



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **640**

(51) **МПК(2014)**
A 61 B 17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

- (21) 1400845
(22) 28.03.2014
(46) Бюл.99, 2014
(71) ГУ Институт гастроэнтерологии АМН
Министерства здравоохранения и социальной
защиты населения РТ(ТJ).
(72) Азимова С.М. (ТJ); Кодиров Ф.Д. (ТJ);
Кадыров Д.М. (ТJ); Шарипов В. (ТJ);
Зоидов Т.К. (ТJ).
(73) ГУ Институт гастроэнтерологии АМН
Министерства здравоохранения и социальной
защиты населения РТ(ТJ).
(54) **СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ
ДЕКОМПЕНСАЦИИ МОТОРНО-
ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА
ПРИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ
ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ**
(56) 1. Панцырев Ю.М., Гринберг А.А. Ваготомия
при осложнённых дуоденальных язвах.- М.:, 1979.-
159 с.
(57) Изобретение относится к медицине, а именно
хирургической гастроэнтерологии и может быть

2

использовано при хирургическом лечении язвен-
ных пилородуоденальных стенозов.

По данному способу за день до операции про-
водят рентгенопланиметрию с церукалом. При
этом больному внутривенно вводят 10 мг церукала
и дают выпить 200 мл водной взвеси сульфата
бария. Затем рентгенологически контролируют
время полной эвакуации из желудка через 30 и 60
мин. В зависимости от ответной реакции эвакуато-
рной функции желудка на введение церукала опре-
деляют четыре степени сохранности резервных
возможностей моторно-эвакуаторной функции
желудка: I степень – полная эвакуация бария из
желудка в течение 30 мин, II степень – полная
эвакуация бария в течение 60 мин, III степень –
через 60 мин когда в желудке сохраняется опреде-
ленное количество сульфата бария, IV степень –
через 60 минут когда эвакуация из желудка отсут-
ствует. Исходя из полученных результатов опреде-
ляют способ хирургического лечения и прогнози-
рования риска развития постваготомического га-
стростаза.

Изобретение относится к медицине, а именно хирургической гастроэнтерологии и может быть использовано при хирургическом лечении язвенных пилородуоденальных стенозов.

Прототипом является способ, при котором на основании клинических, рентгенологических и электрогастрографических данных выделяются четыре стадии: формирующийся, компенсированный, субкомпенсированный и декомпенсированный [Панцырев Ю.М., Гринберг А.А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. – М.: Медицина, 1979. – 159 с.].

Недостатком известного способа является отсутствие объективных тестов, разграничивающих степень декомпенсации моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) желудка при стенозе.

Отрицательными сторонами способа являются:

1. Не позволяет определить критерии применения органосохраняющей технологии с ваготомией при декомпенсированном стенозе.
2. Не позволяет прогнозировать риск развития постваготомического гастростаза до операции.

Цель изобретения: определение возможности применения ваготомии в сочетании с дренирующими операциями с учетом степени сохранности функциональных резервов МЭФ желудка и прогнозирование риска развития постваготомического гастростаза при язвенном стенозе на стадии декомпенсации.

Поставленная цель достигается выполнением рентгенопланиметрии на фоне стимуляции МЭФ желудка церукалом.

Реализация заявленного технического решения иллюстрируется следующими рисунками, где изображены

На Фиг. 1-2 - рентгенопланиметрия желудка с церукалом при декомпенсации I степени: Фиг. 1 - исходный рентгенснимок желудка, Фиг. 2 - полная эвакуация сульфата бария из желудка спустя 30 минут после введения церукала.

На Фиг. 3-5 - рентгенопланиметрия желудка с церукалом при декомпенсации МЭФ II степени: Фиг. 3 - исходный рентгенснимок желудка после принятия сульфата бария, Фиг. 4 - через 30 мин, Фиг. 5 - полная эвакуация сульфата бария из желудка через 60 мин после введения церукала.

На Фиг. 6-8 - рентгенопланиметрия желудка с церукалом при декомпенсации МЭФ III степени: Фиг. 6 - исходный рентгенснимок желудка после приема 200 мл сульфата бария, Фиг. 7 - сохранение более 1/2 сульфата бария через 30 минут после введения церукала в полости желудка, Фиг. 8 - сохранение около 1/3 сульфата бария через 60 минут в желудке.

