



УКРАЇНА

(19) UA (11) 19195 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 5/00
A61B 6/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ДЕФОРМАЦІЇ ШЛУНКА

1

(21) u200604724

(22) 27.04.2006

(24) 15.12.2006

(46) 15.12.2006, Бюл. № 12, 2006 р.

(72) Рябишев Олександр Васильович, Полежаєв Володимир Григорович, Красільников Руслан Геннадійович, Цибенко Лілія Дмитрівна, Цвігун Григорій Володимирович, Собко Михайло Григорович, Копйов Юрій Олексійович, Кійченко Юрій Олексійович

(73) Рябишев Олександр Васильович

2

(57) Спосіб визначення деформації шлунка, який відрізняється тим, що заповнюють верхню чашу каскадного шлунка контрастною речовиною, після чого заміряють верхній рівень контрасту і визначають по ньому ступінь перегину, причому:

перший ступінь	5см
другий ступінь	10см
третій ступінь	15см
четвертий ступінь	більше 15см,

і по ступеню перегину судять про деформацію шлунка.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до рентгенодіагностики, зокрема до способів визначення деформації шлунку, і може бути використана рентгенологами, гастроентерологами та хірургами.

Хвороби шлунку по частоті займають одне з перших місць, в діагностиці цих хвороб провідна роль належить рентгенологічним методам, від можливостей яких залежить своєчасність та ефективність лікування.

В більшості випадків рентгенологічне дослідження передусе застосуванню інших спеціальних діагностичних методів, тому правильність рентгенологічного висновку значно визначає подальшу тактику діагностики та лікування.

Деформація шлунку характеризується так званим перегином. Часто практикуючі лікарі недооцінюють цього стану і більш того відносять його до норми або особливостей розвитку. Недооцінка такої деформації шлунка або наявності перегину неприпустимі. Перегини шлунку потребують дуже уважного до них ставлення.

Задачею цієї корисної моделі є створення способу визначення деформації шлунку шляхом дослідження кардіальної його частини, в результаті чого підвищується ступінь діагностики та об'єктивність вибору наступної тактики лікування патології, що виникла.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі визначення деформації шлунку, згідно з корисною моделлю, заповнюють верхню чашу

каскадного шлунку контрастною речовиною, після чого заміряють рівень контрасту і визначають по ньому ступінь перегину, причому перша ступінь складає 5см, друга - 10см, третя - 15см, четверта - більше 15см, і по ступені перегину судять деформації шлунку.

Автори цієї корисної моделі вперше запропонували класифікувати ступінь перегину, по якому можна судити про патологічний стан шлунку.

Для визначення ступеню перегину спочатку здійснюють заповнення кардіальної частини шлунку (або верхньої частини каскадного шлунку) контрастною речовиною, після чого заміряють рівень контрасту (см) в верхній частині шлунку, визначають ступінь перегину.

На основі аналізу численних досліджень перегинів авторами була запропонована наступна їх класифікація:

перший ступінь	5см
другий ступінь	10см
третій ступінь	15см
четвертий ступінь	більше 15см

В залежності від певного ступеню перегину і часто на основі клінічної картини лікар може робити висновок про стан шлунку і пропонувати заходи лікування або, якщо це необхідно, рекомендувати інші види діагностики. Наприклад, перший ступінь перегину частіше за все не є небезпечним, а лише свідчить про початкову форму патологічного процесу, в той час як четвертий ступінь перегину під-

(13) U

(11) 19195

(19) UA

верджує вже серйозну небезпеку, аж до термінового хірургічного втручання.

При оцінці ступеню перегику, по якому судять про деформацію шлунку, необхідно пам'ятати, що шлунок - це такий орган, який реагує на багато захворювань, таких як, наприклад, гастрит, холецистит та ін. Крім того, за думкою авторів процес деформації шлунку, що виражений у виникненні перегинів, напряду залежить від стану його судинної системи, зокрема від відтоку та притоку крові.

Корисна модель пояснюється прикладом конкретного виконання.

Приклад 1

Хворий К., 41 рік. У зв'язку з болями, що виникали в епігастральній області після прийому їжі одразу або через деякий час, хворого направлено на рентгенологічне дослідження шлунку. Виникнення неприємних відчуттів після їжі пов'язують з пристрастю до гострої їжі, солоної, перченої.

Останні півроку неприємні відчуття посилювались, з'явилася відрижка після їжі, дискомфорт в шлунку, приступи нудоти.

При рентгенологічному дослідженні шлунку з введенням контрастної речовини визначається каскадність шлунку з утворенням рівня рідини у верхньому відділі шлунку близько 10см в чашкоподібній порожнині, після заповнення якої контраст перетікає в нижні відділи шлунку. Складки слизової грубі, звивисті в шлунку.

Підчас зміни положення тіла хворого – нахилах, а також в горизонтальному положенні перегнута частина з порожниною, що утворилася, випрямляється до майже нормального положення, що дозволяє визначити всі частини шлунку.

Рентгенологічний діагноз - перегин кардіального відділу шлунку. Хронічний гастрит. Функціональні спазми шлунку. Хворому призначений курс лікування. Через деякий час з'явилося покращення самопочуття.

Приклад 2

Хворий З., 55 років. Протягом останніх 12-15 років має виразкову хворобу шлунку, холецистит. Періодично виразка загострюється. Лікувався багато разів стаціонарно.

Скарги на постійну відрижку з гнилим запахом. Виражений дискомфорт, іноді на висоті болюблювання. Всі ці неприємні відчуття хворий пов'язував з виразкою шлунку. Палить, алкоголь вживає помірно.

При рентгенологічному дослідженні шлунку - перші порції контрасту заповнюють велику чашу близько 20см рівня контрасту. Потрібна була подвійна порція контрасту. Після заповнення верхньої чаші контраст перетікає в нижню частину шлунку, утворюючи другу порожнину, яка є менша за розмірами та достатньо добре евакується.

В тілі шлунку в астральному відділі вздовж малої кривизни - виразкові рубцеві зміни. В луковичі 12-палої кишки вздовж зовнішньої стінки на фоні багатьох рубцевих деформацій стінки - невелика виразкова ніша. Весь шлунок деформований, підтягнутий в ліве підреб'я і недосяжний пальцями руки лікаря для визначення стану задніх відділів шлунку, яких не видно (ми називаємо це "зоною невидимості").

Хворому застосовані методи, що наведені нижче, розправлення перегику, наближуючи форми деформації до більш звичайного положення. Ці методи вироблені багаторічним досвідом і дозволяють визначити всі контури і частини шлунку.

Діагноз: Шлункова хвороба шлунку та 12-палої кишки - загострення і як наслідок - деформація шлунку і його 2-х камерність або неповний перекрут.

Хворий від операції відмовився. Виписався з деяким покращанням.

Таким чином корисна модель, що заявляється, дозволяє визначити деформацію шлунку, прогнозувати розвиток захворювання і на цій основі об'єктивно провести діагностику і визначити тактику лікування патології, що виникла.