



УКРАЇНА

(19) UA (11) 44176 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РЕСТЕНОЗІВ ПІСЛЯ БУЖУВАННЯ ПІСЛЯОПІКОВИХ СТРИКТУР СТРАВООХОДУ

1

2

(21) u200902826

(22) 26.03.2009

(24) 25.09.2009

(46) 25.09.2009, Бюл.№ 18, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ШЕВЧЕНКО ОЛЕКСАНДР МИКОЛАЙОВИЧ, САВВИ СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, РАДЖИВ КУМАР СОХОДЕБ, КЛІМЕНКО ВАДИМ ПЕТРОВИЧ

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ І НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

(57) Спосіб профілактики рестенозів після бужування післяопікових стриктур стравоходу, який

включає введення під візуальним контролем по провіднику балонного дилататора у стравохід, установлення балона в зоні стриктури і дилатацію стриктури при повільному збільшенні тиску в балоні, який **відрізняється** тим, що заздалегідь балонний дилататор встановлюють нижче за стриктуру, вводять речовини протизапальної, антисекреторної дії, а потім здійснюють дилатацію стриктури на зворотному русі балона при його видаленні.

Корисна модель стосується хірургії і може бути використана для неоперативного лікування післяопікових стриктур стравоходу.

В зоні післяопікової стриктури, внаслідок постійних процесів підтримується запалення, яке посилюється при наявності шлунково-стравохідного рефлюксу. В механізмі розвитку стриктури беруть участь ті ж чинники, які сприяють виникненню пептичних стриктур при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі у відсутності адекватної антисекреторної терапії. Ведення цих хворих при хірургічному або комбінованому лікуванні вимагає обов'язкової консервативної терапії, яка направлена на зменшення травматизації слизової оболонки стравоходу і прогресування стриктури.

Відомий процес лікування післяопікових стриктур стравоходу, який включає введення жорсткого бужа у стравохід, установлення дистальної частини бужа і циліндра на кінці струни в області звуження двома способами: під контролем ендоскопа, уведеного через продольний канал бужа, або "сліпим" методом, при якому буж просувають по струні до появи опору. Розширення стенозу здійснюють наконечником, що обертається, швидкість обертання регулюють спеціальним пристроєм. Вібрація з наконечника передається на металеву головку бужа, яка розширює стеноз, [див. В.Н. Сотников, А.В. Сотников «Эндоскопическая хирургия». -2000.- №4. -С. 10-16].

Недоліком цього процесу є додаткове запалення і травма, які виникають саме в процесі бужування, що призводить до прогресування запалення і недовгострокового ефекта, що досягається в процедурі. При цьому виникає потреба в постійних підтримуючих бужуваннях, що погіршує якість життя даної категорії хворих. Тобто процес досить трудомісткий і надмірно травматичний. Останнє призводить до підвищеної імовірності виникнення рестенозів.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті є спосіб припинення кровотечі із трубчатого порожнистого органа, який включає тампонаду судин порожнистого органа, що кровоточать, гемостатичним розчином при введенні його у замкнутий простір у просвіті органа до створення гідростатичного тиску, який трохи вищий за тиск в судині, яка кровоточить, [див. «Спосіб припинення кровотечі із трубчатого порожнистого органа та пристрій для його реалізації». 71319 А, А61В1700, пр. 22.12.2003, опубл. 15.11.2004 № 11].

Зазначений спосіб дозволяє проводити дилатацію стриктури, але не дозволяє проводити профілактику рестенозів після бужування стриктур.

У основу корисної моделі поставлене завдання створення удосконаленого способу профілактики рестенозів після бужування післяопікових стриктур стравоходу, в якому забезпечується безпечне, ефективне лікування запальних проце-

(19) UA (11) 44176 (13) U

сів в зоні післяопікової стриктури за рахунок профілактичного лікування запалення в процесі бужування.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі профілактики рестенозів після бужування післяопікових стриктур стравоходу, який включає уведення під візуальним контролем по провіднику балонного дилататора у стравохід, установлення балона в зоні стриктури і дилатацію стриктури при повільному збільшенні тиску в балоні, згідно з корисною моделлю заздалегідь балонний дилатор встановлюють нижче за стриктуру, вводять речовини протизапальної, антисекреторної дії, а потім здійснюють дилатацію стриктури на зворотньому русі балону при його видаленні.

Уведення у склад способу нових ознак (проведення протизапальної та антисекреторної терапії, дилатація стриктури на зворотньому русі балону при його видаленні), а також їх послідовність забезпечують можливість зменшення травматичності бужування стравоходу та зменшення кількості втручань. Діюча речовина при використанні способу знаходиться в місці дилатації безпосередньо в момент травмуючого втручання. Травматичність лікування зменшується також за рахунок зменшення кількості втручань. Усе перелічене дозволяє забезпечити якісно нові характеристики процесів лікування.

Заявнику невідоме уведення застосування протизапальної та антисекреторної терапії в процесі бужування і забезпечення за рахунок цього можливості комплексного лікування згаданої хвороби.

Докладний опис способу суміщений з прикладом його конкретного виконання. Спосіб здійсню-

ють таким чином: застосовують 24-годинну рН-метрію стравоходу та шлунка для обрання конкретних лікувальних препаратів в адекватних дозуваннях. Під контролем рентгенологічної або ендоскопічної установки в стравохід заводять провідник. По провідникові занурюють балонний катетер, встановлюють його нижче за стриктуру і нагнітають в нього воду, створюють тиск всередині балона 2,0 - 3,0 атмосфери. Вводять протизапальні та антисекреторні (наприклад, омепразол) препарати в зону, вищу за балон (зону запалення). Після цього балон в роздутому стані витягують із стравоходу, роблячи зупинку для пролонгованого бужування в найбільш звуженій ділянці стриктури (до 5-10 хвилин). Зону найбільш вираженої стриктури визначають манометрично. Потім маніпуляцію повторюють балонними катетерами з поступовим збільшенням розмірів по вищезгаданій схемі. Про достатнє розширення свідчить вільне безболісне прослизання балонного зонда в роздутому стані через зону звуження. Після закінчення бужування стравоходу здійснюють ендоскопічний контроль зони втручання.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє у порівнянні з відомими рішенням забезпечити універсальність функцій. При цьому зменшується травматичність, частота і трудомісткість лікування, тобто підвищується її точність за рахунок контролю рН, та здійснюється профілактика рестенозів завдяки використанню протизапальної та антисекреторної терапії, забезпечується обрання оптимальної тактики лікування, що покращує його якість.