



УКРАЇНА

(19) UA (11) 14600 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ УРАЖЕНОЇ СУДИНИ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ КРОВОТЕЧІ

1

2

(21) u200511668

(22) 08.12.2005

(24) 15.05.2006

(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.

(72) Мішалов Володимир Григорович, Лещишин
Іван Михайлович, Бик Павло Леонідович, Федоров
Олександр Володимирович, Маркулан Леонід
Юрійович

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ.О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб визначення ураженої судини при виразковій кровотечі, що включає проведення селективної ангіографії, який **відрізняється** тим, що до проведення ангіографії на слизову навколо виразки за допомогою ендокліпатора встановлюють 3 металеві кліпси у вигляді трикутника, які під час проведення ангіографії чітко візуалізуються, а судина, що лежить під ними та проектується в утворений умовний трикутник, є ураженою.

Корисна модель, що заявляється, стосується медицини, точніше хірургії і таких її розділів, як абдомінальна та рентген-ендоваскулярна хірургія, і призначена для покращення результатів профілактики рецидиву шлунково-кишкових кровотеч виразкової етіології шляхом ендоваскулярної емболізації уражених судин при ендоскопічній картині Forest-II, зменшення ускладнень при цій групі оперативних втручань.

В останні 10 років в Україні та світі спостерігається значне збільшення кількості рентген-ендоваскулярних втручань, які виконуються для зупинки різної етіології кровотеч з травного каналу а також з метою профілактики їх рецидиву. Аналіз існуючих способів визначення уражених судин при кровотечах виразкової етіології за допомогою ангіографічних методик показує їх недостатню точність, особливо в тих випадках, коли кровотеча зупинилась до проведення дослідження, при ангіографії часто не вдається встановити відповідальну за кровотечу судину а отже і ефективно емболізувати її з метою профілактики рецидиву.

Так, відомі ангіографічні способи індикації місця кровотечі та визначення ураженої судини зводяться до встановлення протікання контрастної речовини а при ендоскопічній картині Forest-II - до виявлення дефекту судин, які знаходяться в зоні, у якій при ендоскопії виявлено тромб [2]. Недоліками цих способів є те, що у разі відсутності протікання контрасту не завжди вдається виявити зміни в судинах, які можуть бути джерелом кровотечі.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб визначення судини, що була джерелом

кровотечі за допомогою селективної ангіографії [1], при якому визначають дефект заповнення контрастом судини (орієнтовно -місце тромбозу дефекту стінки судини) та інфільтрацію контрастом стінки органу і підтікання в його просвіт, якщо тромб рихлий і є незначне просочування через нього крові. Недоліками способу-прототипу є його невисока точність, особливо коли джерелом кровотечі були відносно малі судини, при відсутності протікання контрасту часто не вдається співставити місце локалізації тромбу, яке встановлене ендоскопічне з візуалізованими при ангіографії судинами, оскільки тромб на дні виразки не є рентгенконтрастним, тому не може виконувати функції „мітки”.

Задача, яка вирішується способом, що заявляється, полягає у підвищенні ефективності встановлення ураженої судини та профілактики рецидиву кровотечі з неї шляхом її ендоваскулярної емболізації.

Технічний результат, що досягається, буде полягати у можливості одночасно візуалізувати як ділянку, на якій при ендоскопії виявлено виразковий дефект, так і судини, що проходять під ним та є можливим джерелом кровотечі.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є застосування в якості „міток” ділянки виразкової кровотечі металевих кліпс, що встановлюють на слизову навколо виразки за допомогою ендокліпатора перед проведенням ангіографії і які чітко візуалізуються на моніторі ангіографа. За доступними літературними даними такий спосіб

(13) U

(11) 14600

(19) UA

індикації місця кровотечі виразкової етіології невідомий.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі визначення ураженої судини за допомогою селективної ангіографії згідно винаходу до проведення ангіографії на слизову навколо виразки за допомогою ендокліпатора встановлюють 3 металеві кліпси у вигляді трикутника, які під час проведення ангіографії чітко візуалізуються, а судина, що лежить під ними та проектується в утворений умовний трикутник є ураженою.

Запропонований спосіб визначення ураженої судини при виразкових кровотечах здійснюється наступним чином.

Хворому проводять фіброгастродуоденоскопію, під час якої на слизову навколо виразкового дефекту, що був причиною кровотечі за допомогою ендокліпатора накладають 3 металеві кліпси так, щоб вони розміщувались у вигляді трикутника. В той же день пацієнта переводять в ангіографічну операційну, де йому виконують ангіографію, за допомогою якої визначають уражену судину, що розміщена під кліпсами та проектується в трикутник, що ними утворений. З метою профілактики рецидиву кровотечі проводять емболізацію цієї судини. В післяопераційному періоді проводять стандартну противиразкову терапію.

Конкретний приклад застосування

Хвора Ш. Вік - 40 років. Історія хвороби №3021669.

Поступила 10.05.2005 о 9:10 у відділення абдомінальної та лапароскопічної хірургії централь-

ної міської клінічної лікарні м.Києва в ургентному порядку з діагнозом: „шлунково-кишкова кровотеча“. При проведенні фіброгастродуоденоскопії шлунок заповнений згустками крові, в астральному відділі виявлено виразку овальної форми 5*8мм, на дні знаходиться тромб. За допомогою ендокліпатора на слизову навколо виразки встановлено 3 срібні кліпси. Під час проведення целіакографії (протокол операції №133-104 від 10.05.2005р.) під ділянкою розміщення кліпс виявлено гілку а.gastrica dextra, яку було емболізовано за допомогою емболізаційної спіралі. В післяопераційному періоді проводили стандартну противиразкову терапію. Рецидиву кровотечі не було. Виписана 21.05.2005 з одужанням.

За період з 2002 по 2005 рік у клініці кафедри госпітальної хірургії №2 з курсом судинної та грудної хірургії було проліковано способом, що заявляється, 15 хворих з аналогічним діагнозом. За час спостереження рецидив кровотечі спостерігався лише в 1 пацієнта.

Джерела інформації

1) Geoffrey S. Hastings, MD. Angiographic localization and transcatheter treatment of Gastrointestinal Bleeding. Radiographics. 2000;20:1160-1168.

2) Kruger K, Heindel W, Dolken W, Landwehr P, Lackner K. Angiographic detection of gastrointestinal bleeding: an experimental comparison of conventional screen-film angiography and digital subtraction angiography. Invest Radiol 1996; 31:451-457.