



УКРАЇНА

(19) UA (11) 9738 (13) A

(51)5 A 61 B 17/00

ДЕРЖАВНЕ  
ПАТЕНТНЕ  
ВІДОМСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ  
НА ВІНАХІДбез проведення експертизи по суті  
на підставі Постанови Верховної Ради України  
№ 3769-XII від 23 XII 1993 рПублікується  
в редакції заявника

## (54) СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ПРОХІДНОСТІ СТРАВОХОДУ

1

(21) 95041889  
(22) 25.04.95  
(46) 30.09.96. Бюл. № 3  
(56) Fieischer D., Kessler F.//Gastro-  
enterology. 1983, Vol. 85, p. 600-606.  
(71) Інститут клінічної та експериментальної  
хірургії АМН України  
(72) Назаренко Олександр Юрійович, Ку-  
пець Валерій Євгенович, Бурий Олександр  
Миколайович  
(73) Інститут клінічної та експериментальної  
хірургії АМН України (UA)

2

(57) Способ восстановления проходимости  
пищевода, включающий несколько сеансов  
деструкции новообразований лазерным из-  
лучением через фиброгастроскоп, о т л и ч а -  
ю щ и й с я тем, что за сутки перед каждым  
сеансом, через катетер с иглой, введенный  
в инструментальный канал эндоскопа, про-  
водят инъекции в новообразования раство-  
ра одного из следующих протеолитических  
ферментов: трипсина, химотрипсина, хи-  
молпсина в терапевтических дозах.

Изобретение относится к медицине, а  
именно к хирургии и может быть использо-  
вано для восстановления проходимости пи-  
щевода, обтурированного злокачествен-  
ными новообразованиями.

Наиболее близким по технической сущ-  
ности к заявляемому и принятым за прототи-  
п является способ восстановления  
проходимости пищевода, включающий не-  
сколько сеансов деструкции новообразова-  
ний лазерным излучением с помощью  
фиброгастроскопа.

Недостатком прототипа является дли-  
тельность курса реканализации, обусловлен-  
ная необходимостью ожидания отторжения  
некротизированных тканей между сеансами.

Задачей изобретения является создание  
такого способа восстановления проходимо-  
сти пищевода, который бы за счет дополни-  
тельного использования медикаментозных

препаратов обеспечивал сокращение сро-  
ков реканализации.

Поставленная задача решается тем, что  
в способе восстановления проходимости  
пищевода, включающем несколько сеансов  
деструкции новообразований воздействием  
лазерного излучения через фиброгастро-  
скоп, согласно изобретению, за сутки, пе-  
ред каждым сеансом, через специальный  
катетер, введенный в инструментальный ка-  
нал эндоскопа, проводят инъекции в опу-  
холь растворов протеолитических  
ферментов в терапевтических дозах.

Инъекции в опухоль протеолитических  
ферментов (трипсина, химотрипсина или хи-  
молпсина) позволяют ускорить процессы не-  
кротизации опухоли и ее последующего  
лизиса, что сокращает промежутки между  
сеансами и обеспечивает уменьшение сро-  
ков реканализации пищевода.

(19) UA (11) 9738 (13) A

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 и инъекционной иглой на дистальном, через который проводят 3-5 инъекций в опухоль по 1-2 мл раствора одного из протеолитических ферментов, например, химопсина (50 мг на 30-40 мл 0,25% р-ра новокаина). Через сутки сеанс повторяют до полного восстановления проходимости пищевода.

Пример 1. Больной К., 1932 г.р. история болезни N 7333/94, поступил в клинику 4.10.94 г. с жалобами на затруднение прохождения по пищеводу жидкой и твердой пищи. Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда появилось затруднение при глотании твердой пищи. Обследован: УЗИ, фиброэндоскопия с биопсией, компьютерный томограф, рентгеноскопия пищевода. Установлен диагноз: рак нижней трети пищевода 4 ст. 4 кл.гр., с прорастанием в соседние органы и ткани и с отдаленными метастазами, протяженность участка стенозирования 5 см. Гистологический диагноз: умереннодифференцированная аденокарцинома. Случай признан неоперабельным. 6.10.94 г. 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 3 сеанса реканализации с интервалом сутки и курсовой мощностью облучения 14 000 Дж, 148 доз, в конце каждого сеанса реканализации, через специальный катетер, введенный в инструментальный канал эндоскопа, проводили 3-5 инъекций в опухоль раствора химопсина (50 мг на 30-40 мл 0,25% р-ра новокаина). В начале каждого сеанса визуально фиксировалась некротизация инъецированных участков опухоли, их размягчение и частичный 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. 11.10.94 г. ЭГДФС: пищевод свободно проходим, слизистая в интервале 39-44 см от резцов бугристая, контактно легко кровоточит, просвет пище-

вода от 1,5 см в диаметре. Таким образом, весь курс реканализации составил 5 суток. 43.10.94 г. больной выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового онколога. Умер 28.01.95 от раковой интоксикации, самостоятельно принимая жидкую и твердую пищу, не предъявляя жалоб на дисфагию.

