



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **82373** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (21) Номер заявки: u 2013 02902 | (72) Винахідник(и): Пойда Олександр Іванович (UA), Мельник Володимир Михайлович (UA), Орлов Олексій Леонідович (UA) |
| (22) Дата подання заявки: 11.03.2013 | |
| (24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.07.2013 | (73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA) |
| (46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.07.2013, Бюл.№ 14 | |

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ СТРИКТУРИ ІЛЕОРЕКТАЛЬНОГО ТА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗІВ

(57) Реферат:

Спосіб профілактики і лікування стриктури ілеоректального та колоректального анастомозів шляхом виконання профілактичної та лікувальної дилатації ділянки стриктури. Балонну дилатацію ділянки стриктури здійснюють під час колоноскопії.

UA 82373 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для профілактики і лікування стриктури ілеоректального та колоректального анастомозів.

Відомий спосіб профілактики стриктури колоректального анастомозу бужуванням його ділянки за допомогою циркулярного степлера або мадрена ректороманоскопа [1]. Спосіб передбачає трансанальне введення циркулярного степлера або мадрена ректороманоскопа до рівня колоректального анастомозу та дилатації ділянки стриктури шляхом проведення головки степлера або мадрена ректороманоскопа через ділянку звуження. Спосіб властиві недоліки:

1. Ризик виникнення перфорації стінки кишки внаслідок травматичності маніпуляції та відсутнього візуального контролю її виконання.

2. Часті незадовільні результати зазначеної маніпуляції внаслідок неможливого проведення головки мадрена через ділянку значного звуження співустя.

Найбільш близьким аналогом, є спосіб профілактики і лікування стриктури колоанального та колоректального анастомозу [2]. Відповідно до зазначеного способу, під контролем зору, через тубус ректороманоскопа виконують дозовану профілактичну дилатацію ділянки стриктури за допомогою створеного пристрою. Спосіб властивий недолік:

1. Травматичність та труднощі візуального контролю над виконанням маніпуляції при "високому" розташуванні ілеоректального або колоректального анастомозів, на відстані 15 см і більше від рівня анокутанної лінії.

Задача корисної моделі полягає у розробці більш досконалого способу профілактики і лікування стриктури ілеоректального та колоректального анастомозів, який сприятиме значному зменшенню травматичності шляхом можливості чіткого дозування зусилля дилатації, забезпеченню достатнього візуального контролю над виконанням маніпуляції під час виконання колоноскопії.

Технічний результат - зменшення частоти виникнення стриктури ілеоректального та колоректального анастомозів, забезпечення ефективного лікування під час її виникнення.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі профілактики і лікування стриктури ілеоректального та колоректального анастомозів шляхом виконання профілактичної та лікувальної дилатації ділянки стриктури, згідно з корисною моделлю, балонну дилатацію ділянки стриктури здійснюють під час колоноскопії.

Суть корисної моделі пояснюється графічно.

На фіг. 1 зображено проведений балонний дилататор через ділянку стриктури за допомогою колоноскопа, де:

1 - балонний дилататор,

2 - ділянка стриктури,

3 - колоноскоп.

На фіг. 2 зображено етап розширення ділянки стриктури збільшеним в об'ємі балонним дилататором, де:

4 - ділянка розширення стриктури,

5 - збільшений в об'ємі балонний дилататор.

Фіг. 3 ілюструє ділянку анастомозу після балонної дилатації стриктури, діаметр просвіту якого наближений до діаметра просвіту привідного відрізка кишки, де:

6 - ділянка анастомозу після балонної дилатації стриктури,

7 - діаметр просвіту привідного відрізка кишки.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Балонний дилататор 1, проводять через ділянку стриктури 2, за допомогою колоноскопа 3, розширюють ділянку стриктури 4, збільшеним в об'ємі балонним дилататором 5, що забезпечує збільшення діаметру анастомозу 6, який наближається до діаметра просвіту проксимального відрізка кишки 7.

Приклади практичного використання способу.

Пацієнт С. 64 років, історія хвороби № 927, госпіталізований в клініку 23.07.2008 р. з приводу наслідків хірургічного лікування раку низхідної ободової кишки стадії Т3N1M0, стану після лівобічної геміколектомії виконаної у 2006 році у вигляді стриктури трансверзоректального анастомозу. Під час колоноскопії через ділянку стриктури проведено балонний дилататор, в порожнині якого було створено гідростатичний тиск, який забезпечив розширення ділянки стриктури, діаметр якої наближався до діаметра просвіту проксимального відрізка кишки. Виконання зазначеної маніпуляції відповідно до розробленої програми забезпечило ліквідацію стриктури, відновлення прохідності ділянки анастомозу, попередило необхідність виконання хірургічного втручання - резекції сегменту кишки з ділянкою стриктури та повторне формування колоректального анастомозу.

