



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **14106** (13) **U**  
(51) **МПК (2006)**  
**A61M 29/00**  
**A61B 1/313**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ДЕКОМПРЕСІЙНОГО СТЕНТУВАННЯ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗУ ПІД БІВІЗУАЛЬНИМ КОНТРОЛЕМ**

1

2

(21) а200509322

(22) 04.10.2005

(24) 15.05.2006

(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.

(72) Слонецький Борис Іванович, Шуляренко Олег Володимирович, Шуляренко Володимир Адамович, Каліновський Вячеслав Валерійович

(73) Слонецький Борис Іванович, Шуляренко Олег Володимирович, Шуляренко Володимир Адамович, Каліновський Вячеслав Валерійович

(57) Спосіб декомпресійного стентування пілородуоденального стенозу під бівізуальним контролем, що включає усунення ділянки звуження після введення у шлунок ендоскопа, який **відрізняється** тим, що розширення ділянки пілородуоденального звуження виконують за допомогою сплаву нікеліду титану у вигляді розтягнутого подовженого дроту та проводять під контролем лапароскопа, введеного у черевну порожнину.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургічної гастроентерології і може використовуватись з метою доопераційної підготовки в розрізі ентерального харчування у хворих з декомпенсованим пілородуоденальним стенозом.

Відомий спосіб корекції звужень пілородуоденальної зони під контролем ендоскопу (1) виконується наступним чином: хворий лежить на лівому боці, ноги напівприведені, через біопсійний канал ендоскопу проводяться щипці, які захоплюють лігатуру на кінці балонного катетера. Всю конструкцію вводять в стравохід, а потім в шлунок. Під візуальним контролем встановлюють балон в місце звуження. Через катетер шприцем в балон нагнітається рідина під тиском, яка утримується в балоні протягом 5-8 хвилин.

Недоліками вищезазначеного способу є:

1) відсутність зовнішнього контролю за дилатацією стенозованої пілородуоденальної зони;

2) неможливість застосування у пацієнтів з набряко-функціональним декомпенсованим пілородуоденальним стенозом у зв'язку з відсутністю можливості проведення балону через ділянку стенозу;

3) коротка терміновість дилатації (5-8 хвилин). Після припинення дії балонної дилатації звуження відновлюється;

4) можливість пошкодження стінки балону, що виготовляється із поліетиленової плівки.

Задачею корисної моделі є розробка способу декомпресійного стентування пілородуоденально-

го стенозу під бівізуальним контролем котрий дозволяє усунути місце звуження та сприяє поновленню ентерального харчування у передопераційному періоді у важких хворих.

Вирішення поставленої задачі досягається тим, що, як і в способі корекції звужень пілородуоденальної зони під контролем ендоскопу, у шлунок вводиться ендоскоп але, згідно з корисною моделлю, пацієнту попередньо по білій лінії черевної стінки над пупком вводять лапароскоп, за допомогою котрого контролюють стентування ділянки пілородуоденального стенозу, крім того для розширення ділянки звуження використовують сплав нікеліду титану у вигляді розтягнутого продовженого дроту, що проводиться через стенозуючу ділянку, котрий набирає вигляд пружини при температурі тіла людини чим і розширює просвіт самого звуження.

Заявляємий спосіб виконуємо наступним чином: хворий лежить на спині з незначним нахилом на лівий бік, головний кінець операційного столу дещо піднятий по білій лінії черевної стінки над пупком вводять лапароскоп, а в подальшому у шлунок вводиться ендоскоп та стент у вигляді подовженого дроту сплаву нікеліду титану і за допомогою ендоскопу проводиться стентування ділянки пілородуоденального звуження під контролем лапароскопа, введеного у черевну порожнину.

Запропонований спосіб був апробований в Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги і дав позитивний результат. Як приклад

(13) **U**  
(11) **14106**  
(19) **UA**

конкретного використання даного способу наводимо виписку із історії хвороби №12743, пацієнта І., 49 років, який був госпіталізований в ургентному порядку з клінікою виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, що ускладнилась декомпенсованим стенозом виходу з шлунка.

Хворому 28.04.04. по об'єктивних показах з метою доопераційної підготовки в передопераційному періоді було застосовано спосіб декомпресійного стентування пілородуоденального стенозу під бівізуальним контролем для цього: пацієнту у положенні на спині з незначним нахилом на лівий бік і припіднятим головним кінцем, по білій лінії черевної стінки над пупком вводили лапароскоп і після завершення ревізії органів черевної порожнини у шлунок вводили ендоскоп та стент у вигляді подовженого дроту сплаву нікеліду титану. За допомогою ендоскопу проводили стентування ділянки пілородуоденального звуження під контролем лапароскопа. Це сприяло розширенню просвіту звуження і дозволило з метою передопераційної підготовки проводити ентеральне харчування пацієнта, а через 5 діб після стабі-

лізації стану хворого йому було виконано оперативне втручання - резекція шлунка по Більрот І, під час котрого ділянка пілородуоденального стенозу видалялась разом із стентом. Післяопераційний період протікав стабільно без ускладнень, в задовільному стані хворий виписаний додому. Заявлений спосіб позитивно був застосований у 8 пацієнтів.

Таким чином, використання заявленого способу декомпресійного стентування пілородуоденального стенозу під бівізуальним контролем дозволяє відновити фізіологічний шлях ентерального харчування у передопераційному періоді, чим сприяє адекватній підготовці пацієнта до оперативного втручання та покращує умови виконання оперативного втручання і реабілітацію хворого у післяопераційному періоді.

Література:

1. Фомін П.Д., Нікішаєв В.І., Пацкань Б.М. Ендоскопічна корекція післяопераційних звужень і анастомозитів в хірургії шлунку. Інформаційний лист РЦНМІ №108, 1993, 2ст.