральної оцінки найбільш інформативних ранніх діагностичних ознак ускладнення та встановленні, на підставі цього, показань до виконання хірургічного втручання.

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 Pelvis 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. - К., 1983.-20 с.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб визначення показань до хірургічного лікування внутрішньочеревного абсцесу шляхом збору діагностичної інформації, який **відрізняється** тим, що у хворого з підозрою на внутрішньочеревний абсцес за наявних основних діагностичних ознак: локального болю в животі, температури тіла понад 38 °С, однієї або декількох додаткових діагностичних ознак: ехонегативного утворення з рідинним компонентом за даними ультразвукового дослідження, утворення з низькою денситометричною щільністю за даними комп'ютерної томографії, встановлюють діагноз абсцесу черевної порожнини та визначають показання до хірургічного лікування.



Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

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