



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41224 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 10/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТАДІЇ АХАЛАЗІЇ СТРАВОХОДУ

1

2

(21) u200814554

(22) 17.12.2008

(24) 12.05.2009

(46) 12.05.2009, Бюл.№ 9, 2009 р.

(72) ВЕЛИГОЦЬКИЙ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ,  
UA, ВЕЛИГОЦЬКИЙ ОЛЕКСІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, UA,  
ШЕПТУХА АРТЕМ ОЛЕКСІЙОВИЧ, UA, МАСЛОВ  
СЕРГІЙ ПАВЛОВИЧ, UA, АРУТЮНОВ СЕРГІЙ  
ЕДУАРДОВИЧ, UA, ГОРБУЛІЧ ОЛЕКСАНДР ВІК-  
ТОРОВИЧ, UA, ПАШАЄВ ВУСАЛ РАГІМОВИЧ, UA,  
БОДРОВА АЛЛА ЮРІЇВНА, UA(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-  
ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, UA(57) Спосіб діагностики стадії ахалазії стравоходу,  
який здійснюють шляхом ендоскопічного дослі-  
дження і біопсії тканин стінки стравоходу, який  
**відрізняється** тим, що біопсію проводять ступін-  
часто, отримують дві порції біоптатів, із спазмова-  
ної частини стравоходу беруть першу порцію сли-  
зової оболонки, другу порцію з того ж місця, що й в  
перший раз, при цьому отримують біоптат з м'язо-  
вого шару стінки стравоходу.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургічної гастроентерології та може бути широко використана для діагностики захворювань шлунково-кишкового тракту, в тому числі при ахалазії стравоходу.

Відомим є променевий спосіб діагностики захворювань стравоходу за допомогою сульфату барію, що є рентген-контрастною речовиною. З метою заповнення порожнини стравоходу хворому пропонують випити певну кількість сульфату барію. За допомогою рентгеноскопії чи рентгенографії візуалізують та досліджують слизову оболонку стравоходу та оцінюють морфологію та моторно-евакуаторну функцію стравоходу.

Недоліками вказаного діагностичного способу є загальна приблизна уява про стан слизової оболонки стравоходу, його моторно-евакуаторну функцію. Спосіб не дає чітких даних за характер та ступінь морфологічних змін в тканинах стінки стравоходу, зокрема в м'язовому шарі.

Найбільш близьким та обраним за прототип є спосіб ендоскопічного дослідження органів шлунково-кишкового тракту, під час якого виконують біопсію. Ендоскопічне дослідження проводять гнучкими ендоскопами зі спеціальним каналом для біопсійних інструментів. Зігнувши кінець ендоскопа за формою ротоглотки, його наближають до входу в стравохід та під час ковтання проводять в нього. Після введення ендоскопа в стравохід подальше його просування та огляд виконують при постійній подачі повітря. Огляд стравоходу виконують як під

час просування ендоскопа до шлунка, так і при його видаленні. (В.С. Савельєв, Руководство по клинической эндоскопии - Москва, «Медицина», 1985). При візуалізації стенозованої частини стравоходу з цього місця за показами спеціальними щипцями беруть біопсію слизової оболонки для гістологічного дослідження.

Недоліком вказаного ендоскопічного дослідження є недостатня інформативність відносно стадії ахалазії стравоходу, оскільки при даному захворюванні патоморфологічних змін зазнає м'язовий шар стінки стравоходу при незмінній слизовій оболонці. Це не дозволяє об'єктивно оцінювати ступінь змін м'язового шару стінки стравоходу та не дає ніякої уяви про стадію захворювання.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу діагностики стадії ахалазії стравоходу, в якому за рахунок зміни техніки виконання біопсії, досягається дослідження м'язового шару стравоходу, за рахунок чого підвищується вірогідність діагностики.

