



УКРАЇНА

(19) UA (11) 56892 (13) A

(51) 7 A61B10/00

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

(54) СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

1

2

(21) 2002108440

(22) 24 10 2002

(24) 15 05 2003

(46) 15 05 2003, Бюл. № 5, 2003 р.

(72) Бурій Олександр Миколайович, Кожара  
Світлана Павлівна, Харпановська Олена Павлівна  
(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ  
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ(57) Спосіб прогнозування виразкової хвороби  
дванадцятипалої кишки, який включає введення  
розчину соляної кислоти в порожнину дванадцяти-

палої кишки, визначення рН шлункового вмісту і наявності його пасажу в дванадцятипалу кишку, який відрізняється тим, що додатково визначають об'єм секреції підшлункової залози, після чого в порожнину дванадцятипалої кишки вводять рослинну олію, визначають час скорочення жовчного міхура і, якщо об'єм секреції підшлункової залози є меншим за 180 мл, а час скорочення жовчного міхура є довшим за 45 хвилин, прогнозують розвиток виразкової хвороби дванадцятипалої кишки

Винахід відноситься до медицини, а саме до діагностики, і може бути використаний для прогнозування розвитку виразкової хвороби дванадцятипалої кишки

Відомі спроби прогнозування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, які включають вивчення моторно-евакуаторної та секреторної діяльності шлунка та дванадцятипалої кишки, морфологічні та мікробіологічні дослідження [1, 2, 3]

Недоліком цих способів є низька точність через відсутність об'єктивних критеріїв

Найближчим аналогом є спосіб прогнозування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, який включає введення розчину соляної кислоти в порожнину дванадцятипалої кишки і визначення рН шлункового вмісту і наявності його пасажу в дванадцятипалу кишку, і якщо рН шлункового вмісту знаходиться в межах 1,0 - 2,0, а пасаж шлункового вмісту в дванадцятипалу кишку з'являється в період з 10-ї до 40-ї хвилини від початку дослідження, то прогнозують розвиток виразкової хвороби дванадцятипалої кишки [4]

Недоліком аналогу є недостатня точність, так як мала кількість критеріїв, що беруться до уваги, значно розширює коло пошуку і зменшує можливості для диференційної діагностики

Задачею винаходу являється розробка такого способу прогнозування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, який за рахунок визначення об'єктивних показників параметрів шлункового та кишкового вмісту, а також оцінки функціонального

стану підшлункової залози та жовчного міхура, дозволить би підвищити точність прогнозування розвитку виразкової хвороби дванадцятипалої кишки

Поставлена задача вирішується тим, що в спосіб прогнозування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, який включає введення розчину соляної кислоти в порожнину дванадцятипалої кишки і визначення рН шлункового вмісту і наявності його пасажу в дванадцятипалу кишку, згідно винаходу додатково визначають об'єм секреції підшлункової залози, після чого в порожнину дванадцятипалої кишки вводять рослинну олію і визначають час скорочення жовчного міхура, і якщо об'єм секреції підшлункової залози є меншим за 180 мл, а час скорочення жовчного міхура є довшим за 45 хвилин, то прогнозують розвиток виразкової хвороби дванадцятипалої кишки

Додаткове визначення об'єму секреції підшлункової залози і часу скорочення жовчного міхура дозволяє підвищити точність діагностики, так як звужує коло пошуку і надає більше можливостей для диференційної діагностики

У наведених формулі винаходу числові значення об'єму секреції підшлункової залози і часу скорочення жовчного міхура визначені під час клінічного дослідження 20-ти хворих. Дані зведені в таблицю

Спосіб здійснюють наступним чином. Дослідження проводять вранці натще. Для зондування використовують двоканальний зонд. Правильність знаходження зонду (шлунковий кінець в антраль-

(13) A

(11) 56892

(19) UA

ному відділі шлунка, олива в середній третині нижнього відділу дванадцятипалої кишки ) контролюють за допомогою рентгену або УЗД. Якщо зонд встановлено правильно, починають збір базального шлункового і дуоденального вмісту 5-ти хвилинними порціями, визначають їх рН. Шлунковий і кишковий вміст витікають довільно. Після припинення секреції базального дуоденального вмісту в дуоденальний кінець зонда вводять 30мл 0,5% розчину соляної кислоти. Відмічають час від початку введення розчину соляної кислоти до початку секреції підшлункової залози, після чого збирають секрет підшлункової залози 5-ти хвилинними порціями. Відкачують час появи пасажу шлункового вмісту в дванадцятипалу кишку, вимірюють об'єм

секреції підшлункової залози. Після припинення секреції підшлункової залози в дуоденальний кінець зонда вводять 20 мл рослинної олії. Відмічають час від початку введення рослинної олії до появи міхурової жовчі, після чого збирають міхурову жовч 5-ти хвилинними порціями, визначають час скорочення жовчного міхура, і якщо рН шлункового вмісту знаходиться в межах 1,0-2,0, пасаж шлункового вмісту в дванадцятипалу кишку з'являється в період з 10-ї до 40-ї хвилини від початку дослідження, об'єм секреції підшлункової залози є меншим за 180мл, а час скорочення жовчного міхура є довшим за 45 хвилин, то прогнозують розвиток виразкової хвороби дванадцятипалої кишки.