Пример 2. Больной М., 1937 г.р. и. б. № 1734 поступил в клинику 3.03.94 г. с жалобами на затруднение глотания пищи. Больным себя считает около 4-х месяцев, не лечился. Обследован: УЗИ, фиброгастроскопия, компьютерный томограф, рентгеноскопия пищевода. Установлен д-з: рак нижней трети пищевода 4-й ст., 4-й кл.гр. с прорастанием в соседние органы и ткани. Протяженность участка стенозирования 8 см. Гистологический диагноз: высокодифференцированная аденокарцинома. Случай признан неоперабельным. 5.03.94 г. больному начат курс ЭЛР с целью восстановления проходимости пищевода. Всего проведено 6 сеансов с интервалом сутки и курсовой мощностью облучения 29 000 Дж, 302 дозы. В конце каждого сеанса реканализации через катетер, введенный в инструментальный канал эндоскопа, проводили 3-5 инъекций в опухоль раствора химотрипсина (50 мг на 30-40 мл 0,25% р-ра новокаина). В начале каждого сеанса визуально фиксировалась некротизация инъецированных участков опухоли, их размягчение и частичный лизис. Осложнений не было. Контрольная ЭГДФС 18.03.94 г.: пищевод свободно проходим, слизистая в интервале 29-37 см от резцов контактно легко кровоточит, просвет пищевода до 1,5 см в диаметре. Таким образом, весь курс реканализации составил 12 дней. 19.03.94 г. больной выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового онколога. Умер 20.07.94г. самостоятельно принимая пищу. Предлагаемым способом прооперировано 5 больных. Средняя продолжительность курса реканализации составила 6 суток, в то время как для 5 больных, оперированных по способу-прототипу составила 11 суток. Таким образом, сравнение с прототипом показывает, что применение данного способа позволяет достоверно сократить сроки лазерной эндоскопической реканализации примерно в 1,8 раза.

Пример 3. Больной П., 1936 г.р., и. б. № 5174 поступил в клинику 29.07.94 г. с жалобами на затруднение глотания пищи, похудение. Считает себя больным в течение 4-5 месяцев, не лечился. Обследован: УЗИ, ЭГДФС, компьютерный томограф, рентгеноскопия пищевода. Установлен диагноз:

рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод с прорастанием в соседние органы и отдаленными метастазами. Гистологический диагноз: низкодифференцированная аденокарцинома. Протяженность участка стенозирования 7 см. Случай признан неоперабельным. 3.08.94 г. больному начат курс ЭЛР с целью восстановления проходимости пищевода. Всего проведено 4 сеанса с интервалом сутки и курсовой мощностью облучения 18 000 Дж, 192 дозы. В конце каждого сеанса реканализации, через катетер, введенный в инструментальный канал эндоскопа, проводили 3-5 инъекций в опухоль р-ра трипсина (50 мг на 30-40 мл 0,25% р-ра новокаина). В начале каждого сеанса визуально фиксировалась некротизация инъецированных участков опухоли, их размягчение и частичный лизис. Осложнений не было. Контрольная ЭГДФС от 11.08.94 г.: пищевод свободно проходим, слизистая в интервале 33-40 см от резцов бугристая, контактно легко кровоточит. Просвет пищевода до 1,5 см в диаметре. Таким образом, весь курс реканализации составил 8 суток. 12.08 больной выписан в удовлетво-

рительном состоянии под наблюдением участкового онколога. Умер 7.11.94г., не предъявляя жалоб на дисфагию и самостоятельно принимая пищу. Предложенным способом восстановления проходимости пищевода прооперировано 5 больных. Осложнений не было. Средняя продолжительность курса реканализации составила 6 суток, в то время как для 5 больных, оперированных по способу-прототипу - 11 суток. Таким образом, сравнение с прототипом показывает, что применение данного способа позволяет достоверно сократить сроки реканализации пищевода примерно в 1,8 раза.

Предложенный способ восстановления проходимости пищевода применен у 7-ми больных. Осложнений не было. Средняя продолжительность курса реканализации составила 6 суток, в то время, как для 7-ми больных, оперированных по способу-прототипу составила 11 суток.

Таким образом, сравнение с прототипом показывает, что применение предлагаемого способа позволяет достоверно сократить сроки лазерной эндоскопической реканализации пищевода примерно в 1,8 раза.

Упорядник

Техред М.Моргентал

Коректор М. Куйль

Замовлення 4550

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,  
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Відкрите акціонерне товариство "Патент", м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101

\_\_\_\_\_

.

.

.