На Фиг. 9-11 - рентгенопланиметрия желудка при декомпенсации IV степени: Фиг. 9 - исходный рентгенснимок желудка после принятия 200 мл

сульфата бария, Фиг. 10 – отсутствие эвакуации из желудка через 30 минут после введения церукала, Фиг. 11 - остаток большого количества сульфата бария через 60 минут после введения церукала в желудок.

Способ осуществляется следующим образом: вначале рентгенологически верифицируется наличие язвенного пилородуоденального стеноза в стадии декомпенсации, основным критерием которой является задержка полной эвакуации сульфата бария из желудка более 24 часов.

После адекватной предоперационной подготовки больного, за день до операции, определяется степень сохранности функциональных резервов моторно-эвакуаторной функции желудка путем рентгенопланиметрии с церукалом. Для этой цели применяется следующий тест: после внутривенного введения 10 мг церукала и дачи больному 200 мл водной взвеси сульфата бария рентгенологически контролируется время полной эвакуации из желудка через 30 и 60 минут. В зависимости от ответной реакции эвакуаторной функции желудка на введение церукала выделяются четыре степени сохранности резервных возможностей МЭФ желудка: I степень (А, отличная) – полная эвакуация бария из желудка в течение 30 мин; II степень (Б, хорошая) – полная эвакуация бария в течение 60 мин; III степень (В, удовлетворительная) – через 60 мин в желудке сохраняется определенное количество сульфата бария; IV степень (Г, неудовлетворительная) – через 60 минут эвакуация из желудка отсутствует.

Полученные результаты рентгенопланиметрии позволяют выделить четыре уровня сохранности функциональных резервов моторно-эвакуаторной функции желудка. Соответственно, декомпенсированный стеноз подразделяется на четыре степени: функциональная декомпенсация I, II, III степени и дегенерация миоструктуры желудка IV степени.

Исходя из полученных результатов определяют способ хирургического лечения и прогнозирования риска развития постваготомического гастростаза.

Пример № 1. Больная Д., 29 лет, поступила с жалобами боли в эпигастрии после приема пищи, отрыжку тухлым, рвоту с остатками пищи. Язвенной болезнью страдает в течение 5 лет. Объективно: общее состояние удовлетворительное, пониженное питание, в эпигастриальной области определяется болезненность и «шум плеска». В результате эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) установлено, что имеются язва луковицы двенадцатиперстной кишки, залуковичный стеноз в стадии декомпенсации. Рентгенологическое исследование показало, что желудок эктазирован, эвакуация резко замедлена, залуковичная часть двенадцатиперстной кишки сужена, через 3, 6 и 12 часов более 1/2 сульфата бария остается в желудке, через 24 часа около 10% бария остается в желудке; залуковичный дуоденостеноз в стадии декомпенсации; залуковичный дуоденостеноз в стадии декомпенсации.

В течение 15 дней проведена консервативная терапия и предоперационная подготовка. Проведена рентгенопланиметрия желудка с церукалом: в течение 30 минут произошла полная эвакуация сульфата бария из желудка, установлена декомпенсация МЭФ желудка I степени. Произведена селективная проксимальная ваготомия в сочетании с поперечным гастродуоденоанастомозом. Послеоперационный период протекал гладко, моторно-эвакуаторные нарушения желудка не наблюдались. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Пример № 2. Больной С., 35 лет, поступил с жалобами боли в эпигастрии после приема пищи, на отрыжку тухлым, рвоту с остатками пищи. Язвенной болезнью страдает в течение 10 лет. ЭГДС: язва луковицы двенадцатиперстной кишки, залуковичный стеноз в стадии декомпенсации. Рентгенологическое исследование желудка: желудок эктазирован, эвакуация резко замедлена, залуковичная часть двенадцатиперстной кишки сужена, через 3, 6 и 12 часов более 1/2 сульфата бария остается в желудке, через 24 часа около 25% бария остается в желудке; залуковичный дуоденостеноз в стадии декомпенсации. В течение 15 дней проведена консервативная терапия и предоперационная подготовка. Рентгенопланиметрия желудка с церукалом: в течение 60 минут произошла полная эвакуация сульфата бария из желудка, декомпенсация МЭФ желудка II степени. Произведена операция селективная проксимальная ваготомия в сочетании с дуоденопластикой по Финнею. Послеоперационный период протекал гладко, моторно-эвакуаторные нарушения желудка не наблюдались. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Пример № 3. Больной С., 36 лет, поступил с жалобами боли в эпигастрии после приема пищи, на отрыжку тухлым, рвоту с остатками пищи. Язвенной болезнью страдает в течение 15 лет. ЭГДС: язва луковицы двенадцатиперстной кишки, залуковичный стеноз в стадии декомпенсации. Рентгенологическое исследование желудка: желудок эктазирован, эвакуация резко замедлена, луковица двенадцатиперстной кишки деформирована и сужена, через 3, 6 и 12 часов более 1/2 сульфата бария остается в желудке, через 24 часа около 25% бария остается в желудке; луковичный дуоденостеноз в стадии декомпенсации. В течение 15 дней проведена консервативная терапия и предопераци-

