



УКРАЇНА

(19) UA (11) 14459 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА

1

2

(21) u200511137

(22) 24.11.2005

(24) 15.05.2006

(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.

(72) Капшитар Олександр Васильович, Капшитар
Олексій Олександрович(73) Капшитар Олександр Васильович, Капшитар
Олексій Олександрович

(57) Спосіб діагностики перфоративної виразки шлунка шляхом проведення лапароскопії з оцінкою рідини, взятої із черевної порожнини, який відрізняється тим, що при обстеженні проводять рН-метрію цієї рідини і якщо реакція її кисла, діагностують перфоративну виразку шлунка.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і може бути використана у діагностиці перфоративної виразки шлунка.

Перфорація гастродуоденальної виразки складає 30-80% від усіх ускладнень виразкової хвороби. Нерідко, у 40-50% пацієнтів, перфорація є першим симптомом перебігу виразкової хвороби. За останні роки це небезпечне ускладнення зросло у 2 рази. Рання діагностика є обов'язковою умовою успішного лікування, а де діагностичні помилки сягають 20-23%, що негативно впливає на кінцевий результат лікування. Летальність коливається від 3,3% до 14,4% [Шурыгин А.А. с соавт., 1998; Репин В.Н. с соавт., 1999; Саєнко В.Ф. с соавт., 2001; Чирков Ю.В. с соавт., 2001]. Для покращення діагностики використовують оглядову рентгеноскопію (графію) грудної та черевної порожнин, ФЕГДС, лапароцентез, лапароскопію та ін. Але всі вони мають межі діагностичних можливостей, що не виключає помилкових діагнозів. Тому не ліквідовані марні лапаротомії, а при динамічному спостереженні операція може бути запізнілою.

Це обумовлює необхідність розробки нових, більш ефективних способів діагностики перфоративної виразки.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у виконанні лапароскопії, візуальної оцінки рідини із черевної порожнини: прозорості, в'язкості, кольору та введенні повітря по назогастральному зонду у шлунок. Поява бульбашок повітря у черевній порожнині свідчить про наявність перфоративної гастродуоденальної виразки [Лапароскопія у невідкладній хірургії та гінекології /В.В. Бойко,

Ю.Б. Григоров, В.Г.Дуденко та ін.- Харків: Торнадо, 2002.-С.59].

Спільними суттєвими ознаками прототипу і способу, що заявляється, є такі:

- виконання лапароскопії;
- оцінка рідини із черевної порожнини.

Однак, цей спосіб недостатньо ефективний, тому що не завжди дозволяє встановити чи виключити діагноз перфоративної гастродуоденальної виразки в ранні терміни виникнення патології, коли під час лапароскопії не візуалізуються прямі ознаки перфорації/перфоративний отвір з навколовиразковим інфільтратом, виливання вмісту шлунка у черевну порожнину та ще відсутні такі непрямі ознаки як шматочки їжі гнійно-фібринозний перитоніт, вміст шлунка. Це зустрічається при невеликому діаметрі перфорації, пустому шлунку, прикритій чи атипійній перфорації, спайковому процесі, інфільтрату та ін., коли лапароскопічна семіотика схожа з іншими гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини (гострий холецистит, панкреатит та ін.), або ці захворювання протікають разом. Можуть мати місце протипоказання для постановки назо-гастрального зонду: деформація шийного відділу хребта, неможливість подавити блювотний рефлекс, захворювання стравоходу, які можуть призвести до ятрогенних пошкоджень, наявність його звужень, а все це унеможливорює проведення дослідження, а значить і своєчасну діагностику. Прийняття ж тактики динамічного спостереження, при наявності перфорації, сприяє прогресуванню патологічного процесу, перитоніту, запізнілій діагностиці та операції, що збільшує кількість ускладнень, терміни лікування у хірургічному стаціонарі, летальність. Запі-

(19) UA (11) 14459 (13) U

зніла операція є мінімальною за об'ємом - зашивання перфоративного отвору, санація та дренування черевної порожнини, тому вона не виліковує від виразкової хвороби. Після видужання у 50-70%, пацієнтів виникає рецидив захворювання. Коли ж після неінформативної лапароскопії виконати діагностичну лапаротомію, то при наявності перфоративної виразки операція буде лікувальною, якщо ж перфорація не підтвердиться - то операція буде марною з можливими ускладненнями, збільшеними термінами лікування, летальністю.

