

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и может быть использовано для восстановления проходимости пищевода, обтурированного злокачественными новообразованиями.

Наиболее близким по технической сущности к заявляемому и принятым за прототип является способ восстановления проходимости пищевода, включающий несколько сеансов деструкции новообразований лазерным излучением с помощью фиброгастроскопа.

Недостатком прототипа является длительность курса реканализации, обусловленная необходимостью ожидания отторжения некротизированных тканей между сеансами.

Задачей изобретения является создание такого способа восстановления проходимости пищевода, который бы за счет дополнительного использования медикаментозных препаратов обеспечивал сокращение сроков реканализации.

Поставленная задача решается тем, что в способе восстановления проходимости пищевода, включающем несколько сеансов деструкции новообразований воздействием лазерного излучения через фиброгастроскоп, согласно изобретению, после каждого сеанса зону деструкции орошают раствором протеолитических ферментов в терапевтических дозах.

Орошение зоны деструкции протеолитическими ферментами (трипсином, химотрипсином или химопсином) позволяет ускорить процессы отторжения некротизированных излучением лазера участков опухоли и их последующего лизиса, что сокращает промежутки между сеансами и обеспечивает уменьшение сроков реканализации пищевода.

Способ выполняют следующим образом. Через инструментальный канал фиброгастроскопа вводят кварцполимерный световод для подведения излучения Nd-YAG лазера к объекту деструкции и короткими импульсами производят разрушение опухоли под постоянным визуальным контролем. В конце каждого сеанса лазерной эндоскопической реканализации извлекают световод и вводят специальный катетер, снабженный переходником для подключения шприца на проксимальном конце, через который орошают коагулированные и обугленные ткани опухоли раствором одного из протеолитических ферментов, например, химопсина (50мг на 30 - 40мл 0,25% р-ра новокаина). Через сутки сеанс повторяют до полного восстановления проходимости пищевода.

Пример 1. Больной Ш., 1937, история болезни №8437/94, поступил в клинику 24.11.94 с жалобами на затруднение прохождения по пищеводу жидкой и твердой пищи. Считает себя больным в течение 5 месяцев, когда появилось некоторое затруднение при глотании твердой пищи. Обследован: УЗИ, фиброэндоскопия с биопсией, компьютерный томограф, рентгеноскопия пищевода. Установлен диагноз: рак средней и нижней третей пищевода 4ст. 4 кл.гр., с прорастанием в соседние органы, протяженность участка стенозирования 7,5см. Гистологический диагноз: низкодифференцированная аденокарцинома. Случай признан неоперабельным. 25.11.94г. больному начат курс эндоскопической лазерной реканализации с целью восстановления проходимости пищевода. Для этой цели использовали лазер отечественного производства "Радуга-1" (Nd-YAG) и фиброгастроскоп Olympus GIF-1T 10 (Япония). Всего проведено 5 сеансов реканализации с интервалом сутки и курсовой мощностью облучения 15000Дж, 276 доз, в конце каждого сеанса реканализации через специальный катетер, введенный в инструментальный канал эндоскопа производилось орошение коагулированных и обугленных тканей опухоли раствором химопсина (50мг на 30 - 40мл 0,25% р-ра новокаина, в начале каждого сеанса визуально фиксировалось полное отторжение некротизированных участков опухоли и их полный лизис. Каких-либо жалоб в процессе лечения больной не предъявлял, с каждым сеансом отмечая улучшение прохождения по пищеводу жидкой, а затем и твердой пищи. Осложнений не было. 5.12.94г. ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая в интервале 36 - 43см бугристая, контактно легко кровоточит, просвет пищевода от 1,5см в диаметре. Таким образом, весь курс реканализации составил 11 суток. 10.12.94г. больной выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового онколога. Умер 10.02.95г. от раковой интоксикации, самостоятельно принимая жидкую и твердую пищу, не предъявляя жалоб на дисфагию.

