



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **308**

(51)) **МПК(2006) А 61 В**
17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 0900334

(22) 09.07.2009

(46) Бюл.57 (1), 2010

(71) Давлятов С.Б. (ТJ); Абдуфатоев Т.А. (ТJ);
Асадов С.К. (ТJ).

(72) Давлятов С.Б. (ТJ); Абдуфатоев Т.А. (ТJ);
Асадов С.К. (ТJ).

(73) Давлятов С.Б. (ТJ); Абдуфатоев Т.А. (ТJ);
Асадов С.К. (ТJ).

(54) **СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОТЯЖЕННОСТИ
РУБЦОВОГО СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА**

(56) 1. Ванцен Э.Н., Тошаков Р.А. Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода 1971 г.

2. Васильев Ю.В., Дзугаев С.Г. Особенности исследования пищевода и желудка у детей эзофиброскопом, Журнал Педиатрия № 3, 1976 г.

3. Давлятов С.Б. Канд. Диссерт. Диагностики и лечение ожога пищевода 11-111 степени у детей. Душанбе 2000 г.

4. Черноусов А.Ф., Богополский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода руководство для врачей Москва, 2000 г.

2

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к грудной хирургии.

Способ заключается в том, что после фиброэзофагоскопии и определения верхней границы и степени сужения в желудок проводят тонкий резиновый катетер (с металлическим проводником) диаметром 0,1-0,2 см с вмонтированным резиновым мешочком на конце, который заполняют контрастной смесью (жидкий сульфат бария, йодолипол и др.) в количестве, зависящем от возраста ребенка и степени сужения пищевода. Мешочек с контрастной смесью в зоне сужения протягивают ретроградно в пищевод до препятствия соответственно нижней границе стриктуры. Через носовые ходы проводят второй тонкий резиновый зонд, конец которого устанавливают у входа в пищевод и с помощью шприца вводят контрастное вещество, ребенку дают пить контрастное вещество до заполнения им до мешочка и участка пищевода выше сужения. Исследование проводят под контролем рентгенэкрана и производят эзофагографию в 2-х проекциях.

Изобретение относится к медицине, а именно к грудной хирургии,

При выборе хирургического и консервативного лечения послеожогового, посттравматического и врожденного сужения пищевода необходимо определение уровня и протяженности рубцовой стриктуры. Для определения границы стриктуры применяется несколько способов (Ванцен Э.Н., Тошаков Р.А. 1971; Васильев Ю.В., Дзугаев С.Г. 1976), [1, 2]

Существует метод контрастного исследования пищевода с помощью сульфата бария (Ванцен Э.Н., Тошаков Р.А. 1971). [1] Ребенку дают пить контрастное вещество и делают рентгенографию во время прохождения его по пищеводу. Недостатком данного способа является невозможность определения нужной границы стриктуры т.к. не представляется возможным тугое заполнение пищевода на всем протяжении.

Известен способ определения стриктуры пищевода путем заполнения желудка и отрезка пищевода ниже стриктуры контрастной взвесью через гастростому (Ванцен Э.Н., Тошаков Р.А. 1971; [1] Давлятов С.Б. 2000; [3] Черноусов А.Ф., Богополский П.М., Курбанов Ф.С. 2000) [4]. Больному в рентгеновском кабинете в горизонтальном положении через гастростомическую трубку в желудок вводят контрастное вещество, затем создают положение Тренделенбурга и по истеканию контрастного вещества ретроградно по пищеводу определяют нижнюю границу стриктуры. Недостатками данного способа является: данный способ можно использовать только при наличии у больного гастростомы, а также при нормальной функции кардиального жома или наличии ахалазии в сочетании с рубцовым стенозом в результате чего контрастное вещество не перемещается из желудка в пищевод, следовательно не представляется возможным определить нижнюю границу стриктуры.

Другим известным способом является способ определения протяженности стриктуры пищевода, при котором осуществляется двухсторонняя эзофагоскопия.

Этот способ имеет ряд недостатков: осуществляется только при наличии у больного гастростомы, являются сложными и недоступными так как не все лечебные учреждения оснащены современными эндоскопами. Кроме того при сочетании рубцового сужения и ахалазии пищевода этот способ является неинформативным.

Приведенные способы не могут служить как аналоги, т.к. не имеют каких-либо существенных признаков, сходных с заявляемым изобретением.

Предлагаемый способ устраняет эти недостатки и дает возможность без наличия эндоскопа и гастростома определить протяженность стриктуры пищевода.

Целью изобретения является определение локализации, протяженности и степень рубцовых или врожденных стриктур пищевода.

Разработка поясняется прилагаемыми рисунком, где 1 - резиновый катетер с металлическим проводником, 2 - резиновый мешочек, 3 - верхняя граница пищевода и 4 - протяженность сужения пищевода.

