



УКРАЇНА

(19) UA (11) 44090 (13) A

(51) 6 A61B10/00, G01K13/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ОЦІНКИ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ШИГЕЛЬОЗУ

1

2

(21) 2001042843

(22) 25 04 2001

(24) 15 01 2002

(46) 15 01 2002, Бюл. № 1, 2002 р.

(73) ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА
АКАДЕМІЯ ІМ. І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

(57) Спосіб оцінки клінічного перебігу шигельозу, який включає реєстрацію і аналіз об'єктивних показників функціональних систем хворого організму, який відрізняється тим, що додатково проводять термометрію живота з визначенням величини температурного градієнта лівої і правої здухвинних ділянок

Винахід відноситься до медицини, а саме до інфекційних хвороб, і може бути використаний для оцінки клінічного перебігу шигельозу.

Відомий спосіб оцінки клінічного перебігу шигельозу, який включає реєстрацію і аналіз об'єктивних показників функціональних систем хворого організму [1]. У відомому способі оцінку стану слизової оболонки дистального відділу товстої кишки здійснюють за даними ректороманоскопії.

Недопоміжним відомого способу є інвазивність, недостатній рівень точності і клінічної інформативності.

В основу винаходу поставлено завдання вдосконалити відомий спосіб оцінки клінічного перебігу шигельозу, в якому шляхом проведення додаткових вимірювань фізичних параметрів організму досягають підвищення його точності та інформативності.

Поставлене завдання вирішують тим, що у відомому способі оцінки клінічного перебігу шигельозу, який включає реєстрацію і аналіз об'єктивних показників функціональних систем хворого організму, у відповідності до винаходу додатково проводять термометрію живота з визначенням величини температурного градієнта (ΔT) лівої і правої здухвинних ділянок.

Конкретно спосіб здійснюють таким чином. Після клінічного огляду хворого на шигельоз проводять взяття випорожнень на копрологічне і бактеріологічне дослідження, виконують ректороманоскопію з інтервалом 8 - 12 годин після клінічного огляду при положенні хворого на спині при температурі приміщення $22 \pm 1^\circ\text{C}$ і після адаптації оголених шкірних покривів протягом 10-15 хвилин проводять термографічне обстеження

живота, наприклад, з допомогою термографа "Рубін-2". Після цього визначають величину ΔT лівої і правої здухвинних ділянок і при значенні показника до від 0 до $1,25^\circ\text{C}$ оцінюють як легкий перебіг хвороби, від $1,26$ до $1,63^\circ\text{C}$ середньо-тяжкий, від $1,64^\circ\text{C}$ і вище - тяжкий перебіг шигельозу. Це дає змогу неінвазивним способом оцінити стан стінки товстої кишки не лише за станом її слизової оболонки, але і більш глибоких шарів.

Приклад 1. Хворий Л., 36 років, обстежений на 2-й день захворювання. Скарги на підвищення температури тіла, переймисті болі у животі і пронос. Об'єктивно температура тіла 38°C , язик обкладений білим нальотом, живіт ненапружений, при пальпації біль по ходу нижнього відділу товстої кишки. Сигмоподібна кишка пальпується у вигляді потовщеного рухомого щільного болючого тяжа. Ректороманоскопічно - слизова оболонка прямої і сигмоподібної кишки яскраво червона, набрякла, без вогнищевих змін. Випорожнення рідкі, зберігають капковий характер з домішками слизу. Дефекація почастіла до 6 разів на добу. При бактеріологічному дослідженні випорожнень виділено Sh. Sonnei. Через 8 год проведено термографічне обстеження живота. Виявлено розгрів лівої здухвинної ділянки. ΔT становив $0,76^\circ\text{C}$. Це відповідає легкому перебігу шигельозу. На 4 день хвороби під впливом етіотропної терапії нормалізувалась температура тіла, вгамувалась біль в животі, в нормувались випорожнення. На підставі наведених клінічних та параклінічних даних встановлено діагноз: Шигельоз Зонне, гастроентероколітна форма, легкий перебіг.

Приклад 2

Хворий К., 26 років, поступив на 3 день захворювання зі скаргами на переймисті болі у

(13) A
(11) 44090
(19) UA

животі, пронос (12 разів на добу), підвищення температури тіла до 39°C

При огляді язик обкладений білим нальотом, сухий, живіт не здутий, сигмоподібна кишка потовщена, щільна, болюча, стілець рідкий з домішками слизу і крові. Ректороманоскопічно - слизова оболонка прямої і сигмоподібної кишок набрякла, почервоніла з множинними ерозіями і поодинокими виразками. При бактеріологічному дослідженні випорожнень виділена шигела Флекснера 2а. Через 10 год після огляду проведено термографічне обстеження живота, виявлено розігрів лівої здухвинної ділянки. ΔT становив 1,35°C, що відповідає середньо тяжкому перебігу шигельозу.

Під впливом етіотропної і патогенетичної терапії стан хворого покращав. На 5-й день нормалізувалась температура тіла, зникла біль в животі. На 7 день хвороби нормалізувались випорожнення. На підставі наведених клінічних та параклінічних даних встановлено діагноз шигельоз Флекснера 2а, колітна форма, перебіг середньо тяжкий.

Запропонованим способом було обстежено 55

хворих на шигельоз з різними формами тяжкості. Результати дослідження вказують на достатньо високий рівень інформативності запропонованого способу. Так, у 12 хворих показник ΔT лежав у межах 0,55 - 1,25(°C), що відповідало легкому перебігу хвороби, у 26 хворих цей показник був в межах 1,26-1,63, а у 17 - перевищував 1,63°C, що характерно для середньо тяжкого і тяжкого перебігу шигельозу відповідно.

Таким чином, запропонований спосіб діагностики тяжкості клінічного перебігу шигельозу є неінвазивним, більш інформативним і точним, ніж у способі-прототипі. Спосіб є необтяжливим для хворого, може використовуватись повторно, причому, в комплексі з іншими функціональними показниками допоможе контролювати ефективність лікування і встановити повноту видужання.

Джерела інформації, які слід взяти до уваги

1. Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев А.П., Лесников А.Л. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. Л. Медицина, 1991 - 336с.