



УКРАЇНА

(19) UA (11) 12470 (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 ВІДНОВЛЕННЯ ПРОХІДНОСТІ СТРАВОХОДУ ТА КАРДІАЛЬНОЇ ЧАСТИНИ ШЛУНКА

1

2

(21) u200506667

(22) 07.07.2005

(24) 15.02.2006

(46) 15.02.2006, Бюл. № 2, 2006 р.

(72) Бурий Олександр Миколайович, Назаренко
Олександр Юрійович, Крошук Володимир Воло-
димирович(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб відновлення прохідності стравоходу та кардіальної частини шлунка, що включає декілька сеансів деструкції новоутворень лазерним випромінюванням через фіброгастроскоп з введенням у пухлину перед кожним сеансом протеолітичних ферментів, який **відрізняється** тим, що після кожного сеансу деструкції новоутворень виконують бужування стравоходу та кардіальної частини шлунка під контролем фіброгастроскопа.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні хворих з неоперабельними обтуруючими злоякісними пухлинами стравоходу та кардіальної частини шлунку.

Відомий спосіб відновлення прохідності стравоходу та кардіальної частини шлунку включає лазерну ендоскопічну реканалізацію з введенням в пухлину протеолітичних ферментів [Патент UA №9738 А - Спосіб відновлення прохідності стравоходу. Оубл. 30.09.96р. Бюл. №3].

Недоліком аналога є довші строки реканалізації, обумовлені очікуванням відторгнення некротизованих тканин між сеансами.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу відновлення прохідності стравоходу та кардіальної частини шлунку, який за рахунок додаткового бужування забезпечував би скорочення строків реканалізації та покращення якості життя пацієнтів.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі відновлення прохідності стравоходу та кардіальної частини шлунку, який включає декілька сеансів деструкції новоутворень лазерним випромінюванням через фіброгастроскоп з введенням в пухлину перед кожним сеансом протеолітичних ферментів, згідно корисної моделі після кожного сеансу деструкції новоутворень виконують бужування стравоходу та кардіальної частини шлунку під контролем фіброгастроскопа.

Додаткове бужування стравоходу та кардіальної частини шлунку під контролем ендоскопу дозволяє прискорити відновлення прохідності, так як

за допомогою механічного просування бужа покращується прохідність стравоходу.

Спосіб виконують наступним чином.

За допомогою фіброгастроскопу через інструментальний канал вводять кварцполімерний світловод для підведення випромінювання неодимового лазера на алюмоіттрієвому гранаті (установка "Радуга") з довжиною хвилі 1,064мкм та максимальною вихідною потужністю 55Вт. Під візуальним контролем короткими імпульсами виконують руйнування пухлини. В кінці кожного сеансу лазерної ендоскопічної реканалізації виймають світловод і вводять спеціальний катетер, який має перехідник для підключення шприцу на проксимальному кінці та за допомогою ін'єкційної голки на дистальному кінці, через який вводять 3-5 ін'єкцій в пухлину по 5мг хімопсину на 1мл фізрозчину в кожну точку (в середньому 7-8 точок). Через добу сеанс повторюють з наступним бужуванням стравоходу до повного відновлення прохідності стравоходу. В якості бужа може бути використаний дистальний кінець фіброгастроскопу.

Приклад 1

Хворий А., 63 років, історія хвороби №2029 поступив 5.04.2005р. поступив у відділ хірургії стравоходу, шлунку та кишечника інституту зі скаргами на погану прохідність їжі, втрату ваги. Хворіє біля 1,5 місяця. Стан хворого середнього ступеню важкості. Шкіра та видимі слизові блідо-рожевого кольору. Пульс - 72уд/хв., артеріальний тиск - 130/70мм рт.ст. Тони серця ритмічні. В легенях - чисте дихання. Живіт правильної форми, при пальпації м'який, безболісний. Симптом Пастернаць-

(19) UA (11) 12470 (13) U

кого негативний з обох боків. Загальний аналіз крові (6.04.05): еритроцити - $3,7 \times 10^{12}$, Hb 108г/л, кольоровий показник - 0,8, лейкоцити - $8,4 \times 10^9$, СОЭ - 24мм/год.

6.04.2005р. ЕГДФС: Стравохід прохідний до рівня 30см від різців. Надалі проріз його обтурований до 0,5см в діаметрі бугристою пухлиною, розташованою циркулярно і ендоскопом непрохідний. Тканини пухлини контактно легко кровоточать. Заключення: Рак середньої третини стравоходу.

Хворому проведено 4 сеанси лазерної ендоскопічної реканалізації з бужуванням стравоходу, в результаті чого прохідність їжі по стравоходу значно покращилась. Хворий почав приймати не тільки рідку, але й тверду їжу, що покращало якість його життя. 15.04.2005р. хворий в задовільному стані виписаний додому.

Приклад 2

Хворий Д., 78 років, історія хвороби №2509 поступив 27.04.2005р. у відділ хірургії стравоходу, шлунку та кишечника інституту зі скаргами на більові відчуття помірного характеру в епігастральній області, важкість ковтання рідкої їжі, виражене схуднення за короткий час, анорексію, загальну астеною, диспептичні розлади. Вважав себе хворим на протязі 4-ти місяців, коли вперше з'явилося утруднення при ковтанні твердої їжі. Стан хворого важкий, зниженого харчування. Шкіра та видимі слизові бліді, сірого відтінку. Периферичні лімфовузли не збільшені. Набряків нема. Тони серця приглушені, ритмічні. Пульс 74уд/хв, задовільних властивостей, артеріальний тиск 125/75мм рт.ст. В легенях дихання везикулярне, хрипів нема. Живіт неправильної форми - втягнутий, приймає участь в

акті дихання, при пальпації помірно болісний в епігастральній області, де пальпується щільне новоутворення. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Загальний аналіз крові (28.04.05): еритроцити - $3,6 \times 10^{12}$, Hb 102г/л, кольоровий показник - 0,8, лейкоцити - $11,0 \times 10^9$, СОЭ - 25мм/год.

27.04.2005 ЕГДФС: стравохід прохідний до рівня 36см від різців, далі проріз звужений до 0,3см бугристою пухлиною і ендоскопом непрохідний, тканини пухлини контактно легко кровоточать, взята біопсія. Заключення: Рак нижньої третини стравоходу та кардії, ускладнене стенозом. Ракова кахексія.

Хворому проведено 5 сеансів лазерної ендоскопічної реканалізації з бужуванням стравоходу та кардіальної частини шлунку, в результаті чого досягнуто вираженої реканалізації на рівні нижньої третини стравоходу та кардії. Хворий може приймати як рідку, так і тверду їжу, що покращило якість його життя.

13.05.2005р. хворий виписаний в задовільному стані під спостереження дільничного онколога.

З використанням запропонованого способу проведено 56 курсів реканалізації стравоходу та кардіальної частини шлунка. Відновлення прохідності стравоходу досягли у 52 хворих. Середня тривалість курсу реканалізації склала 6 діб, в той час як у 52 хворих із контрольної групи, у яких бужування не застосовувалось, - 11 діб.

Таким чином, порівняння з аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє скоротити строки лазерної ендоскопічної реканалізації.