

Винахід, що заявляється, стосується медицини, а саме гастроентерології, призначений для діагностики функціональних захворювань стравоходу та шлунку (ФЗСШ) і може бути використаний у практичній діяльності лікарів.

ФЗСШ продовжують залишатися надзвичайно поширеним захворюванням в Україні, так саме як і в більшості країн світу. При цьому функціональні захворювання складають приблизно 50-65% [6].

За даними Голубчікова М.В. (2000), в останні роки стійку тенденцію набуває ріст кількості випадків ФЗСШ серед населення України. У зв'язку з цим однією з актуальних проблем стає поширеність ФЗСШ особливо у осіб молодого віку. Треба зазначити, що на Україні діагностика ФЗСШ залишається на низькому рівні, це призводить до призначення суто симптоматичного лікування, а перебіг ФЗСШ є прогресуючим і в більшості випадків, без патогномонічного лікування, стає причиною тимчасової втрати працездатності.

Вищенаведене свідчить про важливість розробки адекватного діагностичного алгоритму при обстеженні хворих з підозрою на ФЗСШ.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб діагностики [2-5], який включає вивчення клініко-анамнестичних даних, ФЕГДС з біопсією, 24-годинний моніторинг внутривідшлункового чи внутривідшлункового рН, стандартизовану стравохідну манометрію, вивчення шлункового спорожнення, рентгенологічне дослідження моторики стравоходу та шлунку, що дає можливість лише запідозрити наявність ФЗСШ у хворого. Крім цього в діагностиці ФЗСШ на останнє значення має оцінка функціонального стану ЦНС [1, 7].

Суттєвим недоліком прототипу є відсутність чіткої математичної градації клінічних ознак ФЗСШ та нехтування міжсистемних механізмів, що визначають становлення ФЗСШ.

Ознаками, якими відрізняється запропонований спосіб діагностики є те, що у хворих з ФЗСШ додатково визначають сумарний бал клінічних ознак функціонального стану центральної нервової системи (ЦНС) та проявів ФЗСШ із врахуванням коефіцієнту К.

Перевагою винаходу є збільшення ефективності та достовірності діагностики ФЗСШ, відсутність додаткових обтяжливих для пацієнта маніпуляцій та економічність методу.

Задачею заявленого способу діагностики є збільшення достовірності встановленого діагнозу ФЗСШ у пацієнтів.

З технічної точки зору, результат, який отримують при вирішенні завдання полягає у можливості скорочення термінів діагностичного пошуку, призначення патогенетичної терапії та оптимізації комплексного лікування хворих з ФЗСШ.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, що включає вивчення клініко-анамнестичних даних, ФЕГДС з біопсією, 24-годинний моніторинг внутривідшлункового чи внутривідшлункового рН, стандартизовану стравохідну манометрію, вивчення шлункового спорожнення, рентгенологічне дослідження моторики стравоходу та шлунку, згідно винаходу, додатково визначають сумарний бал клінічних ознак функціонального стану ЦНС та проявів ФЗСШ із врахуванням коефіцієнту К, який вираховують за формулою:

$$K = \frac{\sum \text{фс} (\sum \text{кс} + \sum \text{сд})}{\sum \text{кс} * \sum \text{сд}},$$

де:

К - коефіцієнт;

$\sum \text{фс}$  - сума даних анкетування, отриманих при визначенні функціонального стану ЦНС;

$\sum \text{кс}$  - сума балів, отриманих при визначенні залежності клінічних ознак від стресогенних чинників;

$\sum \text{сд}$  - сума балів, отриманих при визначенні симптомів дисфагії;

і при значенні коефіцієнту К більше 40 у поєднанні з будь-яким одним виявленим критерієм порушення функціонального стану ЦНС без ендоскопічних морфологічних змін у пацієнта діагностують ФЗСШ.

Діагностику ФЗСШ здійснюють наступним чином. При обстеженні пацієнта з підозрою на ФЗСШ проводять анкетування, після чого визначають сумарний бал клінічних ознак ФЗСШ за наступною стеновою шкалою: зв'язок інтенсивності прояву клінічних ознак з психоемоційною перенапругою (1 бал), фізичними навантаженнями (1 бал), зміною настрою (1 бал), стресовими станами (1 бал); анамнестичне діагностовані: атонія стравоходу (2 бали), невиразкова диспепсія (2 бали), порушення апетиту (1 бал), функціональна блювота (2 бали), нервові хвороби (1 бал), ендокринологічні хвороби (1 бал). Тривалість клінічних ознак: 1-4 міс (1 бал), 5-12 міс (2 бали), більше 1 року (3 бали), діагностування вегетосу динної дистонії (1 бал), неврастенії (1 бал), астеноневротичного синдрому (1 бал), депресивно-фобічного синдрому (1 бал); наявність наступних симптомів (залежно від інтенсивності за 3-х бальною шкалою): загальна слабкість (1-3 бали), відчуття "комка" (1-3 бали), печія (1-3 бали), ікота (1-3 бали), відрижка (1-3 бали), нудоти (1-3 бали), блювоти (1-3 бали), поява болю при палінні (1-3 бали), наявність болю в нижній частині груднини і/або в епігастрії (1-3 бали), відчуття переповнення (1-3 бали), зв'язок появи клінічних ознак з прийманням їжі (1 бал); відчуття розпирання після їжі (1-3 бали), відчуття швидкого насичення (1-3 бали), відчуття проходження їжі по стравоходу (1-3 бали), надсадного кашлю після їжі (1-3 бали), стороннього присмаку у роті (1-3 бали), підвищеного слиновиділення (1-3 бали), наявність здуття живота і/або закрепи (1 бал).

