



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **17249** (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) ПРОЦЕС ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКУ, ЯКІ УСКЛАДНЕНІ ПРОФУЗНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ**

1

2

(21) u200603325

(22) 27.03.2006

(24) 15.09.2006

(46) 15.09.2006, Бюл. № 9, 2006 р.

(72) Бойко Валерій Володимирович, Авдосьєв

Юрій Володимирович, Белозьоров Ігор Вікторович

(73) ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ  
ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Процес лікування злоякісних захворювань товстого кишечника, які ускладнені профузною

кровотечею, що включає суперселективне введення катетера і проведення по ньому внутрішньоартеріальної хіміотерапії, який **відрізняється** тим, що катетер вводять у внутрішню здухвинну артерію нижче відходження верхньої сідничної артерії, при цьому попередньо підводять другий катетер максимально близько до кровотокової судини до її заклинювання, проводять по ній внутрішньоартеріальну гемостатичну терапію і вводять вазоконстриктори.

Корисна модель стосується абдомінальної хірургії і може бути використана для лікування злоякісних захворювань товстого кишечника, які ускладнені профузною кровотечею, як самостійна операція або як підготовчий етап перед виконанням традиційних хірургічних операцій.

Відомий процес лікування захворювань товстого кишечника, які ускладнені профузною кровотечею [див. Л.Ф.Никишин и соавт. Лечение острых желудочно-кишечных кровотечений методами рентгеноэндоваскулярной хирургии.- Матеріали доповідей Пленума Ради Асоціації "Рентгенохірургія невідкладних станів. Нове в інтервенційній радіології". - К.- 1997.- С.84- 87]. Він включає селективне введення катетера в артерію, яка кровоточить, проведення по ньому емболізації судини за допомогою синтетичних емболів і внутрішньоартеріальну гемостатичну терапію. Катетер вводять до верхньої або нижньої брижової артерії, в залежності від локалізації джерела кровотечі.

Спосіб дозволяє зупинити кишечну кровотечу, але введення синтетичних емболів пов'язане з розвитком ішемічних ускладнень (некрозу кишки). Емболізація крупної судини при її селективній катетеризації пов'язана з виключенням функціонування великого об'єму органу (кишечника), що вкрай небажано у хворих з кишечною кровотечею. При злоякісному ураженні товстого кишечника, якщо джерелом кровотечі є пухлина, емболізація артерії синтетичними емболами особливо небажана, оскільки і без того є зона ішемії, тобто відбувається процес посилення ступеня ішемії.

Найбільш близьким до корисної моделі є процес лікування злоякісних захворювань товстого кишечника, який описано в статті В. В. Приймака та співавт. "Неоадьювантная селективная внутриартериальная полихимиотерапия в комбинированном лечении больных местнораспространенным раком ободочной кишки" [див. Матеріали доповідей Пленума Ради Асоціації "Нові технології ендоваскулярної хірургії. Інтервенційна радіологія в онкології, гепатології та гематології". - К. - 1999. - С. 165-170]. Він включає суперселективне введення катетера в артерію, яка постачає кров до пухлини, а також проведення по ньому внутрішньоартеріальної хіміотерапії.

Згадане рішення дозволяє цілеспрямовано здійснювати перфузію крізь пухлину всієї дози хіміопрепарату, що різко знижує загальнотоксичну дію на організм пацієнта. Але цей спосіб непридатний в ургентній ситуації для випадка лікування хворих з профузною кровотечею із брижових судин в отвір кишечника, оскільки оперувати на висоті кровотечі загрозовано для життя у зв'язку з високим ризиком розвитку некрозу кишечника.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення удосконаленого процесу лікування злоякісних захворювань товстого кишечника, які ускладнені профузною кровотечею, що дозволяє здійснювати хірургічне лікування даної групи хворих в ургентній ситуації, тобто виконувати гемостаз і стабілізувати стан хворого для подальшого лікування.

(13) **U**  
(11) **17249**  
(19) **UA**

Поставлене завдання вирішується тим, що в процесі лікування злоякісних захворювань товстого кишечника, які ускладнені профузною кровотечею, що включає суперселективне введення катетера і проведення по ньому внутрішньоартеріальної хіміотерапії, згідно з корисною моделлю катетер вводять у внутрішню здухвинну артерію нижче відходження верхньої сідничної артерії. При цьому попередньо підводять другий катетер максимально близько до кровоточивої судини до її заклинювання, проводять по ній внутрішньоартеріальну гемостатичну терапію і введення вазоконстрикторів.

Введення другого катетера максимально близько до кровоточивої судини до її заклинювання, проведення по ній внутрішньоартеріальної гемостатичної терапії дозволяє зупинити кровотечу за рахунок впливу гемостатика на весь басейн кровоточивої судини. Введення катетера до внутрішньої здухвинної артерії нижче відходження верхньої сідничної артерії, проведення по ньому внутрішньоартеріальної хіміотерапії дозволяють виконати опосередкований гемостаз за рахунок токсичної дії, яка спазмує судини пухлини третього та четвертого порядків.

Заявнику невідомо застосування хіміопрепарату з метою гемостазу. При цьому необхідно мати на увазі, що внутрішньоартеріальне введення хіміопрепарату супроводжується сильною больовою реакцією внаслідок хімічного опіку препаратом стінки судини, що нерідко призводить до переривання курсу внутрішньоартеріального лікування. В корисній моделі цей негативний ефект використовується для опосередкованого гемостазу (за рахунок спазму судин). З іншого боку, підвищується ефективність хіміотерапії (за рахунок спазму судин відбувається більш довгострокове перебування в пухлині хіміопрепарату, який пригнічує її зростання). Тобто в запропонованому рішенні не тільки негативна побічна дія препарату використовується як позитивна, але і досягається синергічний ефект, який полягає в сумісній зупинці кровотечі та протипухлинному лікуванні.

Приклад виконання способу ілюструється кресленням, на якому зображена біфуркація черевної аорти із здухвинними артеріями під час проведення процесу.

Докладний опис даного процесу суміщено з прикладом його конкретного виконання.

Хвора Б., 75 років, поступила до клініки ІЗНХ АМНУ в ургентному порядку зі скаргами на болі в задньому проході, порушення дефекації та виділення крові із заднього проходу. Із анамнезу відомо, що у пацієнтки Б. протягом 2005 року відмічалась затримка стулу (застосовувала очисні клізми). У 2004р. перенесла інфаркт міокарду. З 1980 року страдає на цукровий діабет. При ректа-

льному обстеженні - варикозне розширення гемоїдальних вен. На 4,0см від ануса виявлено циркулярну, бугристу, тверду на щуп пухлину, закриваючу частково просвіт кишки. На перчатці кал красного кольору. При ректороманоскопії на 3,0см від ануса по передній стінці з переходом на праву бокову стінку виявлено пухлинне новоутворення, що кровоточить, до 5,0см у діаметрі. Взята біопсія. Встановлено діагноз: Рак прямої кишки. Гостра кишкова кровотеча III ст. ІХС. Атеросклероз. Цукровий діабет. У зв'язку з тяжкістю стану хвора госпіталізована у реанімаційне відділення, де їй проводилася інтенсивна гемостатична терапія. У зв'язку з тривалою кровотечею, хворій було виконано рентгенхірургічне втручання.

Під місцевою анестезією Sol. Novocaini 0,5%-40,0мл виконано катетеризацію нижньої брижової артерії 4 ангиографічним катетером 1 із правого черезстегового доступу. Виконана діагностична артеріографія, під час якої виявлена злоякісна ураження прямої кишки з екстравазацією контрастної речовини у отвір прямої кишки. Катетер 1 суперселективно проведено в верхню прямокишкову артерію 5. Після проведення діагностичної артеріографії та виявлення джерела кровотечі 3 катетер 1 проведено суперселективно в дистальні відділи верхньої прямокишкової артерії 5 до її заклинювання. В верхню прямокишкову артерію введено 4,0 діцінона, 50,0 5% розчину ЕАКК. На серії контрольних артеріограмм після введення вазоконстрикторів визначається спазмування дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії; даних за екстравазацію контрастної речовини не виявлено. Катетер 1 залишено в ділянці даної артерії для проведення внутрішньоартеріальної гемостатичної терапії та введення вазоконстрикторів. Потім виконана катетеризація лівої внутрішньої здухвинної артерії 6 із лівого черезстегового доступу ангиографічним катетером 2. Останній проведено суперселективно нижче відходження верхньої сідничної артерії 7 і залишено в артерії для проведення внутрішньоартеріальної хіміотерапії. Катетери видалено через 5 діб. Рецидиву кровотечі після виконання рентген хірургічного втручання не було.

Через 7 діб після виконання рентгенхірургічного втручання хвора була оперована в плановому порядку. Виконана сігмостомія по Майдлю. Після операційний період - без ускладнень. Хвору через 20 діб виписано у задовільному стані.

Таким чином, зазначений метод дозволяє здійснювати лікування злоякісних захворювань товстого кишечника, які ускладнені профузною кровотечею, в ургентній ситуації, тобто виконувати гемостаз і стабілізувати стан хворого для подальшого лікування. Проведені в клініці ІЗНХ АМНУ операції показали ефективність запропонованого процесу.

