



УКРАЇНА

(19) UA (11) 34883 (13) A

(51) B 6 A61K31/00, A61K47/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПОСТВАГОТОМНОГО ГАСТРОСТАЗУ

(21) 99074063

(22) 15.07.1999

(24) 15.03.2001

(46) 15.03.2001, Бюл. № 2, 2001 р.

(72) Лупальцов Володимир Іванович, Ягнюк Андрій
Іванович, Хаджієв Оразгельди Чарієвич(73) ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб лікування постваготомного гастростазу, який включає внутрішньовенне введення серотоніна-адіпіната в ранньому післяопераційному терміні, а також аспірацію із шлунку, електростимуляцію, парентеральне харчування і корекцію водно-електролітного балансу, який відрізняється тим, що додатково в ранньому післяопераційному терміні призначають внутрішньовенне введення ерітроміцину добовою дозою 400 мг в 50 мл фізіологічного розчину двічі на добу.

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використаним для лікування постваготомного порушення моторно-евакуаторної функції шлунку - гастростазу.

При резекціях шлунку і ваготоміях, у зв'язку з парасимпатичною денервацией шлунку, порушення моторно-евакуаторної діяльності шлунку або його куплі є найбільш вираженими. Відомо, що ці ускладнення в ранньому післяопераційному терміні зустрічаються у 9-23% хворих /Горпинич А.Б. Профилактика и лечение постваготомических и пострезекционных нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Автор на соискан.уч.степ.д.м.н., М., 1997/. Відомо також, що одне із перших місць серед чинників, які призводять до релапаротомій, як при органозберігаючих операціях на шлунку, так і при резекційних методах, посідають порушення шлункової евакуації.

Більшість авторів дотримується думки, що поновлення моторно-евакуаторної функції шлунку необхідно виконувати в 1-у - 2-у добу післяопераційного періоду, що сприяє скорішому видужуванню хворих /Зайцев В.Т. и соавт. Нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка у больных после органосохраняющих операций с ваготомией//Хирургия.-1992.- № 2.-с.9-11/.

Для лікування постваготомних порушень моторно-евакуаторної функції шлунку використовують цілий ряд лікувальних заходів: відміну прийому їжі з корекцією процесів обміну іншими способами під контролем лабораторних досліджень, постійну або періодичну декомпресію шлунку, юнорез з бензогексонієм на епігастральну область, електростимуляцію шлункової діяльності,

протизапальну рентгенотерапію тощо /Волобуєв Н.Н. и соавт. Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения ваготомии//Хирургия.- 1995.- №6.-с.38-40/.

Так, наприклад, відомий спосіб лікування атоніко-гіпокінетичного синдрому, який включає дію черезшкірної електростимуляції шлунку, ендогенного внутрішньопорожнинного пневмомасажу шлунка і відвідної кишки, маломінералізованої слабколужної мінеральної води типу нафтусі /Бенедикт В.В. Функциональное состояние желудка после ваготомии и коррекции некоторых постваготомических осложнений//Хирургия.-1991.-№ 3.-С.52-57/.

Недоліком даного методу є складність його проведення, велика вартість процедур.

Відомий спосіб відновлення моторно-евакуаторної функції шлунку, який включає регіональну стимуляцію лімфоутворення і лімфовідтоку за допомогою суміші ліків /Джумабаєв С.У., Мехманов А. Ваготомия в печени язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и ее осложнения//Хирургия.-1993.-№ 7, с.31-34/. Стимуляцію здійснюють через мікроіригатор, який вшивають в круглу зв'язку печінки в кінці хірургічного втручання. При цьому використовують суміш, яка складається із терралітину і гепарину /20000-30000 ОД/, які розчиняють в 200 мл 0,25% розчину новокаїну. В важких випадках для підсилення тромболітичних властивостей суміші додають розчин лідази.

Стимуляція лімфоутворення і лімфовідтоку із органів верхнього поверху черевної порожнини, в тому числі із денервованого шлунка, сприяє ко-

(19) UA (11) 34883 (13) A

рекції мікроциркуляції і ранньому відновленню моторно-евакуаторної функції шлунка.

До недоліків способу можливо віднести його травматичність, можливість гнійних ускладнень, складність виконання.

Відомий спосіб лікування гастростазу 1-2 ступеня тяжкості шляхом призначення церукалу, бензогексонію або їх одночасним призначенням /Рымагов Г.П. Ошибки, опасности и осложнения в желудочной хирургии: Справ. пособие. - Минск "Высш. школа". - 1993. - 183 с./ Церукал не має суттєвої побічної реакції і використовується більш широко. Бензогексоній інколи впливав несприятливо на гемодинаміку. При необхідності в терапевтичний комплекс включали ніпельне зондування шлунку для його адекватної декомпресії.

Було розроблено комплекс реабілітаційних заходів, направлених на корекцію моторно-евакуаторних порушень після ваготомії, який включає гротерту їжу, електростимуляцію перистальтики шлунку апаратом "Ендотон", електрофорез з 0,1% ацетилхоліном на надчеревну область, призначення бензогексонію, метоклопраміда, окситоцина та інші препарати по показанням /Никоненко А.С., Грушко В.А., Охрименко Г.И., Кошинец М.Ю. Состояние моторно-эвакуаторной функции желудка и реабилитация больных после ваготомии//Врач. дело -1992.-№ 2.-С.37-41/.