Способ осуществляется следующим образом. Детям до 5 лет во избежание аспирации контрастным веществом проводится данный способ под эндотрахеальным наркозом. Старшим детям проводится под местной анестезией ротоглотки раствором 10% лидокаина в виде аэрозоля. В рентгеновском кабинете после фиброэзофагоскопии и определения верхней границы и степени сужения в желудок проводят тонкий резиновый катетер (с металлическим проводником) диаметром 0,1-0,2 см. в конец которого смонтирован резиновый мешочек. В желудке мешочек заполняют контрастной смесью (жидкий сульфат бария, йодолипол и др.) Количество контрастного вещества зависит от возраста ребенка, а также от степени сужения пищевода и колеблется от 5 мл. для детей младшего возраста до 20-25 мл. для старших. После заполнения в желудке мешочек с контрастной смесью зона сужения протягивается ретроградно в пищевод до препятствия, что соответствует нижней границе стриктуры. Затем через носовые ходы проводят второй тонкий резиновый зонд конец, которого устанавливает у входа в пищевод и с помощью шприца вводится контрастное вещество. При проведении исследования у старших детей под местным обезболиванием ребенку дают пить контрастное вещество. Последнее заполняет стриктуру до мешочка, затем участок пищевода выше сужения. Исследование проводится под контролем рентгенэкрана и производится эзофагография в 2-х проекциях, таким образом можно точно определить локализацию и протяженность рубцового сужения пищевода.

Предложенный метод применен 26 больным без осложнения. Предлагаемый метод может быть рекомендован в практике для использования послеожоговых или иных сужений пищевода с целью определения выбора способа лечения больных.

Пример 1: Больной С. 6 лет поступил в клинику с жалобами на затруднение глотания при приеме твердой пищи. Из анамнеза год назад получил ожог пищевода каустической содой. Состояние при поступлении средней тяжести, отмечается дисфагия при приеме твердой пищи. Кожные покровы чистые, бледные. Подкожная клетчатка развита слабо. Дефицит массы тела более 20%. При фиброэзофагоскопии на расстоянии 10-12 см. от края зубов просвет пищевода рубцово деформирован и сужен. Просвет пищевода в этом участке составляет 0,4 см. Далее эндоскоп не проходит. Произведена эзофагография на которой отмечается стриктура пищевода в проекции II физиологического сужения, далее контраст тонкой струей идет до желудка. По эзофагографии протяженность стриктуры составляет более 6-ти см. Больному под местным обезболиванием 801. Нёосат 10% аэрозоль проведен катетер в конец которого

вмонтирован резиновый мешочек. В желудке мешочек заполнен 10 мл. контрастной взвесью, затем катетер под контролем экрана подтягивался вверх до места препятствия. После этого ребенку дано несколько глотков жидкого контраста (сульфат бария) и произведена рентгенография. Установлено, что у ребенка имеется рубцовые стриктуры пищевода в проекции грудного отдела на протяжении не 6 см. как при обычной эзофагографии, а всего 2 см.

Больному проведено слепое бужирование на фоне рассасывающей терапии и больной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Пример 2. Больная А. 12 лет поступила через 6 лет после получения ожога пищевода уксусной эссенции. Из анамнеза неоднократно находилась

на амбулаторном и стационарном лечении. Проводимое консервативное лечение, включая бужирование пищевода дали временный эффект. Состояние при поступлении средней тяжести. Отмечается рвота при приеме твердой пищи.

В отделении проведено рентгено-контрастное исследование по предлагаемому способу и установлено, что имеется рубцовая стриктура пищевода на большом протяжении более 10 см. Решено произвести оперативное лечение - эзофагопластика. Произведена эзофагопластика с толстокишечным трансплантантом. Послеоперационный период протекал без осложнения. Девочка выписана с выздоровлением.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ определения протяженности рубцового сужения пищевода, **закрывающийся в том, что** после фиброэзофагоскопии и определения верхней границы и степени сужения в желудок проводят тонкий резиновый катетер (с металлическим проводником) диаметром 0,1-0,2 см с вмонтированным резиновым мешочком на конце, который заполняют контрастной смесью (жидкий сульфат бария, йодолипол и др.) в количестве, зависящем от возраста ребенка и степени сужения пищевода, мешочек с контрастной смесью в зоне

сужения протягивают ретроградно в пищевод до препятствия соответственно нижней границе стриктуры, через носовые ходы проводят второй тонкий резиновый зонд, конец которого устанавливают у входа в пищевод и с помощью шприца вводят контрастное вещество, ребенку дают пить контрастное вещество до заполнения им до мешочка и участка пищевода выше сужения, исследование проводят под контролем рентгенэкрана и производят эзофагографию в 2-х проекциях.

Компьютерный набор: Назарова Дж.Д.

Заказ

Тираж

Подписное

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

СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОТЯЖЕННОСТИ РУБЦОВОГО СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА

