



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 48643

(13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ АНАСТОМОЗИТІВ, СТЕНОЗУЮЧИХ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК, СТЕНОЗУЮЧИХ ПУХЛИН ШЛУНКА

1

2

(21) 2001107415

(22) 31 10 2001

(24) 15 08 2002

(46) 15 08 2002, Бюл. № 8, 2002 р.

(72) Мамчич Володимир Іванович, Шуляренко Володимир Адамович, Коваль Юрій Миколайович, Неганов Юрій Миколайович, Гвоздяк Микола Миколайович, Паламарчук Володимир Іванович, Параций Зіновій Захарович, Шуляренко Олег Володимирович, Журавський Віктор Казимирович

(73) КИЇВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ П. ШУПИКА

(57) Спосіб лікування післяопераційних анастомозитів, стенозуючих пілородуоденальних виразок, стенозуючих пухлин шлунка, який включає розширення зони анастомозів, місць стенозу, який відрізняється тим, що в місце звуження шлунково-кишкового тракту вводять металевий провідник, що зберігає "форму пам'яті", причому провідник попередньо охолоджують до температури 1-8 °С і надають йому форми прямого дроту, після чого його вводять в поліетиленову трубку

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургічної гастроентерології. Відомий спосіб консервативного лікування анастомозитів (1 - 3). Спосіб виконують через біопсійний канал ендоскопа проводять щипці, які захоплюють лігатуру на кінці балонного катетера. Усю конструкцію вводять в стравохід, а потім в шлунок. Під візуальним контролем вставляють балон в місце звуження. Через катетер шприцом в балон нагнітається рідина під тиском, яка утримується в балоні протягом 5-8 хвилин.

Недоліками вищезазначеного методу є:

- короткотерміновість дилатації (всього 5-8 хвилин), після припинення дії балонної дилатації звуження просвіту відновлюється;

- можливість пошкодження стінок балону, що виготовляється із поліетиленової плівки,

- неможливість при значному звуженні (d 2 - 3 мм) проведення зонду, до якого прикріплюється балон через місце звуження для дилатації.

Задачею заявленого винаходу є підвищення ефективності лікування за рахунок збільшення строку дилатації, забезпечення фізіологічних функцій організму протягом всього періоду лікування.

Задача досягається тим, що в зону звуження вводять провід, який має ефект "форми пам'яті", причому попередньо його охолоджують до 1 - 8 °С і надають йому форму прямого дроту.

Спосіб виконують наступним чином: в зону звуження шлунку з допомогою ендоскопа чи під

час операції вводять металевий дріт (d 1 - 1,5 мм), який попередньо охолоджували до температури 1 - 8 °С, потім розташовували його по довжині (він приймав форму розтягнутого подовжнього дроту, при необхідності його розміщували в поліетиленову ізолюючу трубку (d 1 - 1,5 мм). При температурі тіла 36,5 - 37 °С на протягом 5-7 хвилин в місці звуження дріт відновлював свою попередню форму пружинки d 0,8 - 1 см, розтягував тканини, забезпечував часткову прохідність в місці звуження. Це давало можливість проходженню рідинної їжі через місце звуження, покращанню стану хворого.

Як приклад приводимо наше спостереження.

Хворий Н., історія хвороби № 0321204998/635, 35 років, поступив в хірургічне відділення КОКЛ 3 05 01 р. із скаргами на болі в епігастрії, печію, рвоту після прийому їжі. В січні 2001 р. випив випадково розчин електролітів. Лікувався в ЦРЛ. В березні 2001 р. діагностовано виразку препілоричного відділу шлунку (4 x 3,5 см), субкомпенсований стеноз виходу із шлунку. За останні місяці схуд на 10 кг.

Об'єктивно: стан хворого середнього ступеня важкості. Шкірні покрови звичайного кольору, Р - 80 уд в хвилину, АТ - 130/80 мм рт.ст. Живіт м'який, чутливий в епігастрії. Шум "плескоту" не визначається.

ФГДС 4 05 — в антральному відділі шлунку - циркулярне звуження, виразка лінійної форми з тромбованими судинами. Заключення: після опіко-

(13) A

(11) 48643

(19) UA

ва виразка шлунку зі стигмами, ускладнена стенозом антрума

УЗД – хронічний гепатит, хронічний панкреатит 7 05 R-скопія шлунку – закінчення післяопераційної виразки антрального відділу шлунку з деформацією вихідного відділу шлунку, субкомпенсований стеноз

7 05 хворому поставлено з допомогою ендоскопа устрій, вихід з шлунку частково розправлений, рідка їжа проходить через місце звуження. Стан хворого поліпшився

10 05 операція – резекція 2/3 шлунку по Більрот-I. Під час операції шлунок в вигляді "пісочного годинника", рубцева деформація в антральному відділі. Під час операції устрій забрано зі шлунка

Ан. крові від 7 05 Білірубін загальний – 3,9, п – 0, н – 3,9ммоль/л, АЛТ – 0,14ммоль/л, АСТ – 0,27ммоль/л, сечовина – 4,4. Загальний білок – 84,8г/л, Са – 2,14, Na – 117ммоль/л

Література

- 1 Зиганшин Р В, Гюнтер В Є, Гиберт Б Н. Первый опыт формирования анастомозов в брюшной хирургии имплантатами с «памятью» формы. Хирургия, 1995, № 4, С 60 - 64
- 2 Подильчак М Д. Анастомозиты после резекции желудка и их лечение. Хирургия, 1989, № 4, С 120 - 122
- 3 Фомін П Д, Нікішаєв В І, Пацкань Б М та ін. Ендоскопічна корекція післяопераційних звужень і анастомозитів в хірургії шлунку – Інформаційний лист РЦНМІ № 108, 1993, 2 ст

Ан. сечі – питома вага 1010, б-, с-, Л – 3-5в п/огляду

Післяопераційний період без ускладнень, 17 05 хворий виписаний до дому в задовільному стані

Таким чином використаний спосіб більш ніж у 30 хворих дозволив зробити наступні висновки

а) забезпечення надійного розширення звуження, що дає можливість проходження рідкої їжі хворим, що набагато корисніше, ефективніше чим парентеральне (внутрішньовенне) введення поживних речовин (глюкози, жирових емульсій і т.п.),

б) покриття металевого дроту поліетиленовою трубкою не дає можливості пошкодження тканин на місці звуження,

в) дозволяє краще і швидше підготувати хворого до радикальної операції, чи виликувати при комплексному консервативному лікуванні при анастомозитах

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)

вул. Сим'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна

(044) 456 – 20 – 90

ТОВ "Міжнародний науковий комітет"

вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна

(044) 216 – 32 – 71