Паралельно хворий проходить анкетування за методикою самооцінки стану, визначення рівня ситуаційної (реактивної) тривожності (методика Спілбергера - Ханша), самотестування за методикою Бека та тест Люшера (визначення рівня тривожності) і вираховують коефіцієнт К за формулою:

$$K = \frac{\sum \text{фс} (\sum \text{кс} + \sum \text{сд})}{\sum \text{кс} * \sum \text{сд}},$$

де:

К - коефіцієнт;

$\sum \text{фс}$  - сума даних анкетування, отриманих при визначенні функціонального стану ЦНС;

$\sum \text{кс}$  - сума балів, отриманих при визначенні залежності клінічних ознак від стресогенних чинників;

$\sum \text{сд}$  - сума балів, отриманих при визначенні симптомів дисфагії.

Ознаками наявності ФЗСШ при проведенні досліджень є:

- за даними анкетування: сумарний бал клінічних критеріїв становить 21 і більше,
- за даними ФЕГДС: ендоскопічне відсутні ознаки ураження слизової стравоходу чи шлунку (ерозії, виразки, стриктури чи рубцеві деформації тощо),
- за результатами гістологічного дослідження біоптатів слизової стравоходу чи шлунку: відсутність ознак органічного ураження (набряк, лейкоцитарна інфільтрація, метаплазія епітелію тощо),
- врахування значення коефіцієнту К

Діагноз ФЗСШ є достовірним при наявності К більше 40 у поєднанні з відсутністю будь — яких морфологічних ознак ураження стравоходу чи шлунку.

Для підтвердження запропонованого способу, були досліджені 28 хворих, які лікувалися в умовах денного стаціонару відділення гастроентерології.

Конкретні приклади застосування.

Приклад №1.

Пацієнт Д., 28 років, історія хвороби № 1532, діагноз: функціональна диспепсія. Хворіє протягом 1,5 місяці. Загострення пов'язує з тим, що близько 2 місяці тому пережив нервові потрясіння. При обстеженні виявлено наступне:

Інтегральний показник загального стану за анкету самооцінки стану (АСС) - 22.

Показники рівня ситуаційної (реактивної) тривожності (методика Спілбергера - Ханіна) - 67.

Рівень тривожності за тестом Люшера - 74,12%.

Показник самотестування за методикою Бека - 18.

При підрахунках виявлено: сумарний бал за анкету-опитувачем склав 39 балів. Коефіцієнт К дорівнював 72,4. При ФЕГДС - патологічних ознак не виявлено. На підставі отриманих даних хворому виставлено діагноз функціонального захворювання шлунку.

Приклад № 2.

Пацієнт Л., 30 років, історія хвороби №864, діагноз: невиразкова дискінетична диспепсія, функціональна блювота, хворіє протягом двох місяців. Загострення пов'язує зі зміною настрою та стресовими станами.

Інтегральний показник загального стану за анкету самооцінки стану (АСС)-23.

Показники рівня ситуаційної (реактивної) тривожності (методика Спілбергера - Ханіна) -71.

Рівень тривожності за тестом Люшера - 83,73%.

Показник самотестування за методикою Бека - 37.

При підрахунках виявлено: сумарний бал за анкету-опитувачем склав 33 бали. Коефіцієнт К дорівнював 121,68. При ФЕГДС -патологічних ознак не виявлено. На підставі отриманих даних хворому виставлено діагноз функціонального захворювання шлунку.

Таким чином, результати застосування запропонованого способу діагностики ФЗСШ дають можливість стверджувати, що за своєю ефективністю перевершує прототип, дозволяє активно і адекватно діагностувати ФЗСШ, значно зменшуються терміни діагностичного пошуку. Такі переваги надають підстави для застосування способу у діагностичному процесі.

Список використаної літератури

1. Гайда Е.Н. Стан емоційно - особистісної сфери у хворих деякими гастроентерологічними захворюваннями // Клінічна медицина. - №1, 1997. - с.27-28.

2. Конорев М.Р., Литвяков А.М. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта: синдром диспепсии // Медицинские новости №7, 2002г. с.18-21.

3. Пелешук А.П., Передерій В.Г., Свиницький А.С. Гастроентерологія. - К.: Здоров'я, 1995. - 304с.

4. Пелешук А.П., Ревенюк К.М. Функціональні розлади травної системи. - К. - 1985, 146С.

5. Фармакотерапевтический справочник гастроэнтеролога. Лекарственные препараты. Практическое пособие по гастроэнтерологии. А.С.Свиницкий, О.Я.Бабак.- Киев: продюсерский центр «Плеяда», 2000. - 422с.

6. Філіппов Ю.О., Шмігель З.М., Котельнікова Г.П. Рівень поширеності захворюваності на хвороби органів травлення в Україні серед дорослих людей та підлітків // Гастроентерологія. - Випуск 32. - Дніпропетровськ, 2001. - С.3-6.

7. Хендерсон Дж. М. Патопизиология органов пищеварения: Пер. с англ. - М.; СПб.: БИНОМ. — Невский диалект, 1999. - 2е изд, исп. - 286с.