



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **92231** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 01503	(72) Винахідник(и): Стельмах Андрій Іванович (UA), Мельник Володимир Михайлович (UA), Орлов Олексій Леонідович (UA), Мороз Владислав Владиславович (UA)
(22) Дата подання заявки: 17.02.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 11.08.2014	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 11.08.2014, Бюл.№ 15	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA)

(54) СПОСІБ ЦИСТОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗУ

(57) Реферат:

Спосіб цистодигестивного анастомозу включає виконання черезшкірної пункції порожнини псевдокісти, формування цистодигестивного анастомозу в ділянці пункційного отвору під контролем ультразвукового дослідження та гастродуоденоскопії. Формування цистодигестивного анастомозу здійснюють шляхом балонної дилатації пункційного каналу задньої стінки шлунка та передньої стінки псевдокісти підшлункової залози.

UA 92231 U

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана при формуванні цистодигестивного анастомозу.

Відомий спосіб формування цистодигестивного анастомозу під контролем ендоскопічної сонографії та фіброгастродуоденоскопії шляхом розсічення торцевим електроножем-коагулятором задньої стінки шлунка і припаяної до неї стінки псевдокісти підшлункової залози [1]. Способу властиві недоліки:

1. Ризик виникнення кровотечі після розтинання стінки шлунка та стінки псевдокісти.

2. Ризик виникнення перитоніту, внаслідок надходження вмісту псевдокісти у вільну черевну порожнину у пацієнтів з відсутнім адгезією задньої стінки шлунка з передньою стінкою псевдокісти.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраним як найближчий аналог, є спосіб формування цистодигестивного анастомозу, який полягає у виконанні пункції псевдокісти через передню черевну стінку, передню та задню стінки шлунка під контролем ультразвукової діагностики, розсіченні задньої стінки шлунку з припаяною до неї стінкою псевдокісти в ділянці пункційного отвору за допомогою папілостома, стентування ділянки анастомозу та зовнішнього цистоназального дренирування під контролем гастродуоденоскопії [2]. Способу властиві недоліки:

1. Ризик виникнення кровотечі після розтинання стінки шлунка та стінки псевдокісти.

2. Ризик виникнення перитоніту, внаслідок надходження вмісту псевдокісти у вільну черевну порожнину у пацієнтів з відсутнім адгезією задньої стінки шлунка з передньою стінкою псевдокісти.

В основу корисної моделі поставлена задача розробки більш досконалого способу формування цистодигестивного анастомозу шляхом виконання пункції задньої стінки шлунка та передньої стінки псевдокісти підшлункової залози з наступною балонною дилатацією пункційного каналу. Технічний результат - удосконалення техніки та якості формування цистодигестивного анастомозу.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі цистодигестивного анастомозу шляхом виконання черезшкірної пункції порожнини псевдокісти, формування цистодигестивного анастомозу в ділянці пункційного отвору та його стентування під контролем ультразвукового дослідження та гастродуоденоскопії, згідно з корисною моделлю формування цистодигестивного анастомозу здійснюють шляхом, балонної дилатації ділянки пункційного каналу задньої стінки шлунка та передньої стінки псевдокісти підшлункової залози. Суть корисної моделі пояснюється графічно.

На фіг. 1 зображено етап формування цисто-дигестивного анастомозу шляхом балонної дилатації пункційного каналу задньої стінки шлунка та передньої стінки підшлункової залози, де:

1 - пункційний канал,

2 - задня стінка шлунка,

3 - передня стінка псевдокісти підшлункової залози,

4 - балонний дилатор.

На фіг. 2 зображено етап завершення формування цистодигестивного анастомозу, де:

5 - цистодигестивний анастомоз.

Спосіб цистодигестивного анастомозу виконують шляхом дилатації пункційного каналу 1, між задньою стінкою шлунка 2, та передньою стінкою псевдокісти підшлункової залози 3, за допомогою балонного дилатора 4, що забезпечує формування цистодигестивного анастомозу 5.

Приклади практичного використання способу.

