

Изобретение относится к области медицины, а именно к методам рентгенодиагностики проходимости трубчатых органов пищеварения, а именно пищеводно-кишечных и пищеводно-желудочных анастомозов.

Известен способ диагностики проходимости трубчатых органов пищеварения, а именно механической тонкокишечной непроходимости, в соответствии с которым больному перорально дискретно вводят рентгеноконтрастное вещество с временными интервалами между его приемами, преимущественно 0,5 - 1,5 часа. Рентгеноконтрастное вещество вводят в виде отдельных гранул (капсул) из фосфатцемента, различных по объему или по форме, например в виде шариков или имеющих овальную, эллипсовидную, таблеточную или другую округлую конфигурацию. В первый прием вводят гранулу со средним диаметром, равным 1,0 - 2,0мм, а в каждый последующий прием гранулу с диаметром, превышающим диаметр гранулы предыдущего приема на 1,0 - 2,0мм, либо в обратном порядке. Через 0,5 - 1ч после второго приема гранул проводят рентгенологическое исследование. По скорости и характеру пассажа гранул по тонкой кишке определяют наличие непроходимости кишечника, а уровень непроходимости определяют при совместном расположении не менее двух гранул.

К недостаткам этого исследования нужно отнести то, что дискретный прием гранул в течение нескольких часов требует применения длительно нерастворяющихся гранул, что может вызвать длительную закупорку сужения и удлиняет процесс исследования.

В основу изобретения поставлена задача создания способа диагностики проходимости трубчатых органов пищеварения, в котором использованием быстрорастворимых гранул, порядком их введения и характером контроля за их прохождением обеспечивается предотвращение длительной обтурации пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза и сокращение времени проведения исследования и за счет этого повышается безопасность исследования и точность определения размеров анастомоза.

Поставленная задача решается тем, что в способе диагностики проходимости трубчатых органов пищеварения путем перорального приема различающихся по диаметру на 1,0 - 2,0мм рентгеноконтрастных гранул и рентгенологического исследования, согласно изобретению, используют растворимые в течение 0,25 - 1,0 часа от приема гранулы, которые вводят непосредственно одну за другой, начиная с наименьшей, одновременно наблюдают при рентгеноскопии прохождение гранул через пищеводный анастомоз и судят о проходимости по размеру задержавшейся гранулы.

Использование в качестве рентгеноконтрастного средства быстрорастворимых гранул, растворяющихся в течение 0,25 - 1,0 часа от момента их введения, позволяет предотвратить длительную обтурацию пищеводных анастомозов гранулами, отличающимися одна от другой на 1,0 - 2,0мм, и при этом обеспечивает сохранность размера гранул на время проведения исследования,

Прием каждой последующей гранулы диаметром, превышающим диаметр предыдущей на 1,0 - 2,0мм, позволяет с высокой точностью (до 1,0 - 2,0мм) определить диаметр анастомоза. Введение гранул одна за другой при одновременной рентгеноскопии позволяет сократить сроки исследования.

Предлагаемый способ диагностики осуществляют следующим образом. Больным с пищеводно-желудочным или пищеводно-кишечным анастомозами перорально дают быстрорастворимые рентгеноконтрастные округлые (в виде шарика или таблетки) гранулы и одновременно проводят рентгеноскопию. Начинают исследование с гранулы размером 3мм в диаметре. Каждая следующая гранула, принимаемая непосредственно одна за другой, на 1 - 2мм в диаметре больше, например 5, 7, 9, 11, 13. При рентгеноскопии хорошо видно, что гранулы, диаметр которых меньше диаметра анастомоза, свободно проходят из пищевода через анастомоз. Очередная гранула, диаметр которой будет равен или больше диаметра анастомоза, не пройдет через него. Зная размер задержавшейся гранулы, можно с высокой точностью судить о диаметре анастомоза. Гранула, задержавшаяся в анастомозе, растворяется через 0,25 - 1 час, таким образом можно не опасаться развития непроходимости анастомоза вследствие закупорки гранулой, и это время достаточно для проведения исследования.

Пример. Больной Ш., 55 лет, поступил в онкодиспансер с жалобами на плохое прохождение твердой пищи. Из анамнеза, три месяца тому назад произведена гастрэктомия по поводу рака кардиального отдела желудка. Для определения проходимости пищеводно-кишечного анастомоза произведена рентгеноскопия с дачей быстрорастворимых контрастных меток на основе сульфата бария со связующей основой диаметром 3, 5, 7, 9 и 11мм. На рентгенограмме рентгеноконтрастные метки 3, 5, 7 и 9мм прошли анастомоз. Контрастная метка 11мм задержалась в пищеводно-кишечном анастомозе.

Диагноз: субкомпенсированный стеноз пищеводно-кишечного анастомоза.