



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **84417** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 5/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2013 02953</p> <p>(22) Дата подання заявки: 11.03.2013</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.10.2013</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.10.2013, Бюл.№ 20</p>	<p>(72) Винахідник(и): Саволюк Сергій Іванович (UA), Годлевський Аркадій Іванович (UA), Кацал Віталій Анатолійович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(54) СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАНОВИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ТОВСТІЙ КИШЦІ

(57) Реферат:

Спосіб прогнозування ризику післяопераційних ранових ускладнень після операцій на товстій кишці включає визначення групи ризику розвитку післяопераційних ранових ускладнень на передопераційному та інтраопераційному етапах згідно з сумарною бальною оцінкою 5 параметрів (ожиріння, інтраопераційна контамінація 3-4 класу, оцінка за шкалою ASA III-IV, виконання лапаротомної операції, невідкладність втручання, кожний з яких додає до оціночної шкали 1 бал): низького (0 балів - 5 %, 1 бал - 12 %), середнього (2 бали - 18,7 %, 3 бали - 44 %), високого (4 бали - 68 %) та надвисокого (5 балів - 82 %) ризику розвитку післяопераційних ранових ускладнень.

UA 84417 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способів прогнозування післяопераційних ускладнень з боку хірургічної рани після первинних та реконструктивно-відновних втручань на товстій кишці. Може бути використана для прогнозування розвитку післяопераційних ранових ускладнень у хворих з ургентною та

5 плановою хірургічною патологією товстої кишки на передопераційному етапі, для оцінки ступеня ризику їх розвитку та здійснення адекватних лікувальних заходів щодо їх профілактики впродовж терміну передопераційної підготовки, під час здійснення первинних (ургентних чи пайових) та реконструктивно-відновних операцій та в післяопераційному періоді.

В сучасній вітчизняній та закордонній літературі відсутня чітка оціночна система

10 прогнозування ризику інфекційних ускладнень хірургічної рани після виконання первинних та реконструктивно-відновних втручань на товстій кишці.

Як прототип використано індекс хірургічної інфекції, що використовується для неспецифічної оцінки можливих гнійно-септичних ускладнень як ранових, так і внутрішньо-очеревинних (абсцеси, перитоніт) після лапаротомних та малоінвазивних втручань в ургентній та плановій абдомінальній хірургії [Брискин Б.С., Хачатрян Н.Н., Савченко З.И. Прогнозирование течения хирургических инфекций у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. 2007. - № 6. - С. 24-27; Гринчук Ф.В. Оптимізація прогнозування післяопераційних ускладнень у хворих на супровідну патологію у невідкладній абдомінальній хірургії // Acta Medica Leopoliensia. 2008. Vol. 14, № 3. С. 61-63; Дігтяр І.І. Прогнозування ускладнень загоєння гнійних ран у хворих похилого та старечого віку // Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2009. - Том 9, випуск 1 (25). С. 262 - 268], що складається з рангової оцінки наступних факторів: вік (старший 50 років), супутній цукровий діабет та ожиріння, пізня госпіталізація, негативний нутритивний статус, тривалість операції понад 3 години, імуносупресія. В пацієнтів з індексом менше 12 балів гнійно-септичні ускладнення, що спостерігаються, з 13-15 балами виникають в

15 30 %, з індексом 16-18, 19-21 та більше 22 балів - 70, 90 та 100 % відповідно [Chalita-Manzur A., Hermosillo-Sandoval J.M. Prognostic index in wound infection and abdominal sepsis//Rev. Gastroenterol. Mex. 2001. N1, Vol.66. P. 6-13].

Основним недоліком наведеного способу є його універсальність використання при всіх загальнохірургічних втручаннях на органах черевної порожнини та неспецифічний характер

20 прогностичних властивостей, що зменшує прогностичну цінність, діагностичну чутливість його використання при оперативних втручаннях на товстій кишці з приводу ургентної та планової хірургічної патології.

В основу корисної моделі "Спосіб прогнозування ризику післяопераційних ранових ускладнень після операцій на товстій кишці" поставлено задачу здійснення шляхом визначення суми балів згідно з 5 прогностично значимими параметрами (ожиріння, інтраопераційна контамінація 3-4 класу, оцінка за шкалою ASA III-IV, виконання лапаротомної операції, невідкладність втручання, кожний з яких додає до оціночної шкали 1 бал), згідно з яким хворі з ургентною та плановою патологією товстої кишки стратифікують на групи низького, середнього, високого та надвисокого ризику розвитку післяопераційних ранових ускладнень, що є показом до вибору оптимальної програми профілактики післяопераційних ускладнень та адекватних схем її реалізації до, під час, після втручань на товстій кишці.