Таким чином, обидва тактичні напрямки мають значні вади.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу діагностики перфоративної виразки шлунка під час лапароскопії шляхом визначення кислотної реакції рідини, взятої із черевної порожнини, що забезпечить підвищення достовірності діагностики.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі який включає виконання лапароскопії з оцінкою рідини, взятої із черевної порожнини новим є те, що проводять РН-метрію цієї рідини і, якщо реакція її кисла, діагностують перфоративну виразку шлунка.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляється та технічним результатом, полягає у наступному. У хворого є перфоративна виразка шлунка. Під час проведення лапароскопії візуалізована у підпечінковому просторі лише невелика кількість рідини сумнівного характеру для встановлення діагнозу. Рідина у підпечінковий простір потрапила з шлунку через перфоративний отвір, де рН шлункового соку становить 0,9-1,5, а рН вмісту шлунка - ще вище. Вимірюючи рН цієї рідини та встановивши наявність кислотної реакції, діагностуємо перфоративну виразку шлунка.

Спосіб, що заявляється, є простим, швидким, дешевим. Його використання при утрудненнях з постановкою діагнозу під час лапароскопії дозволяє діагностувати перфоративну виразку шлунка в ранні терміни, до розвитку перитоніту, а це дозволяє виконати органозберігаючу операцію (висічення виразки з пілородуоденопластикою, або гастропластикою та одним з видів ваготомії), або первинну резекцію шлунка за наявності показань, а в останні роки - ендовідеолапароскопічне висічення перфоративної виразки з пластикою та ваготомією. Виконання вказаних операцій дозволяє не тільки врятувати життя хворому, але йвилікувати його від виразкової хвороби. Можливо також виконання малоінвазивного ендовідеолапароскопічного зашивання перфоративної виразки з ваготомією чи без неї з подальшим консервативним лікуванням. Примінення даного способу діагностики перфоративної виразки шлунка виключає також динамічне спостереження за хворим та запізню

діагностику і як наслідок несвоєчасну операцію в умовах розлитого гнійного перитоніту, поліорганної недостатності, що потребує мінімального об'єму операції - зашивання перфоративного отвору, санації та дренування черевної порожнини, інтубації тонкого кишечника. У цих хворих у післяопераційному періоді зростає кількість ускладнень, подовжується лікування, кількість релапаротомій, летальність, а при видужанні у багатьох настає рецидив захворювання.

Спосіб здійснюється таким чином.

Під час виконання лапароскопії з підозрою на перфоративну гастродуоденальну виразку візуалізують у підшлунковому просторі лише невелику кількість рідини сумнівного характеру для встановлення діагнозу. Після відсмоктування нею змочують лакмусовий папірець - кислотно-основний індикатор і, якщо він забарвлюється у червоний колір, визначають кислу реакцію рідини, що дає підстави діагностувати перфоративну виразку шлунка.

Приклад

Х-й Ф., 35 років госпіталізований у клініку зі скаргами на колючий біль у ямці під грудьми, під ребер'ях, нудоту, слабкість. 2 години тому з'явився різкий біль у ямці під грудьми. З діагнозом "Перфоративна виразка шлунка?" машиною ШМД доставлений у клініку. З 1998 року хворіє на виразкову хворобу. Має туберкульоз легень. Загальний стан середньої тяжкості. Пульс 64 удари у 1 хвилину. А/Т 120/80 мм.рт.ст. Язик сухий. Живіт м'який болючий у ямці під грудьми та правому підребер'ї. Симптоми Грекова-Ортнера, Щоткіна-Блюмберга негативні. Симптом Керте позитивний. НВ- 136×10^{12} /л, ЕР- $4,2 \times 10^{12}$ /л, Л- $7,7 \times 10^9$ /л, п - 6%, с - 62%, э - 1%, л - 29%, м - 2%. Загальний стан сечі без змін. Діастаза сечі 69 од. Діагноз при вступі "Загострення виразкової хвороби. Гострий панкреатит?".

Оглядова рентгеноскопія органів грудної та черевної порожнини - норма. ФЕГДС та проба Хенельдта не виявили патології. Подальша консервативна терапія не ефективна. Через 8 годин виконана лапароскопія з підозрою на гострий холецистит. Кругла зв'язка печінки набрякла. У підпечінковому просторі прозора рідина у невеликій кількості. Після відсмоктування цієї рідини змочили лакмусовий папірець, який набув червоного кольору, чим визначили кислу реакцію рідини. Встановлений лапароскопічний діагноз "Перфоративна виразка шлунка".

Невідкладна лапаротомія. Лапароскопічний діагноз підтверджений. Виконано висічення перфоративної виразки ворота шлунка з пілоропластикою по Джаду-Хорслі, селективна ваготомія. Післяопераційний період задовільний. Виписаний на 11 добу.