Поставлена задача вирішується в способі діагностики стадії ахалазії стравоходу, який здійснюють шляхом ендоскопічного дослідження і біопсії тканин стінки стравоходу, згідно з корисною моделлю, біопсію проводять ступінчасто, отримують дві порції біоптатів, із спазмованої частини стравоходу беруть першу порцію слизової оболонки, другу порцію з того ж місця, що й в перший раз, при цьому отримують біоптат з м'язового шару стінки стравоходу.

(13) U  
(11) 41224  
(19) UA

В загальноклінічній практиці ціла низка захворювань шлунково-кишкового тракту є показами для ендоскопічного дослідження з біопсією, одним з яких є езофагоскопія (ендоскопічне дослідження стравоходу) з біопсією. Одним з таких захворювань є ахалазія стравоходу - захворювання, при якому спостерігається концентричне звуження просвіту нижньої третини стравоходу з переходом на кардіальний відділ шлунка. Це призводить до супрастенотичного розширення з його S-подібною деформацією, розвитком езофагіту. На початкових стадіях таке звуження нижніх відділів стравоходу має функціональний поворотний характер, а на більш пізніх стадіях зміни набувають стійкий органічний характер. Хоча зміни саме м'язового шару полягають в основі патогенезу та розвитку клінічних проявів ахалазії стравоходу на сучасному етапі біопсія при ендоскопічному дослідженні обмежується лише слизовою оболонкою та підслизовою основою стравоходу та, лише в деяких випадках, в біоптаті можна виявити м'язову тканину стінки стравоходу. Виходячи з вище зазначеного, дослідження саме м'язового шару при ахалазії дає змогу обирати найбільш раціональну лікувальну тактику при даному захворюванні.

Ступінчасте виконання біопсії дозволяє отримати біоптат з м'язового шару, в якому саме і відбуваються патоморфологічні зміни при даному захворюванні.

Спосіб, що заявляється, виконують таким чином.

Дослідження проводиться в ендоскопічному кабінеті за класичною технікою езофагоскопії з використанням для збору матеріалу гнучких щипців фірми OLYMPUS FB-24 K. Дані щипці мають фіксатор, за допомогою якого можна встановлювати та утримувати робочу частину - бранші щипців в суворо зазначеному місці, що має особливе значення при повторній біопсії глибше роз-

ташованих тканин. Після візуалізації спазмованої частини стравоходу з цього місця беруть біоптат слизової оболонки. Після цього ендоскоп утримують в одному положенні. Повторно до місця біопсії підводять щипці з розкритими браншами. При цьому фіксатор дозволяє встановлювати та утримувати робочу частину інструмента в місці попередньої біопсії. Виконують повторну біопсію з того ж місця, що й в перший раз.

Таким чином при заборі матеріалу отримують дві порції біоптатів. Перша порція містить слизову оболонку стравоходу та підслизову основу. В другій порції в усіх випадках при гістологічному дослідженні знаходять м'язову тканину. Після проведення даного дослідження ускладнень не спостерігалось.

Отже, проведення ступінчастої біопсії у хворих на ахалазію стравоходу забезпечує високий ступінь достовірності в діагностиці морфофункціональних змін стінок стравоходу та стадії захворювання, дозволяє обирати індивідуальну лікувальну тактику.

Клінічний приклад. Хвора Ч., 23 роки, історія хвороби № 18868, поступила в клініку з діагнозом ахалазія стравоходу III-IV ступеню. При рентгеноскопії з контрастною масою (барієва суміш) виявляється звуження стравоходу на рівні черевного відділу з розповсюдженням на кардію та нижню третину. Ділянка звуження мала близько 6 см. Над звуженою ділянкою було супрастенотичне розширення стравоходу до 5 см за діаметром. Езофагоскопія: стравохід різко розширений, слизова його атрофічна, гіперемована. В нижній третині виявляється звуження просвіту стравоходу. Проходження через звужену ділянку ускладнено, болісне. Завдяки застосованому способу у хворої точніше встановлено ступінь морфофункціональних змін в стінці стравоходу та виключено онкологічний характер захворювання.