



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 4668

(13) U

(51) 7 A61B10/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ ЗА БУДНЮКОМ О.О.

1

2

(21) 20040806370

(22) 02.08.2004

(24) 17.01.2005

(46) 17.01.2005, Бюл. № 1, 2005 р.

(72) Буднюк Олександр Олександрович

(73) Одеський державний медичний університет

(57) Спосіб діагностики гастроудоденальних кровотеч шляхом визначення симптому Бергмана або

анемії, який відрізняється тим, що додатково хворого укладають на спину, фіксують при цьому скарги хворого на нестерпний, пекучий біль в поперековій ділянці, проводять аускультацию кишечника, далі хворого перевертають на живіт і при зменшенні болю, зниженні перистальтики визначають гастроудоденальну кровотечу.

Корисна модель відноситься до області медицини, а саме медицини невідкладних станів, і може бути використана для діагностики гастроудоденальних кровотеч.

Відомий спосіб діагностики гастроудоденальних кровотеч фіброгастроудоденоскопія, в якому за допомогою фіброгастроудоскопа досліджують слизову оболонку шлунку та дванадцятипалої кишки [1].

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є симптомокомплекс, який включає симптом Бергмана, блювання "кавовою гущею" і мелену [2].

Але вказані способи мають ряд недоліків: використання ургентної фіброгастроудоденоскопії не можливе на догоспідальному етапі, а також в багатьох лікувальних закладах, особливо в центральних районних лікарнях. Крім того, вищевказаний симптомокомплекс не завжди виявляється. Так, блювання "кавовою гущею" реєструється у 39,5% хворих, а мелена є відносно пізньою ознакою, яка з'являється через 4-6-12 і більше годин після початку кровотечі.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу діагностики гастроудоденальних кровотеч шляхом додаткового застосування до традиційних ознак гастроудоденальної кровотечі дослідження симптому болю у хворого в спеціальному положенні, а також аускультация кишечника, що дозволить підвищити точність діагностики в латентному періоді гастроудоденальної кровотечі.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно винаходу, додатково хворого укладають на спину, фіксують при цьому скарги хворого на не-

стерпний, пекучий біль в поперековій ділянці, проводять аускультацию кишечника, далі хворого перевертають на живіт і при зменшенні болю і зниженні перистальтики відзначають гастроудоденальну кровотечу.

Спосіб виконується наступним чином

Хворого з ознаками латентної кровотечі укладають на спину, фіксують при цьому скарги хворого на нестерпний, пекучий біль в поперековій ділянці, проводять аускультацию кишечника, далі хворого перевертають на живіт і при зменшенні болю і зниженні перистальтики визначають гастроудоденальну кровотечу.

За запропонованим способом здійснено діагностику 5 хворим з гастроудоденальною кровотечею.

Приклад 1. Хворий Н., був госпіталізований у відділення інтенсивної терапії через 3 доби після планової операції (металоостеосинтез правого стегна). Діагноз: Закритий перелом правого стегна. Гостра серцево-судинна недостатність. При огляді: стан хворого тяжкий. Скарги на загальну слабкість. Свідомість - ясна. Блідість шкіряних покривів та слизових оболонок. Артеріальний тиск - 100/65 мм рт.ст., пульс - 100 уд/хв. Перистальтика кишечника знижена. Загальний аналіз крові - нормохромна анемія. Інтенсивна терапія: гемотрансфузійна терапія (еритромаса), малооб'ємна інфузійна терапія, гемостатики, знеболювання, симптоматична терапія. Через 2 години після госпіталізації у відділення у хворого з'явилися скарги на нестерпний, пекучий біль в поперековій ділянці. Через 8 годин з'явилися ознаки тяжкого геморагічного шоку, що супроводжувались блюванням "кавовою гущею" та меленою. Не дивлячись на про-

(13) U

(11) 4668

(19) UA

ведену інтенсивну терапію хворий помер. При патологоанатомічному дослідженні з'ясувалось, що у хворого були стресові ерозії-виразки шлунку та дванадцятипалої кишки, а весь кишечник був переповнений кров'ю.

Приклад 2. Хвора К., була переведена у відділення інтенсивної терапії із відділення терапії. Діагноз: Мієломна хвороба. Анемія. Гостра судинна недостатність. При огляді: стан хворої тяжкий. Скарги на загальну слабкість та нестерпний, пекучий біль в поперековій ділянці. Свідомість - ясна. Блідість шкіряних покривів та слизових оболонок. Артеріальний тиск - 95/70 мм рт.ст., пульс - 96 уд/хв. Перистальтика кишечника знижена. Загальний аналіз крові - нормохромна анемія. Хворій зразу проведена фіброгастродуоденоскопія: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ознак кровотечі, яка продовжується, немає. Інтенсивна терапія; гемотрансфузійна терапія (еритромаса), малоспецифічна інфузійна терапія, гемостатики, зне-

болювання, симптоматична терапія. Хвору переведено до хірургічного відділення і виписано з лікарні у задовільному стані.

В порівнянні з прототипом, запропонований спосіб дає спроможу діагностувати в латентному періоді гастродуоденальну кровотечу, що дозволяє знизити летальність, кількість діагностичних помилок та тривалість перебування хворого у лікарні.

Література:

1. Белый В.Я., Чернев В.Н., Насташенко И.Л. и др. Эндоскопическая диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений // Украинський журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. - 2001. - Vol.5;1. - С.10.

2. Руководство для врачей скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. - 3-е изд., перераб. и доп. - СПб.: «Невский Дialect», 2001. - С.281-233.