



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 62595

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА

1

2

(21) 2003043339

(22) 14 04 2003

(24) 15 12 2003

(46) 15 12 2003, Бюл. № 12, 2003 р.

(72) Діброва Юрій Андрійович

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ(57) Спосіб лікування виразкової хвороби шлунка,
що включає хірургічне втручання на шлунку, який

відрізняється тим, що на першому етапі проводять 3-4-тижневий курс терапевтичного лікування виразки шлунка з застосуванням зондового ентерального харчування, і якщо виразка шлунка загоюється, то виконують селективну проксимальну ваготомию з пілородуоденопластикою, а якщо рубцювання виразки не відбувається, то виконують резекцію шлунка

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії може бути використаний при лікуванні виразкової хвороби шлунка в поєднанні з виразковим пілородуоденальним стенозом

Відомі способи лікування виразкової хвороби шлунка, які включають в себе ступінчасту резекцію шлунка, висічення виразки шлунка, чи ваготомию з антрумектомією [1,2,3]

Недоліком цих способів є великий процент післяопераційної летальності, високий травматизм операції, та поява різних післярезекційних синдромів

Найбільш близьким аналогом являється є спосіб лікування виразкової хвороби шлунка, при якому виконується резекція 2/3 шлунка [4]

Недоліком цього способу є високий травматизм операції, великий процент післяопераційної летальності та виникнення різноманітних післярезекційних синдромів

Задачею винаходу є розробка такого способу лікування виразкової хвороби шлунка, який за рахунок попереднього тестового терапевтичного лікування забезпечував би більш точний вибір типу оперативного втручання, і за рахунок цього зниження травматичності операцій та числа післяопераційних ускладнень у вигляді післярезекційних синдромів

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування виразкової хвороби, який включає хірургічне втручання на шлунку, згідно винаходу, на першому етапі проводять 3-4 недільний курс терапевтичного лікування виразки шлунка з застосуванням зондового ентерального харчування, і якщо виразка загоюється, то виконують селектив-

ну проксимальну ваготомию з пілородуоденопластикою, а якщо рубцювання виразки не настає, то виконують резекцію шлунка

Проведення терапевтичного противиразкового лікування з застосуванням зондового ентерального харчування у хворих виразковою хворобою шлунка в поєднанні з виразковим пілородуоденальним стенозом на першому етапі дозволяє більш точно вибрати вид оперативного втручання і за рахунок цього зменшити кількість резекцій шлунка, що і забезпечує зниження травматичності операцій і кількості післяопераційних ускладнень у вигляді післярезекційних синдромів

Спосіб виконують наступним чином. На першому етапі хворому проводять 3-4 недільний курс противиразкового лікування в поєднанні з зондовим ентеральним харчуванням, не допускаючи при цьому прийом їжі через рот, за виключенням прийому противиразкових медикаментів. Курс противиразкового лікування проводять по методиці Григор'єва П.Я. та співавторів (1996) з включенням інгібіторів протонної помпи (контролок), ди-нола, метронідазолу та амоксициліну. Для проведення ентерального харчування за допомогою ендоскопу вводять термопластичний зонд в порожню кишку нижче рівня пілородуоденального стенозу. Через зонд проводиться харчування збалансованими сумішами, наприклад сумішами фірми "Фризени-ус". Через 3-4 неділі проводять контрольне ендоскопічне обстеження. Після повного рубцювання виразки шлунка виконують операцію селективну проксимальну ваготомию з пілородуоденопластикою. При відсутності рубцювання виразки проводять резекцію шлунка

(13) A

(11) 62595

(19) UA

Приклад 1 Хворий В (іст хвороби №4537/2002р) поступив на оперативне лікування з приводу виразки шлунка в поєднанні з виразковим субкомпенсованим пілородуоденальним стенозом. Діагноз підтверджено при клінічному обстеженні. За допомогою ендоскопа проведено термопластичний зонд в порожню кишку нижче рівня пілородуоденального стенозу. Контроль положення зонду проведено рентгенологічно. Через зонд налагоджено ентеральне харчування збалансованою харчовою сумішшю фірми Фрізеніус в кількості 1200мл за добу. Одночасно розпочатий курс противиразкового лікування: контролок по 20мг двічі на добу, де-нол по 120мг чотири рази на добу, метронідазол по 250мг чотири рази на добу, амоксицилін по 500мг чотири рази на добу. Контрольне ендоскопічне обстеження, проведене через 3 тижні показало повне рубцювання виразки шлунка. Після цього проведена операція селективна проксимальна ваготомія з пілородуоденопластикою. В віддаленому періоді стан хворого розцінений як добрий, рецидиву виразки не було.

Приклад 2 Хвора Л (іст хвороби №2801/2000р) поступила на оперативне лікування з приводу виразки шлунка в поєднанні з виразковим субкомпенсованим пілородуоденальним стенозом. Діагноз підтверджено при клінічному обстеженні. За допомогою ендоскопа проведено термопластичний зонд в порожню кишку нижче рівня пілородуоденального стенозу. Контроль положення зонду проведено рентгенологічно. Через зонд налагоджено ентеральне харчування збалансованою харчовою сумішшю фірми "Фрізеніус" в кількості 1300мл за добу. Одночасно розпочатий курс противиразкового лікування: контролок по 20мг двічі на добу, де-нол по 120мг чотири рази на добу, метронідазол по 250мг чотири рази на добу, амоксицилін по 500мг чотири рази на добу. Контрольне ендоскопічне обстеження, проведене через 4 тижні показало повну відсутність ознак рубцювання виразки шлунка. В зв'язку з цим проведена операція резекція шлунка по Більрот-II. В віддаленому періоді скаржилась на наявність демпінг-синдрому I-II ст.

За запропонованим способом проліковано 6 пацієнтів з виразкою шлунка в поєднанні з вираз-

ковим субкомпенсованим пілородуоденальним стенозом. Причому 5 хворим, у яких після проведеного 3-4 недільного курсу противиразкового лікування в поєднанні з зондовим ентеральним харчуванням виразка шлунка зарубцювалась, була проведена селективна проксимальна ваготомія з пілородуоденопластикою. І лише у однієї хворої, у якої після проведеного лікування рубцювання виразки не наступило, проведена резекція шлунка. У всіх 5 хворих віддалені результати розцінені як добрі, рецидивів виразки не було.

При аналізі результатів лікування, проведених по способу - найближчого аналогу, резекція 2/3 шлунка проведена у 5 із 6 хворих. Одному хворому, в силу об'єктивних обставин, проведено висічення виразки з пілородуоденопластикою. В подальшому у цього хворого виникла рубцева деформація шлунка і рецидив виразки шлунка. У 4 із 5 хворих, яким була проведена резекція шлунка, виникли післярезекційні синдроми різного ступеня тяжкості.

Таким чином, порівняння з найближчим аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє більш точно провести вибір виду оперативного втручання та за рахунок цього знизити травматичність операцій і число післяопераційних ускладнень у вигляді після резекційних синдромів.

Джерела інформації

1 Постолов П. М., Самохвалов В. И. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия, 1984, №2, С 139-144.

2 Самохвалов А. В., Кузин Н. М., Постолов П. М. Резекция желудка и ваготомия с экономной резекцией желудка в лечении сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия, 1984 №9, С 11-14.

3 Сытник А. П., Наумов Б. А. Выбор метода операции при язвенной болезни желудка. Хирургия, 1995, №3, С 59-63.

4 Нечай А. И., Меркулов О. А. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Вестник хирургии, 1988, №10, С 19-23 - ближайший аналог.