Пацієнтка В. 24 років оперована в клініці 11.04.2009 року з приводу важкого перебігу хвороби Крона товстої кишки. Виконане хірургічне втручання в обсязі колектомії, формування ілеоректального анастомозу за типом кінець в кінець за допомогою циркулярного едостеплера фірми Ethikon діаметр головки зшиваючого апарату становив 29 мм. Через 1 місяць після виконаної операції хвора скаржилася на затримку випорожнень, відчуття здуття живота. Під час ректоскопії встановлено звуження анастомозу, що обумовило порушення евакуації вмісту через його ділянку. У зв'язку з цим проведено профілактичну дилатацію ділянки ілеоректального анастомозу відповідно до розробленого способу профілактики і лікування стриктури ілеоректального та колоректального анастомозів. Подальший контроль стану ділянки ілеоректального анастомозу вказував на відсутність тенденції до формування стриктури.

Особливість корисної моделі у порівнянні з найближчим аналогом полягає в удосконаленні способу профілактики та лікування стриктури ілеоанального та колоанального анастомозів, що значно зменшує ризик її виникнення та задовільні результати лікування, попереджує у окремих хворих необхідність виконання повторного хірургічного втручання.

Спосіб, що заявляється, був використаний в Колопроктологічному центрі України на базі кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Отримані позитивні результати дають підстави рекомендувати цей спосіб для широкого використання в клінічній практиці.

Джерела інформації:

1. Cady J. Strictures after stapled anastomosis in colo-rectal surgery. //European congress on stapling in surgery.-1991. - P. 127-131.

2. Патент 57520 А Україна. МПК А 61 В 17/00. Спосіб профілактики і лікування стриктури колоанального та колоректального анастомозу. / В.М. Мельник, О.І. Пойда, М.І. Криворук (Україна). - Заявл. 29.11.02; Опубл. 16.06.03 // Бюл. № 6.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб профілактики і лікування стриктури ілеоректального та колоректального анастомозів шляхом виконання профілактичної та лікувальної дилатації ділянки стриктури, який відрізняється тим, що балонну дилатацію ділянки стриктури здійснюють під час колоноскопії.

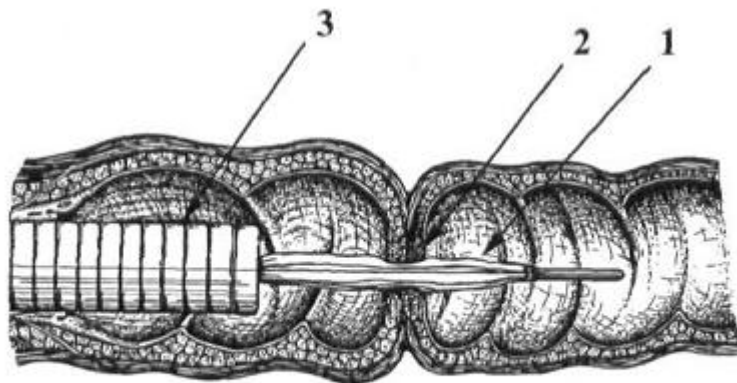


Fig. 1

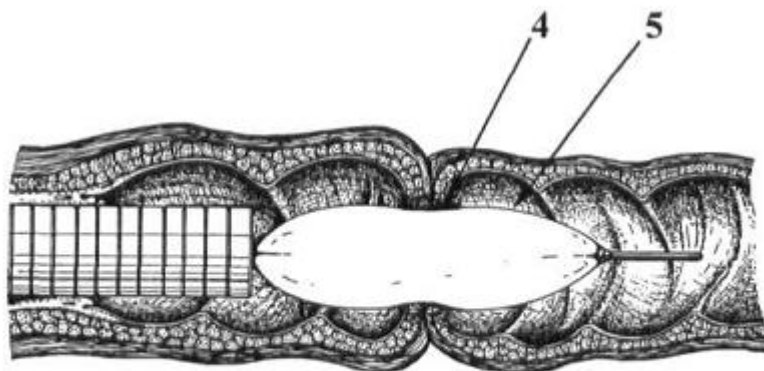


Fig. 2

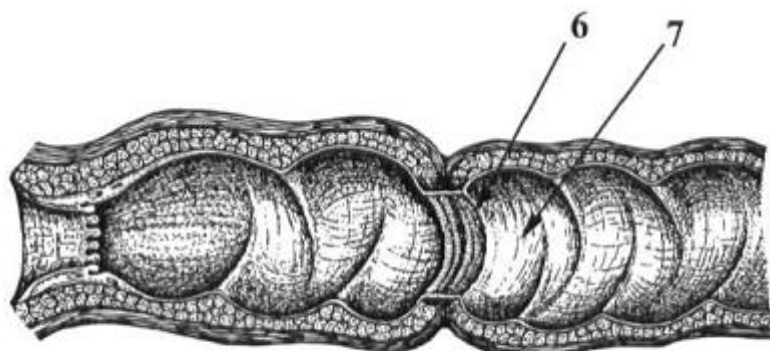


Fig. 3

Комп'ютерна верстка Л. Ціхановська

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601