



УКРАЇНА

(19) UA (11) 30054 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 6/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ ЗАКРЕПІВ У ДІТЕЙ

1

2

(21) u200711163

(22) 09.10.2007

(24) 11.02.2008

(72) КОНОПЛИЦЬКИЙ ВІКТОР СЕРГІЙОВИЧ, UA,  
ПОГОРІЛИЙ ВАСИЛЬ ВАСИЛЬОВИЧ, UA, ЯКИ-  
МЕНКО ОЛЕКСАНДР ГРИГОРОВИЧ, UA, НЕДІЛЬ-  
СЬКА-ГОНЧАРЕНКО ОЛЬГА МИКОЛАЇВНА, UA,  
ЗУБКО ОЛЕНА ВСЕВОЛОДІВНА, UA, ДМІТРІЄВ  
ДМИТРО ВАЛЕРІЙОВИЧ, UA(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА, UA

(57) Спосіб діагностики колоректальних закрепів у дітей, що передбачає проведення іріографії, який відрізняється тим, що виконують порівняльну іріографію в боковій проекції в горизонтальному та вертикальному положеннях пацієнта, на рентгенологічному зображенні вимірюють величину аноректальних кутів в горизонтальному та вертикальному положеннях, визначають різницю між величинами аноректальних кутів в горизонтальному та вертикальному положеннях і при збільшенні показників в 1,95 рази і більше порівняно з нормою діагностують колоректальні закрепи.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії і може бути використана для діагностики первинних колоректальних закрепів у дітей, які пов'язані з вадами розвитку структур товстої кишки.

Відомий спосіб діагностики стану прямої кишки шляхом виконання дефекографії та «класичної» ірігоскопії [Зароднюк И.В. Рентгенологическая оценка анатомо-функционального состояния прямой кишки и тазового дна у больных с нарушениями дефекации: Автореф. Дис...д-ра мед. наук: 14.00.19 / Гос. НЦК ФАЗЦР. - М., 2006. - 35 с].

Недоліком відомого способу є те, що отримані результати важко інтерпретувати, особливо в визначенні норми. Відсутня єдина думка про значення рентгенологічних параметрів прямої кишки в визначенні тактики лікування хворих з порушеннями дефекації. Наведені недоліки не дозволяють чітко діагностувати причини первинних колоректальних закрепів у дітей, внаслідок відсутності визначених чітких рентген-

В основу корисної моделі «Спосіб діагностики колоректальних закрепів у дітей» поставлене завдання шляхом порівняльного контрастного дослідження параметрів дистальних відділів товстої кишки в боковій проекції в вертикальному та горизонтальному положенні визначити анатомо-функціональні зміни прямої кишки, підвищити точність діагностики.

Поставлене завдання досягається способом, що передбачає проведення іріографії, який відрізняється тим, що виконують порівняльну іріогра-

фію в боковій проекції в горизонтальному та вертикальному положеннях пацієнта, на рентгенологічному зображенні вимірюють величину аноректальних кутів в горизонтальному та вертикальному положеннях, визначають різницю між величинами аноректальних кутів в горизонтальному та вертикальному положеннях і при збільшенні показників в 1,95 рази і більше порівняно з нормою діагностують коло ректальні закрепи.

На Фіг.1,2,3,4 представлені рентгенограми, на яких зображено наступне. Фіг.1 - норма, Фіг.2 - норма. Фіг.3. - доліхосігма, Фіг.4. - доліхосігма.

Спосіб здійснюється таким чином. Виконують порівняльну іріографію в боковій проекції в горизонтальному та вертикальному положеннях пацієнта. Після отримання рентгенологічних зображень вимірюють величину аноректальних кутів. Аноректальний кут вимірювали між повздожньою віссю анального каналу та дотичною лінією, яка проводилась вздовж задньої стінки прямої кишки. Середня величина аноректального кута в нормі дорівнює  $97,2 \pm 3,2^\circ$  при горизонтальному положенні та  $98,2 \pm 1,5^\circ$  при вертикальному (Фіг.1, 2).

У дітей з аномаліями розвитку дистальних відділів товстої кишки величина аноректального кута при горизонтальному положенні в середньому складала  $114,0 \pm 3,4^\circ$ , а при вертикальному  $106,8 \pm 3,5^\circ$ .

Окремо визначалась  $\Delta$ , тобто різниця в  $^\circ$  між аноректальними кутами в вертикальному та горизонтальному положеннях.