онная подготовка. Рентгенопланиметрия желудка с церукалом: через 60 минут в желудке остается около 20% сульфата бария; декомпенсация МЭФ желудка III степени. Произведена операция изолированная дуоденопластика по Финнею без сочетания с ваготомией. Послеоперационный период протекал гладко, моторно-эвакуаторные нарушения желудка не наблюдались. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Пример № 4. Больной Ч., 46 лет, поступил с жалобами боли в эпигастрии после приема пищи, отрыжку тухлым, рвоту с остатками пищи. Язвенной болезнью страдает в течение 20 лет. ЭГДС: рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, залуковичный стеноз в стадии декомпенсации. Рентгенологическое исследование желудка: желудок эктазирован, эвакуация резко замедлена, луковица двенадцатиперстной кишки деформирована и сужена, через 3, 6 и 12 часов более 1/2 сульфата бария остается в желудке, через 24 часа около 50% бария остается в желудке; луковичный дуоденостеноз в стадии декомпенсации. В течение 15 дней проведена консервативная терапия и предоперационная подготовка. Рентгенопланиметрия желудка с церукалом: через 60 минут эвакуация сульфата бария из желудка не наступила; декомпенсация МЭФ желудка IV степени. Произведена операция резекция 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера. Послеоперационный период протекал гладко, выписан в удовлетворительном состоянии.

Предложенный способ определения степени декомпенсации моторно-эвакуаторной функции желудка при стенозе язвенной этиологии имеет ряд преимуществ:

1. Является простым в применении.
2. Позволяет определить степень сохранности функциональных резервов моторно-эвакуаторной функции желудка у больных пилородуоденальным стенозом в стадии декомпенсации.
3. Конкретизирует показания к применению селективной проксимальной ваготомии с дренирующими операциями при декомпенсированном стенозе.
4. Позволяет прогнозировать риск развития постваготомического гастростаза.

Формула изобретения

Способ определения степени декомпенсации моторно-эвакуаторной функции желудка при пилородуоденальном стенозе язвенной этиологии, включающий рентгенологическое верифицирование наличия язвенного пилородуоденального стеноза, **отличающийся тем, что** за день до операции проводят рентгенопланиметрию с церукалом, при котором больному внутривенно вводят 10 мг церукала и дают выпить 200 мл водной взвеси сульфата бария, после чего рентгенологически контролируют время полной эвакуации из желудка через 30 и 60 минут и в зависимости от ответной реакции эвакуаторной

функции желудка на введение церукала определяют четыре степени сохранности резервных возможностей моторно-эвакуаторной функции желудка: I степень – полная эвакуация бария из желудка в течение 30 мин, II степень – полная эвакуация бария в течение 60 мин, III степень – через 60 мин когда в желудке сохраняется определенное количество сульфата бария, IV степень – через 60 минут когда эвакуация из желудка отсутствует, и исходя из полученных результатов определяют способ хирургического лечения и прогнозирования риска развития постваготомического гастростаза.

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.

Способ определения степени декомпенсации моторно-эвакуаторной функции желудка при пилородуоденальном стенозе язвенной этиологии



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6



Фиг. 7



Фиг. 8



Фиг. 9



Фиг. 10



Фиг. 11