



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **20403** (13) **U**
(51) **МПК (2006)**
A61B 5/01
A61B 1/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОНТРОЛЮ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА

1

(21) u200608809
(22) 07.08.2006
(24) 15.01.2007
(46) 15.01.2007, Бюл. № 1, 2007 р.
(72) Братасюк Андрій Миколайович, Євтушенко Олег Іванович, Тофан Анатолій Васильович
(73) НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІС-ЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П.Л. ШУПИКА

2

(57) Спосіб контролю ефективності лікування уражень шлунка шляхом використання фіброскопа, який **відрізняється** тим, що по зміні вимірюваної температури у зоні ураження судять про стан репараційних процесів, які відбуваються під впливом терапевтичних заходів.

Корисна модель відноситься до області медицини і може бути використана у галузі терапії, гастроентерології, онкології, ендоскопії.

Актуальність способу зумовлена необхідністю об'єктивного контролю за станом і динамікою репараційних змін, які відбуваються у слизовій оболонці, в процесі лікування.

Відомі способи, які в змозі надати інформацію про динаміку репараційних змін в процесі лікування, серед них клінічний, рентгенологічний та морфологічний.

Завдяки клінічним даним, що в основному зводяться до скарг та суб'єктивних відчуттів хворого, можна судити про позитивну динаміку чи її відсутність в процесі лікування. Недоліком способу є відсутність об'єктивних даних про те, що відбувається безпосередньо в тканинах ураженого органа.

Дані, отримані завдяки рентгенологічному дослідженню, можуть дати характеристики опосередкованого характеру, по яким можна судити про стабілізацію процесу чи про його динамічні зміни. Однак вони не відрізняються точністю, специфічністю чи високою інформативністю, оскільки інтерпретуються опосередковані ознаки змін, які можливі в процесі лікування. Тому недоліком методу є його неточність, низька інформативність, а також опромінення організму хворого рентгенпроменнями.

Відомий спосіб, який передбачає морфологічне дослідження слизової оболонки і дає об'єктивні дані, що відбуваються в процесі лікування слизової оболонки в конкретний момент в процесі лікування [1]. Цей спосіб нами взято за найближчий

аналог.

Спосіб виконується наступним чином: в ендоскопічному кабінеті у порожнину шлунка заводять фіброгастроскоп, ідентифікують вогнище ураження і з допомогою біопсійних щипців виконують біопсію (беруть фрагмент слизової оболонки з ураженої ділянки). Потім отриманий матеріал направляють у патоморфологічну лабораторію, де виконується за визначеними методиками вивчення змін у взятому фрагменті слизової оболонки.

Позитивним у зазначеному способі є те, що отримані дані об'єктивно характеризують зміни у слизовій оболонці, які відбуваються в процесі лікування.

Недоліком зазначеного способу є: порушення цілісності слизової оболонки під час взяття біоптату, що таїть в собі загрозу кровотечі, інфікування та інших можливих ускладнень. До недоліків можна віднести і те, що дослідження проводиться протягом певного часу і результати отримують зі значним запізненням, через 3-5 дні після проведеного дослідження, яке виконується в патоморфологічній лабораторії і передбачає спеціальні методики з застосуванням різних реактивів і технологій, вартість яких висока та для їх виконання залучають спеціально підготовлений персонал. Зазначені недоліки, не дивлячись на високу інформативність, не дають можливості своєчасно внести у лікування відповідні корективи, роблять його непридатним для динамічного експресного контролю за процесом лікування.

Задачею заявленої корисної моделі є підвищення ефективності контролю за процесом лікування уражень шлунка, шляхом динамічного до-

(13) **U**

(11) **20403**

(19) **UA**

слідження через фіброскоп температури слизової оболонки у вогнищі ураження і по її змінах судити про стан репараційних процесів, які відбуваються під впливом терапевтичних заходів.

Базовою передумовою, яка лежить в основі заявленого способу, є зв'язок між пристінковою температурою і величиною кровотоку у шлунку. Показники температури зумовлені інтенсивністю кровообігу у слизовій оболонці і при наявності патологічних уражень вони помітно змінюються. Тому дослідження пристінкової температури є важливим інформативним показником стану слизової оболонки в процесі динамічного дослідження під час проведення лікування. Зменшення температурних показників у зоні ураження свідчить про стихання запальних явищ і ефективність терапевтичних заходів. Стабілізація, чи навпаки, наростання - вказує на неефективну терапію і необхідність внесення у схему лікування тих чи інших корегуючих заходів.

Задача вирішується тим, що в процесі лікування періодично вимірюється пристінкова температура на слизовій шлунка по місцю ураження і шляхом її порівняння з початковою судять про ефективність лікування.

Спосіб виконується наступним чином: перед початком лікування виконується фіброгастроскопія, під час якої через біопсійний канал проводять термодатчик до ділянки ураження. Температура вимірюється в декількох місцях з найбільш вираженими типовими змінами на слизовій оболонці. Отримані температурні дані документуються. Через три-чотири дні після початку лікування виконується повторна фіброгастроскопія і вимірювання температури у тих же ділянках з обов'язковим документуванням отриманих даних. Протягом усього курсу лікування кількість досліджень встановлюється індивідуально. Кожний раз отримані дані порівнюються з початковими і попередніми, якщо вимірювань було більше ніж два.

Динамічне зниження температури у зоні ураження і зменшення його площі вказує на ефективну підбрану схему лікування.

Прикладом конкретного виконання може бути наступний.

Приклад 1

Амбулаторна карта №6953/05. Хворий О-ов., 54 роки, був направлений в ендоскопічне відділення з приводу загострення виразкової хвороби. Хворий скаржиться на болі в епігастрії, нудоту, була блювота з домішками "кавової гущі". Стравовід апаратом пройдено під контролем зору. В антральному відділі шлунка, з переходом на передню і задню стінки слизова оболонка гіперемійована, набрякла, тьмяна, ближче до пілоруса виразка розміром 7мм. За рахунок інсуфляції повітря складки у цьому місці вдалося розправити. Чітко видна границя між нормальною і зміненою запальним процесом слизовою оболонкою. Через біопсійний канал заведено термодатчик. Температуру виміряли на нормальній слизовій оболонці біля границі та у чотирьох місцях по краю виразки. Отримані дані задокументовані: температура нормальної слизової на віддалі 2см від виразкового дефекту коливається в межах 36,4 до 36,7°C; на краю виразки від 37,7 до 38,3. Призначена проти виразкова терапія. В процесі лікування неодноразово проводили заміри температури. В стадії затухання температура по краям виразки зменшилася до 37,1 та 37,5°C, що вказувало на позитивні тенденції у процесі лікування. Контрольний замір через 3 тижні після закінчення лікування, по місцю рубця температура різнилася на 0, 2 градуса від температури нормальної слизової.

Отримані дані при обстеженні 14 хворих з різними захворюваннями шлунка у ендоскопічному відділенні Інституту онкології АМН, що є клінічною базою кафедри онкології НМАПО ім. П.Л. Шупика свідчать про переваги запропонованого методу контролю ефективності лікування уражень шлунка в клінічній практиці, оскільки він відрізняється від найближчого аналога простотою, експресністю, ефективністю, інформативністю, точністю.

Літературні джерела

1. Стручков В.И., Луцевич Э.В., Белов Ю.В. Желудочно-кишечные кровотечения и фиброгастроскопия. М. «Медицина» .1977. 270с.