Таблиця

Хворий	Об'єм секреції підшлункової залози, мл	Час скорочення жовчного міхура, хв	Прогноз розвитку виразкової хвороби дванадцятипалої кишки
К, і/х1463	175	50	так
А, і/х1224	185	40	ні
С, і/х1395	150	60	так
П, і/х1280	120	65	так
Л, і/х1232	170	70	так
О, і/х1140	110	55	так
Б, і/х1490	200	45	ні
М, і/х1368	100	75	так
Ф, і/х1275	70	80	так
С, і/х1287	80	85	так
М, і/х1356	60	50	так
М, і/х1349	220	45	ні
А, і/х1491	165	90	так
С, і/х1286	130	60	так
К, і/х1469	50	75	так
Л, і/х1343	85	60	так
В, і/х1312	190	35	ні
Г, і/х1359	140	70	так
М, і/х1235	230	30	ні
С, і/х1382	95	80	так

Приклад 1. Хворий К, 1982 року народження, і/х №1463. Знаходився на обстеженні в діагностичному відділенні інституту хірургії та трансплантології з 13 09 2001 по 20 09 2001. Хворий скаржився на болі в епі-гастральній ділянці, що посилювались після їжі. Хворому було проведено гастродуоденальне зондування з рентгенологічним контролем положення зонда. Результати за даними рентгенологічного дослідження: шлунковий кінець зонда знаходиться в антральному відділі шлунка, олива на рівні Фатерова соска. рН базального шлункового вмісту 1,0, рН базального дуоденального вмісту 7,0. Після введення розчину соляної кислоти в дуоденальний кінець зонда секрет підшлункової залози з'явився через 5 хвилин, рН дуоденального вмісту 8,0, рН шлункового вмісту 1,0. Через 10 хвилин від початку введення розчину соляної кислоти рН дуоденального вмісту 3,0, рН шлункового вмісту 1,0 (прискорений пасаж шлункового вмісту в дванадцятипалу кишку). За час секреції підшлункової залози виділилось 175мл секрету. Після припинення секреції підшлункової залози в дуоденальний кінець зонда було введено рослинну олію. Міхурова жовч з'явилася через 15

хвилин, час скорочення жовчного міхура становив 50 хвилин. На основі отриманих результатів у хворого було прогнозовано розвиток виразкової хвороби дванадцятипалої кишки і проведено фіб्रोєзофагогастродуоденоскопічне дослідження. Заключення: гастрит. При повторному зверненні через два місяці при проведенні фіб्रोєзофагогастродуоденоскопії у хворого була виявлена виразка луковиці дванадцятипалої кишки.

Приклад 2. Хворий А, 1973 року народження, і/х №1224. Знаходився на обстеженні в діагностичному відділенні інституту хірургії та трансплантології з 12 03 2002 по 19 03 2002. Хворий скаржився на нудоту, болі в епігастральній ділянці. Хворому було проведено гастродуоденальне зондування з рентгенологічним контролем положення зонда. Результати за даними рентгенологічного дослідження: шлунковий кінець зонда знаходиться в антральному відділі шлунка, олива на рівні Фатерова соска. рН базального шлункового вмісту 2,0, рН базального дуоденального вмісту 7,0. Після введення розчину соляної кислоти в дуоденальний кінець зонда секрет підшлункової залози з'явився через 5 хвилин, рН дуоденального вмісту 8,0, рН

шлункового вмісту 2,0. Через 30 хвилин від початку введення розчину соляної кислоти рН дуоденального вмісту 3,0, рН шлункового вмісту 2,0 (при скорений пасаж шлункового вмісту в дванадцятипалу кишку). За час секреції підшлункової залози виділилось 185мл секрету. Після припинення секреції підшлункової залози в дуоденальний кінець зонда було введено розчинну олію Міхурова жовч з'явився через 15 хвилин, час скорочення жовчного міхура становив 40 хвилин. За результатами дослідження у хворого не було прогнозовано розвиток виразкової хвороби дванадцятипалої кишки. При проведенні фібрософагогастродуоденоскопії у хворого було діагностовано гастродуоденіт. При подальшому спостереженні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у хворого не виявлено.

Запропонованим способом було проведено діагностику у 20-ти пацієнтів. У 15-ти пацієнтів було прогнозовано розвиток виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, що підтвердилось при

подальшому спостереженні.

Таким чином, застосування даного методу підвищує точність прогнозування розвитку виразкової хвороби дванадцятипалої кишки.

Джерела інформації

1. Комаров Ф.И., Гребнев А.Л., под ред. Руководство по гастроэнтерологии // М - Медицина - 1995 - 672ст.

2. Эседов Э.М., Мурадова В.Р., Мамаев С.Н. Роль ферментной антиоксидантной системы и инфекции *Helicobacter Pylori* в патогенезе язвенной болезни и их влияние на эффективность лечения // Терапевтический архив - 1999 - Т 71 - №2 - ст 19 - 22.

3. A mechanism by which *Helicobacter Pylori* infection of the antrum contributes to the development of duodenal ulcer / L. Olbe, A. Hamlet, J. Dalenback, L. Fandriks. Gastroenterology - 1996 - V 110 - №5 - p 1386 - 1394.

4. Патент України №48877А, МПК А61В10/00, 2002 - найближчий аналог.