(13) U  
(11) 30054  
(19) UA

Отримані в процесі дослідження дані наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Середні показники аноректального кута в групах порівняння (в°)

Бокова проекція Групи порівняння	Іріографія в вертикальному положенні	Іріографія в горизонтальному положенні
Основна група (n=15)	106,8±3,5	114,0±3,4
Норма (n=5)	98,2±1,5	97,2±3,2
p	<0,05	<0,01
Δ	8,6	16,8

При співставленні  $\Delta$  між вертикальним та горизонтальним положенням у дітей з аномаліями розвитку дистальних відділів товстої кишки та в нормі, встановлено, що групі дітей з аномаліями розвитку дистальних відділів товстої кишки величина індексу перевищувала в 1,95 рази нормальні показники.

Приклад. Хворий К., 11 років, історія хвороби №5597, 27.06.2006р. був госпіталізований в хірургічний стаціонар з приводу стійких закрепів, тривалістю до 3-4 днів. Дитина хворіє з 8 річного віку, коли з'явилися вище означені скарги. Після очисної підготовки товстої кишки дитині виконана іріографія в вертикальному та горизонтальному положеннях в боковій проекції. Після вимірювання

величини аноректальних кутів величина його в горизонтальному положенні складала 120°, а в вертикальному 95° (Фіг.3, 4).

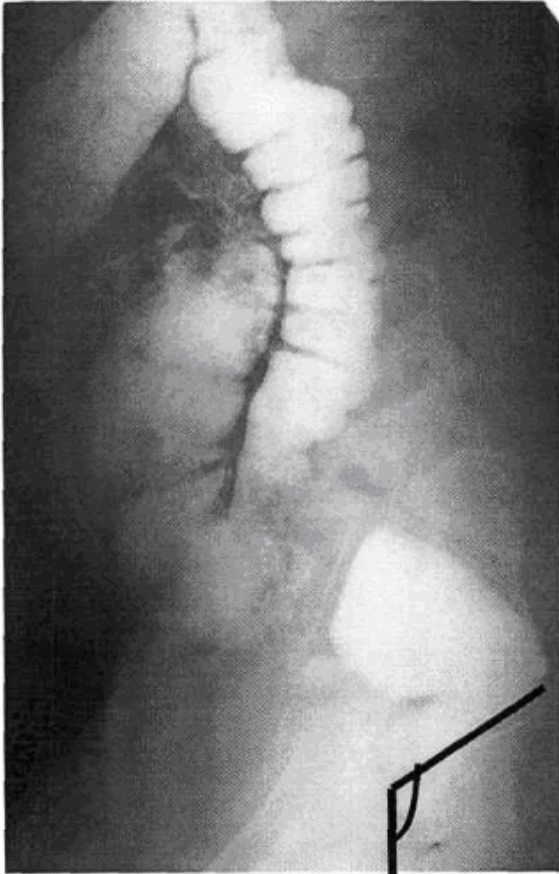
Величина індексу між різницею в аноректальних кутах при вертикальному та горизонтальному положеннях перевищувала 1,95. На основі проведеного дослідження виставлений діагноз: Вада розвитку товстої кишки. Доліхосігма. Хронічні закрепи. Дитині призначено консервативне лікування, яке значно полегшило стан дитини. При контрольному огляді через рік хворий скарг не висуває, має регулярні випорожнення. Необхідність в оперативному лікуванні відпала.



Фіг. 1

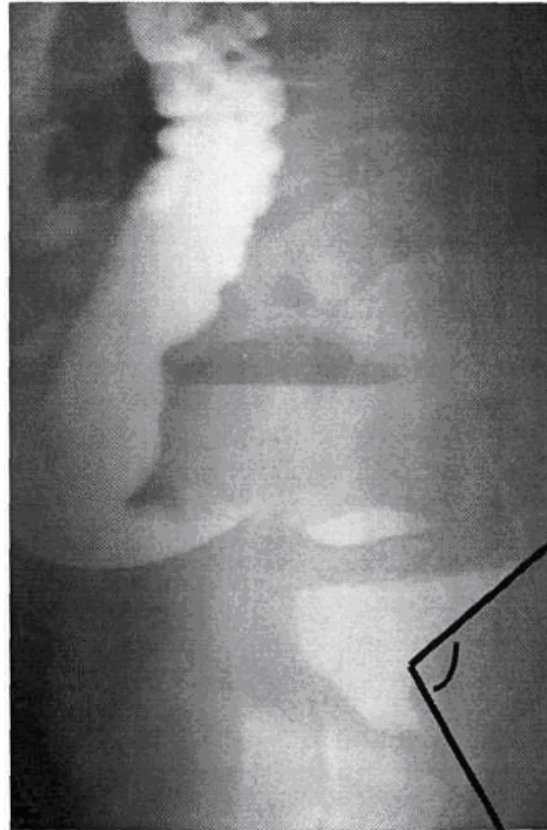


Фіг. 2



Фіг. 3

120°



Фіг. 4

95°