Багато дослідників серед головних причин розладів моторно-евакуаторної діяльності шлунка після ваготомії виділяють порушення складних нервових і гуморальних механізмів регуляції евакуаторної здібності шлунково-кишкового тракту. Одним із представників гуморальних регуляторів скорочувальної активності гладкої мускулатури ШКТ є серотонін. А.П.Симоненков і співавт. /1994/ показали, що серотонін активізує діяльність гладкої мускулатури.

Розроблено і впроваджено в клінічну практику спосіб профілактики і лікування постваготомного гастростазу шлунка серотоніном-адіпінатом починаючи з першої доби післяопераційного терміну /Горпинич А.Б. Профилактика и лечение постваготомических и пострезекционных нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Автор на соискан. уч. степ. д.м.н., Москва.-1997/. Спосіб полягає в тому, що використання серотоніна-адіпіната починали до кінця першої-початку другої доби після операції. Разовою дозою була обрана доза 10 мг. Препарат вводять із швидкістю 2-2,5 мг/хв /10 мг - 1,0 мл 1% розчину серотоніна-адіпіната розчином в 20 мл фізіологічного розчину і вводили внутрішньовенно в перебігу 4-5 хв/. Частіше всього його вводили в сукупності з церукалом. Терапевтичний комплекс крім медикаментозної стимуляції включав аспірацію шлунку, електростимуляцію, парентеральне харчування, корекцію водно-електролітного балансу.

Внутрішньовенне введення серотоніну-адіпінату після ваготомії значно збільшує рухому активність гладкої мускулатури відділів ШКТ, у тому числі призводить до суттєвого росту скорельованості міоелектричної активності гастродуоденального комплексу.

Вицезгаданий спосіб лікування порушень моторно-евакуаторної функції шлунка після ва-

готомії є найбільш близьким по суті до того, що заявляється, тому його обрано за прототип.

Основним недоліком способу-прототипа та інших відомих способів є їх недостатній вплив на швидкість вивільнення шлунку, що може бути чинником зниження ефективності лікування порушень його моторно-евакуаторної функції в післяопераційному періоді.

В основу винаходу покладено задачу підвищення ефективності лікування постваготомного гастростазу шляхом збільшення швидкості вивільнення шлунку.

Задача, яка покладена в основу винаходу, вирішується тим, що у відомому способі лікування постваготомного гастростазу, який включає внутрішньовенне введення серотоніну-адіпінату в ранньому післяопераційному терміні у супроводженні аспірації шлунку, електростимуляції, парентерального харчування, корекції водно-електролітного балансу, згідно з винаходом, додатково внутрішньовенно призначають ерітроніцин в добовій дозі 400 мг в 50 мл фізіологічного розчину за два прийоми.

Внутрішньовенний ерітроніцин значно покращує шлункове опорожнення після ваготомії, стимулюючи шлункову рухомість. Це важливо насамперед тому, що раннє наповнення шлунку може бути із-за відсроченого шлункового вивільнення, а не із-за зменшення резервуару шлунка.

Спосіб виконують слідуючим чином: після ваготомії хворим до кінця 1-ої - початку 2-ої доби виконують внутрішньовенне введення серотоніну-адіпінату і ерітроніцину. Для чого серотонін-адіпінат в кількості 10 мг розчиняють в 200 мл фізіологічного розчину і вводять із швидкістю 2-2,5 мг/хв крапельно. Після чого вводять внутрішньовенно ерітроніцин в дозі 200 мг на 50 мл фізіологічного розчину двічі на добу. Паралельно хворим проводять аспірацію шлунку, електростимуляцію, парентеральне харчування, корекцію водно-електролітного балансу по показанням. Всі процедури виконують до нормалізації клінічних показників.

Спосіб ілюструє слідуючий приклад. Хворий N, 42 років, іс. хвороби № 2217 Госпіталізований в невідкладну чергу із скаргами на різку "кінджалоподібну" біль в шлунку, нудоту, одноразову блювоту, через 6 годин від початку захворювання.

При обстеженні було виявлено "дошкоподібне" напруження м'язів, перкуторне зникнення печінкової тупості, позитивний симптом Щьоткіна-Блюмберга.

При рентген-обстеженні наявність вільного газу у черевній порожнині під обома куполами діафрагми. Був виставлений діагноз: перфоративна виразка 12-палої кишки і хворий був прооперований через 2 години після надходження в стаціонар. Операція: Селективна проксимальна ваготомія, іссчення виразки за Джадом-Хорслі.

В ранньому післяопераційному періоді, на початку другої доби, діагностовано післяваготомний гастростаз /скарги на відчуття ваги у шлунку, нудоту, затримку BaSO₄ понад 12 годин при рентгенологічному обстеженні, зниження амплітуди електрогастрограм/.

В зв'язку з чим проведено лікування цієї патології, яке включало в себе аспірацію шлункового

вмістимого, електростимуляцію шлунка, корекцію водно-сольового балансу. Також хворому на протязі 3 днів було введено внутрішньовенно серотонін-адіпінат по 10 мг розведених у 300 мл фізіологічного розчину двічі на добу з наступним вве-

денням 200 мг ерїтроміцину в 50 мл фізіологічного розчину в добовій дозі 400 мг.

Після чого на 4 добу було відмічено покращення стану хворого, зникнення явищ гастростазу.

Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»
Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101
(03122) 3 – 72 – 69 (03122) 2 – 57 – 03