Хворий С, 1964 р.н., госпіталізований в хірургічне відділення клініки 25.05.2012 р. Карта стаціонарного хворого № N. Діагноз захворювання: псевдокіста підшлункової залози, яка виникла внаслідок гострого панкреатиту, перенесеного в 2001 році.

Під ультразвуковим та ендоскопічним контролем за допомогою стилет-катетера виконано черезшкірну пункцію та дренирування псевдокісти підшлункової залози. На 6 добу після багаторазових санацій порожнини псевдокісти розчинами антисептиків був сформований цистогастральний анастомоз шляхом ендоскопічної балонної дилатації пункційного отвору, без перетинання стінки шлунка та псевдокісти, з подальшим стентуванням зазначеного цистогастрального анастомозу пластиковим стентом. Ультразвуковий контроль ділянки псевдокісти вказував на відсутність накопичення рідини в її порожнині, що вказувало на прохідність та задовільну евакуаторну функцію сформованого цистогастрального анастомозу. Під час перебування пацієнта в стаціонарі проводилась антибактеріальна і протизапальна терапія. Наступило одужання. На 12 добу післяопераційного періоду пацієнт в задовільному стані був виписаний для амбулаторного спостереження та лікування.

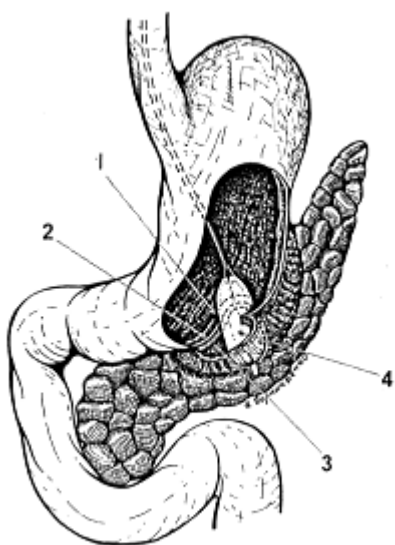
З використанням розробленого способу хірургічного лікування псевдокісти підшлункової залози оперовано 9 пацієнтів. У 5 з них було сформовано цистогастральний, у 4 - цистодуоденальний анастомози. Отримані результати аналогічні описаному.

Джерела інформації:

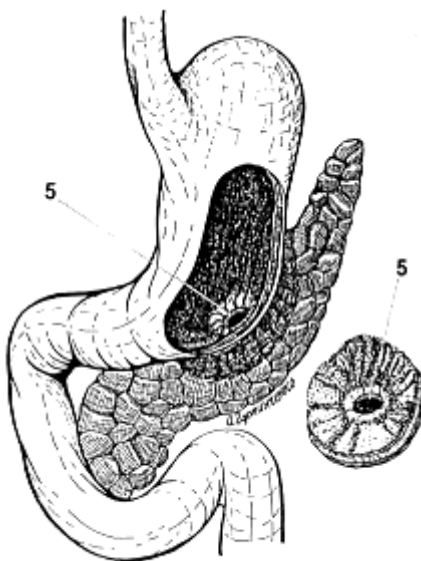
1. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Румянцев К.Є. Спосіб лікування псевдокісти підшлункової залози. 2002, Бюл. № 11.
2. Копчак В.М. Терешкевич І.С. Копчак К.В. Перерва Л.О., Андронік С.В. Спосіб ендоскопічного лікування псевдокісти підшлункової залози. 2013, Бюл. №16.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб цистодигестивного анастомозу, який включає виконання черезшкірної пункції порожнини псевдокісти, формування цистодигестивного анастомозу в ділянці пункційного отвору під контролем ультразвукового дослідження та гастродуоденоскопії, який **відрізняється** тим, що формування цистодигестивного анастомозу здійснюють шляхом балонної дилатації пункційного каналу задньої стінки шлунка та передньої стінки псевдокісти підшлункової залози.



Фиг. 1



Фиг. 2

Комп'ютерна верстка І. Мироненко

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