



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **25857** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/02
A61M 27/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЗАПОБІГАННЯ ДИСЛОКАЦІЇ СТЕНТІВ ПРИ ЕНДОСКОПІЧНОМУ ВНУТРІШНЬОМУ ДРЕНУВАННІ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

1

(21) u200703844
(22) 06.04.2007
(24) 27.08.2007
(46) 27.08.2007, Бюл. № 13, 2007 р.
(72) Павловський Михайло Петрович, Коломійцев Василь Іванович, Кушнірук Олексій Ігорович
(73) ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

2

(57) Спосіб запобігання дислокації стентів при ендоскопічному внутрішньому дрениванні псевдокіст підшлункової залози, що включає створення ендоскопічного цисто-дигестивного анастомозу і встановлення у ньому пластикових стентів, який **відрізняється** тим, що пластикові стенти скріплюють між собою петлею, яку формують зовні з монофіламентної нитки та вводять через канал ендоскопа.

Корисна модель стосується медицини, зокрема, хірургії, і може застосовуватися при ендоскопії органів шлунково - кишкового тракту для лікування псевдокіст підшлункової залози.

Відомі способи ендоскопічного внутрішнього дренивання псевдокіст підшлункової залози полягають у електрокоагуляційному чи пункційному створенні цисто-гастро чи цисто-дуодено анастомозу та встановленні в ньому від одного до кількох пластикових ендо-протезів (стентів) різної форми для підтримання функціонування стоми на тривалий час (до 6 місяців) з метою повноцінного спорожнення псевдокісти в порожнину шлунково-кишкового тракту [1, 2]. Однак застосування вказаних способів часто недостатнє для отримання бажаного тривалого клінічного ефекту, оскільки стенти можуть передчасно самовільно дислокуватися із цисто-гастро чи цисто-дуодено анастомозу під дією перистальтики чи виштовхуватися з порожнини псевдокісти при її спорожненні.

Відомий спосіб внутрішнього ендоскопічного дренивання псевдокіст підшлункової залози, вибраний прототипом, полягає у створенні цисто-гастро чи цисто-дуодено анастомозу з допомогою пункції електродом стінки псевдокісти і встановленні пластикових стентів під час ендоскопії [3]. Однак, не передбачається фіксація ендо-протезів у цисто-дигестивному анастомозі, що може призвести до передчасного її закриття і рецидиву псевдокісти.

В основу корисної моделі поставлено завдання удосконалити спосіб внутрішнього ендоскопічного

дренивання псевдокіст підшлункової залози, який буде сприяти тривалішому підтриманню цисто-гастро чи цисто-дуодено анастомозу з досягненням позитивного клінічного ефекту.

Поставлене завдання досягається тим, що у способі запобігання дислокації стентів при ендоскопічному внутрішньому дрениванні псевдокіст підшлункової залози, при якому створюють ендоскопічний цисто-дигестивний анастомоз і в ньому встановлюють пластикові стенти, згідно з корисною моделлю, пластикові стенти скріплюють між собою петлею, яку формують назовні з монофіламентної нитки та вводять через канал ендоскопа.

Ендоскопічне внутрішнє дренивання псевдокіст підшлункової залози може ускладнюватися нагноєнням псевдокіст, їх рецидивуванням, при передчасному закритті цисто - дигестивного анастомозу, або перфорацією порожнистих органів внаслідок дислокації одного чи всіх стентів [4]. Дислокації можна запобігти скріпленням стентів між собою, при чому буде підтримуватися триваліший час необхідний діаметр анастомозу.

Спосіб ілюструється малюнком, на якому представлено здійснення способу запобігання дислокації стентів при ендоскопічному внутрішньому дрениванні псевдокіст підшлункової залози, де 1 - псевдокіста, 2 - просвіт шлунка або 12-палої кишки, 3 - ендоскоп, 4 - стенти, 5 - петля.

Спосіб здійснюють таким чином.

Ендоскоп 3 вводять у порожнину шлунка або 12-палої кишки 2 за загальноприйнятим методом під загальною седацією. У місці найбільшого про-

(19) **UA** (11) **25857** (13) **U**

лабування псевдокісти 1 під візуальним і/або ультрасонографічним контролем пункційним або електрокоагуляційним методом створюють цисто-гастро чи цисто-дуодено анастомоз. Через анастомоз у порожнину псевдокісти 1 по чергово встановлюють пластикові стенти 4 довільного діаметру та форми (в залежності від клінічної ситуації). Назовні формують петлю 5 з монофіламентної нитки довжиною 250 см. З допомогою дотягувала (на Фіг. не вказаний) петлю пропускають через канал ендоскопа 3, накидають на всі встановлені стенти 4 і затягують. Нитку обрізають 1,5-2 см дистальніше від вузла ендоскопічним ножицями або з допомогою коагуляції.

При використанні пропонованого способу запобігання дислокації стентів при ендоскопічному внутрішньому дренируванні псевдокіст підшлункової залози досягається зменшення частоти післяманіпуляційних ускладнень за рахунок зменшення ймовірності дислокації встановлених у цистодигестивний анастомоз пластикових стентів.

Для визначення клінічної ефективності запропонованого способу під спостереженням знаходилося 19 пацієнтів, яким виконано трансмуральне ендоскопічне дренирування. Пацієнтів основної групи (9 осіб) лікували з допомогою запропонованого способу, у контрольній групі (10 осіб) застосовували спосіб без запобігання дислокації стентів.

Ефективність утримання стентів оцінювали за тривалістю знаходження встановлених стентів у цисто-дигестивному анастомозі з підтриманням необхідного отвору для адекватного дренирування псевдокісти. Проводили повторні ендоскопічні обстеження шлунка та 12-палої кишки у пацієнтів

безпосередньо після встановлення та через один і три місяці після маніпуляції.

Клінічне спостереження за пацієнтами основної групи засвідчило, що застосований спосіб запобігання дислокації стентів сприяв надійному утриманню в анастомозі встановлених стентів із підтриманням необхідного для адекватного дренирування діаметру анастомозу. Застосування ендопетлі для запобігання дислокації стентів було зручним, незначно збільшувало тривалість маніпуляції. Бажаний терапевтичний ефект від використаного способу в основній групі зафіксований у 100% випадків, у контрольній - у 80%, де напустила дислокація всіх стентів у термін до місяця після ендодренирування у трьох пацієнтів, із рецидивом псевдокісти у двох пацієнтів.

Джерела інформації:

1. Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts. / R. A. Kozarek, C. M. Brayko, J. Harlan et al. // *Gastrointest. Endosc.* - 1985. - Vol. 31. - P.322-328.

2. Monkemuller K. E., Baron T. H., Morgan D. E. Transmural drainage of pancreatic fluid collections without electrocautery using the Seldinger technique//*Gastrointest. Endosc.* - 1998. - Vol. 48. №1. - P.195-200.

3. Пат. №2190967 RU Росія. А 61 В 17/00, А 61 М 27/00; №99107078/14; Заявлено 04.06.1999; Опубл. 10.20.2002, ФІПС, 2002.

4. Technology Committee. ASGE guideline: the role of endoscopy in the diagnosis and the management of cystic lesions and inflammatory fluid collections of the pancreas // *Gastrointest. Endosc.* - 2005. - Vol. 62, №3. - P.363-370.



