



УКРАЇНА

(19) UA (11) 50086 (13) A

(51) 6 A61K35/26

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

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПЕРФОРАЦІЇ У ХВОРИХ З ПЕРФОРАТИВНИМИ ВИРАЗКАМИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

1

2

(21) 2001075147

(22) 19 07 2001

(24) 15 10 2002

(46) 15 10 2002, Бюл. № 10, 2002 р

(72) Соколов Вадим Юрійович

(73) БУКОВИНСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА  
АКАДЕМІЯ

(57) 1 Спосіб діагностики перфорації у хворих з перфоративними виразками шлунка та дванадцятипалої кишки, який включає введення у шлунок повітря через шлунковий зонд і контроль за наявністю повітря у черевній порожнині, який відрізняється тим, що контроль за наявністю повітря здійснюють шляхом лапароскопічного або ендовідеохірургічного спостереження за появою

бульбашок повітря, причому за місцем появи бульбашок визначають місцезнаходження ділянки перфорації

2 Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що перед введенням повітря шлунковий зонд підводять до наявного патологічного вогнища, а при спостереженні контролюють появу бульбашок повітря безпосередньо у ділянці перфорації

3 Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що при перфораціях задньої стінки шлунка при введенні повітря через шлунковий зонд, шлунок заповнюють повітрям до створення надлишкового тиску, а при спостереженні контролюють вихід бульбашок повітря через сальниковий отвір та пролабування ділянки шлунково-ободової зв'язки

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до лапароскопічної та субопераційної діагностики перфоративної виразки при атиповому перебігу та сумнівній клінічній та субопераційній лапароскопічній картині із застосуванням лапароскопічної техніки у невідкладній хірургічній гастроентерології

Існуючі лапароскопічні методи діагностики [А. Г. Кригер, К. Е. Ржебаєв. Опасности, ошибки и осложнения при лапароскопическом ушивании перфоративных гастродуоденальных язв // Эндоскопическая хирургия, 1999, № 3, С. 7 – 10] дозволяють констатувати наявність запального вмісту у черевній порожнині, фібрин у ділянці перфорації шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК). При цьому перфоративний отвір не завжди видно, а при перфораціях задньої стінки шлунка у сальникову сумку патологічне вогнище взагалі неможливо оглянути.

Найбільш близьким до винаходу є спосіб діагностики перфорації у хворих з перфоративними виразками шлунка та дванадцятипалої кишки [А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко // Хирургия пищеварительного тракта – Киев, Здоров'я, 1987 – С. 229 – 230], який включає введення у шлунок повітря через шлунковий зонд і контроль за наявністю повітря у черевній порожнині. Згідно цього способу

у хворих в сумнівних випадках діагностики застосовують оглядову рентгенографію органів черевної порожнини після попереднього введення у шлунок від 500 до 1000 мл повітря через шлунковий зонд. Після цього в разі позитивного результату на рентгенограмах черевної порожнини у підцифрагмальних просторах спостерігають наявність вільного повітря в черевній порожнині у вигляді серповидної смужки газу.

До недоліків способу відноситься сліпе зондування та введення повітря у шлунок. Особливо це набуває актуальності у випадках прикритих перфоративних виразок, коли шматочки їжі, подібно корку закривають, виразковий перфоративний отвір, а також при перфорації виразок задньої стінки шлунка, коли повітря виходить у сальникову сумку. При цьому рентгенологічні ознаки пневмоперитонеуму будуть відсутні.

В основу винаходу поставлено задачу підвищити ефективність і точність діагностики виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки за рахунок точного виявлення місцезнаходження перфорації виразок, що дозволяє забезпечити своєчасне оперативне лікування, застосовуючи методи лапароскопічної техніки та малоінвазивної хірургії.