Пример 2. Больной М., 1939г.р. и.б. №1011 поступил в клинику 7.02.94 г. с жалобами на затруднение глотания пищи. Больным себя считает около 1 месяца, не лечился. Обследован: УЗИ, фиброгастроскопия, компьютерный томограф, рентгеноскопия пищевода. Установлен д-з: рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод 4 - й ст., 4 - й кл.гр. с прорастанием в соседние органы и ткани. Протяженность участка стенозирования 10см. Гистологический диагноз: высокодифференцированная аденокарцинома. Случай признан неоперабельным. 21.02.94г. больному начат курс ЭЛР с целью восстановления проходимости пищевода. Всего проведено 5 сеансов с интервалом сутки и курсовой мощностью облучения 24000Дж, 315 доз. В конце каждого сеанса реканализации через катетер, введенный в инструментальный канал эндоскопа, проводили орошение коагулированных и обугленных тканей опухоли раствором химотрипсина (50мг на 30 - 40мл 0,25% р-ра новокаина). В начале каждого сеанса визуально фиксировалось полное отторжение некротизированных участков опухоли, их полный лизис. Осложнений не было. Контрольная ЭГДС 1.03.94г.: пищевод свободно проходим, слизистая в интервале 26 - 35см от резцов контактно легко кровоточит, просвет пищевода до 1,5см в диаметре.

Таким образом, весь курс реканализации составил 9 дней. 2.03.94 г. больной выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового онколога. Умер 26.01.95г. самостоятельно принимая пищу. Предлагаемым способом прооперировано 6 больных. Средняя продолжительность курса реканализации составила 10 суток, в то время как для 6 больных, оперированных по способу-прототипу составила 16 суток. Таким образом, сравнение с прототипом показывает, что применение данного способа позволяет достоверно сократить сроки лазерной эндоскопической реканализации примерно в 1,5 раза.

Пример 3. Больная П., 1904г.р., и.б. №3560 поступила в клинику 18.05.94г. с жалобами на затруднение глотания пищи, похудение. Считает себя больной в течение 5 месяцев, не лечилась. Обследована: УЗИ, ЭГДС, компьютерный томограф, рентгеноскопия пищевода. Установлен диагноз: рак кардиального отдела желудка 4 - й ст., 4 - й кл.гр. с переходом на пищевод, сахарный диабет, диабетическая ретинопатия. ИБС: коронарокардиосклероз, стенокардия покоя, гипертоническая б-нь 2 - й ст.

Гистологический диагноз: умереннодифференцированная аденокарцинома. Протяженность участка стенозирования 13см. Учитывая сопутствующие заболевания, возраст больной, тяжесть общего состояния, случай признан неоперабельным. 20.05.94г. больной начат курс ЭЛР с целью восстановления проходимости пищевода. Всего проведено 4 сеанса с интервалом сутки и курсовой мощностью облучения 18000Дж, 244 дозы. В конце каждого сеанса реканализации, через катетер, введенный в инструментальный канал эндоскопа, проводили орошение коагулированных и обугленных тканей опухоли р-ром трипсина (50мг на 30 - 40мл 0,25% р-ра новокаина). В начале каждого сеанса визуально фиксировалось полное отторжение некротизированных участков опухоли, их полный лизис. Осложнений не было. Контрольная ЭГДС от 28.05.94г.: пищевод свободно проходим, слизистая в интервале 28 - 40см от резцов бугристая, контактно легко кровоточит. Просвет пищевода до 1,5см в диаметре. Таким образом, весь курс реканализации составил 8 суток. 12.08 больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового онколога. Умерла 17.10.94г., не предъявляя жалоб на дисфагию и самостоятельно принимая пищу. Предложенным способом восстановления проходимости пищевода прооперировано 8 больных. Осложнений не было. Средняя продолжительность курса реканализации составила 6 суток, в то время как для 8 больных оперированных по способу-прототипу - 16 суток. Таким образом, сравнение с прототипом показывает, что применение данного способа позволяет достоверно сократить сроки реканализации пищевода примерно в 1,5 раза.

Предложенный способ восстановления проходимости пищевода применен у 8 - ми больных. Осложнений не было. Средняя продолжительность курса реканализации составила 10 суток, в то время как для 8 - ми больных, оперированных по способу-прототипу составила 16 суток.

Таким образом, сравнение с прототипом показывает, что применение предлагаемого способа позволяет достоверно сократить сроки лазерной эндоскопической реканализации пищевода примерно в 1,5 раза.