40 Поставлена задача вирішується тим, що включає визначення групи ризику розвитку післяопераційних ранових ускладнень на передопераційному та інтраопераційному етапах згідно з сумарною бальною оцінкою 5 параметрів (ожиріння, інтраопераційна контамінація 3-4 класу, оцінка за шкалою ASA III-IV, виконання лапаротомної (відкритої) операції, невідкладність втручання, кожний з яких додає до оціночної шкали 1 бал): низького (0 балів - 5 %, 1 бал - 12 %), середнього (2 бали - 18,7 %, 3 бали - 44 %), високого (4 бали - 68 %) та надвисокого (5 балів - 82 %) ризику розвитку післяопераційних ранових ускладнень.

Спосіб прогнозування ризику післяопераційних ранових ускладнень після операцій на товстій кишці виконують наступним чином. Під час госпіталізації хворого до хірургічного стаціонару визначають суму балів, оцінюючи наявність ожиріння (1 бал), необхідність виконання невідкладного втручання (1 бал), використання лапаротомного доступу (1 бал), після огляду анестезіолога ступінь операційно-анестезіологічного ризику за шкалою ASA III-IV класи (1 бал), під час виконання оперативного втручання оцінюють ступінь інтраопераційної контамінації 3-4 клас (1 бал). Отримана сума балів дозволяє стратифікувати всіх хворих з ургентною та плановою патологією товстої кишки на групи згідно з прогнозованим ризиком післяопераційних ранових ускладнень: низького (оцінка 0 балів відповідає ризику післяопераційних ранових ускладнень 5 %, оцінка в 1 бал 12 %), середнього (оцінка 2 бали відповідає ризику післяопераційних ранових ускладнень 18,7 %, оцінка в 3 бали 44 %), високого (оцінка 4 бали

відповідає ризику післяопераційних ранових ускладнень - 68 %) та надвисокого (оцінка 5 балів відповідає ризику післяопераційних ранових ускладнень 82 %).

5 Клінічний приклад. Хвора Я. 1936 р. н., IX № 1011, госпіталізована в ургентну клініку кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова МОЗ України 26.01.2013 року з клінікою дифузного перитоніту внаслідок перфорації порожнистого органа. Після 6-годинної передопераційної інфузійної консервативної підготовки хвора за ургентними показами (1 бал) оперована шляхом відкритого втручання (1 бал), ризик за шкалою ASA IV клас (1 бал). Під час лапаротомії встановлено діагноз: пухлина сигмовидної кишки, T4N0M0, перфорація пухлини (клас контамінації 4) (1 бал), дифузний гнійно-фібринозний перитоніт, виконано резекцію сигмовидної кишки з пухлиною (операція Гартмана), дренажування черевної порожнини. Хвора віднесена до групи високого ризику розвитку післяопераційних ранових ускладнень 4 бали, що спонукало до проведення розробленого комплексу профілактичних заходів. Післяопераційний перебіг був неускладнений, операційна рана загоїлася первинним натягом, хвора в задовільному стані була виписана на 10 післяопераційну добу.

10 Запропонована корисна модель дозволяє об'єктивно оцінити ризик виникнення післяопераційних ранових ускладнень у хворих з ургентною та плановою хірургічною патологією ободової кишки, відповідно до розробленої оціночної бальної шкали стратифікувати всіх хворих на групи, згідно з прогнозованим ризиком, виникнення післяопераційних ускладнень з боку хірургічної рани, диференційовано реалізовувати відповідні до груп ризику адекватні заходи та технології профілактики післяопераційних ускладнень, забезпечуючи неускладнений післяопераційний перебіг та зменшуючи терміни стаціонарного лікування.

25 ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб прогнозування ризику післяопераційних ранових ускладнень після операцій на товстій кишці, який характеризується тим, що включає визначення групи ризику розвитку післяопераційних ранових ускладнень на передопераційному та інтраопераційному етапах згідно з сумарною бальною оцінкою 5 параметрів (ожиріння, інтраопераційна контамінація 3-4 класу, оцінка за шкалою ASA III-IV, виконання лапаротомної операції, невідкладність втручання, кожний з яких додає до оціночної шкали 1 бал): низького (0 балів - 5 %, 1 бал - 12 %), середнього (2 бали - 18,7 %, 3 бали - 44 %), високого (4 бали - 68 %) та надвисокого (5 - балів 82 %) ризику розвитку післяопераційних ранових ускладнень.

Комп'ютерна верстка Л. Ціхановська

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