Поставлена задача вирішується тим, що у

(13) A  
(11) 50086  
(19) UA

способі діагностики перфорації у хворих з перфоративними виразками шлунка та дванадцятипалої кишки, який включає введення у шлунок повітря через шлунковий зонд і контроль за наявністю повітря у черевній порожнині, згідно винаходу, контроль за наявністю повітря здійснюють шляхом лапароскопічного або ендовідеохірургічного спостереження за появою бульбашок повітря, причому по місцю появи бульбашок визначають місце знаходження ділянки перфорації. По одному варіанту виконання перед введенням повітря шлунковий зонд підводять до наявного патологічного вогнища, а при спостереженні контролюють появу бульбашок повітря безпосередньо у ділянці перфорації. По другому варіанту виконання при перфораціях задньої стінки шлунка при введенні повітря через шлунковий зонд, шлунок заповнюють повітрям до створення надлишкового тиску, а при спостереженні контролюють вихід бульбашок повітря через сальниковий отвір та пролабування ділянки шлунково-ободової зв'язки.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Хворому в операційній під загальним знечуленням виконують лапароцентез у параумбілікальній точці на 1 - 2 см вище пупка троакаром 10 мм. Проводять інсуфляцію CO<sub>2</sub> до 10 - 12 мм рт.ст. Хворому надається положення з піднятим головою кінцем на 30 - 40°. У черевну порожнину вводиться ендовідеокамера та виконується огляд черевної порожнини. У разі виявлення ознак прикритої перфоративної виразки в правій підреберній ділянці виконується лапароцентез троакаром 5 - 10 мм для введення додаткових маніпуляторів-інструментів (анатомічний ендолапароскопічний затискач, ретрактор, відсмоктувач). Край печінки піднімається догори, патологічний вміст відсмоктується з черевної порожнини.

У шлунок вводиться тонкий зонд діаметром 5 - 6 мм. При цьому під контролем ендовідеокамери спостерігають його просування у напрямку антрального-пилоричного відділу, в разі потреби коригується його просування з боку черевної порожнини. При досягненні зонда до необхідної ділянки через нього 100 мл шприцом нагнітається повітря у шлунок. У разі перфорації через отвір у стінці шлунка чи ДПК можна спостерігати виділення бульбашок

газу. При цьому кількість введенного повітря може коливатись в межах від 100 до 300 мл. Для полегшення діагностики одним із інструментів можна зняти нашарування фібринозних плівок на стінці шлунка та ДПК.

При сумнівних симптомах перфорації шлунка під візуальним контролем ендовідеокамери або лапароскопа можна заповнити повітрям для створення надлишкового тиску, що у свою чергу може бути ознакою його герметичності з одного боку, та з другого, позитивним моментом для виштовхування "корки" при прикритих перфораціях. У разі перфорації задньої стінки шлунка при нагнітанні повітря у шлунок можна спостерігати пролабування на межі великої кривизни шлунка в ділянці шлунково-ободової зв'язки та вихід бульбашок газу через сальниковий отвір. Усе вищевказане дозволяє діагностувати перфорацію та атиповий перебіг при перфораціях виразкової хвороби шлунка та ДПК, що сприяє подальшому успішному хірургічному лікуванню.

У разі відсутності ендовідеохірургічного обладнання спосіб діагностики можна здійснити звичайним лапароскопом. Різниця полягатиме в тім, що спостереження буде проводитись лише через лапароскоп без трансляції на монітор. При виявленні перфоративної виразки шлунка або дванадцятипалої кишки в разі застосування ендовідеохірургічного обладнання можна здійснити ушивання виразки лапароскопічним методом. У випадках коли локалізація виразки не дозволяє здійснити ушивання лапароскопічно виконується лапаротомія та виконання операції традиційними хірургічними способами. При застосуванні запропонованого способу діагностики перфоративних виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у 100% випадків можна досягти позитивного результату діагностики та запобігти зволіканню у виконанні оперативного втручання та вичікуванню при атиповій клінічній картині захворювання.

Як видно з приведених даних, запропонований спосіб доцільно використовувати для діагностики хворих із атиповими формами виразкової хвороби, ускладненої перфорацією, що дозволяє суттєво підвищити ефективність лікування за рахунок своєчасного виконання оперативного втручання.

---

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)

вул. Сім'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