



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **97083** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 11065	(72) Винахідник(и): Яшан Олександр Іванович (UA), Герасимюк Максим Ілліч (UA)
(22) Дата подання заявки: 10.10.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.02.2015	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО" МОЗ УКРАЇНИ", Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.02.2015, Бюл.№ 4	

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ

(57) Реферат:

Спосіб діагностики хронічного тонзиліту, при якому за клінічними ознаками визначають ступінь компенсації хронічного тонзиліту. Додатково застосовують проточну цитофлюорометрію з встановленням співвідношення апоптозу і некрозу у лімфоцитах периферичної крові.

UA 97083 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до отоларингології, і може бути використана для визначення форми хронічного тонзиліту при встановленні показань до його оперативного лікування.

Відомий спосіб діагностики хронічного тонзиліту, при якому за клінічними ознаками визначають ступінь компенсації хронічного тонзиліту [1].

Недоліком відомого способу діагностики хронічного тонзиліту є недостатня технологічність та діагностична ефективність, зумовлені тим, що він не дозволяє об'єктивно диференціювати форми і ступені компенсації хронічного тонзиліту.

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалити відомий спосіб, в якому шляхом застосування додаткового методологічного підходу до діагностики підвищити рівень технологічності та ефективності визначення форми і ступеня компенсації хронічного тонзиліту для встановлення показань до консервативного, або оперативного лікування.

При вирішенні технічної задачі було взято до уваги те, що активність запального процесу в організмі визначається за станом клітинного імунітету за показниками апоптозу і некрозу лімфоцитів [2].

Виходячи з наведеного, поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі діагностики хронічного тонзиліту, який включає визначення ступеня компенсації тонзиліту за клінічними ознаками, відповідно до корисної моделі, додатково застосовують проточну цитофлюорометрію з встановленням співвідношення апоптозу і некрозу у лімфоцитах периферичної крові, що за результатами наших досліджень співпадає з такими показниками у гомогенаті піднебінних мигдаликів [3].

Спосіб застосовують наступним чином.

У пацієнта з клінічними проявами хронічного тонзиліту забирають із серединної вени ліктьової ямки 5 мл крові і методом проточної цитофлюорометрії із застосуванням проточного цитофлюориметра "Becton Culter Epix XL" (USA) визначають рівень апоптозу і некрозу в лімфоцитах та вираховують співвідношення між ними. Отримані результати порівнюють з результатами клінічного обстеження.

Приклад 1. Хвора Г., 27 років. Звернулася з приводу відчуття стороннього тіла, незручності при ковтанні, поколювання та сухості у горлі. Хворіє понад два роки із загостреннями у осінньо-зимовий період у вигляді затяжних ангін, які виникають до 2-3 разів на рік. Поза загостреннями вказані симптоми відсутні. При огляді ротоглотки встановлено, що піднебінні дужки і мигдалики гіперемійовані, набряклі і збільшені у розмірах, покриті нальотом. На підставі цих даних було встановлено компенсовану форму хронічного тонзиліту. Для підтвердження діагнозу у хворої забрано кров із вени для проточної цитофлюорометрії. За результатами проведеної проточної цитофлюорометрії було встановлено, що співвідношення апоптоз/некроз у лімфоцитах крові даної хворої складало 2,53, що відповідає компенсованій формі. Хворій рекомендовано консервативне лікування.

Приклад 2. Хвора М., 42 років. Скарги на болі у горлі, які посилюються при ковтанні, підвищення температури тіла до 37,5 °С, швидку втомлюваність. Хворіє понад п'ять років, захворювання ускладнюється частими ангінами, що супроводжуються болями у суглобах (до 5-6 разів на рік, які пов'язує із погодними умовами і вживанням холодних напоїв). При огляді ротоглотки встановлено, що піднебінні дужки гіперемійовані, набряклі, піднебінні мигдалики значно збільшені у розмірах, рихлі, покриті білим нальотом, у їх лакунах визначаються гнійні пробки. На підставі клінічних даних було встановлено субкомпенсовану форму хронічного тонзиліту. Для підтвердження діагнозу хворій проведено проточну цитофлюорометрію крові. За результатами проточної цитофлюорометрії було встановлено, що співвідношення апоптоз/некроз у лімфоцитах крові у даної хворої складало 5,58, що відповідало субкомпенсованій формі. Хворій рекомендовано консервативне лікування.

Приклад 3. Хвора О., 34 років. Скаржиться на болі у горлі, які посилюються при ковтанні, постійне відчуття слабкості, втоми і нездужання, тривале підвищення температури тіла до 37,5-37,8 °С. Хворіє близько семи років. Захворювання протікає з частими ангінами, які нерідко ускладнюються паратонзиллярними абсцесами, фарингітами. За останні 2-3 роки зверталася за медичною допомогою у зв'язку із рецидивуючими болями у суглобах, а також консультувалася у кардіолога з приводу неприємних відчуттів у ділянці серця. При огляді ротоглотки встановлено, що мигдалики ущільнені, рубцево змінені з множинними гнійними пробками, спостерігаються рубцеві спайки між дужками і мигдаликами, а також збільшення підщелепних лімфатичних вузлів. За клінічними даними хворій було встановлено діагноз: декомпенсована форма хронічного тонзиліту. Для підтвердження діагнозу забрано кров для проточної цитофлюорометрії. За результатами проточної цитофлюорометрії було встановлено, що

співвідношення апоптоз/некроз у лімфоцитах крові у даної хворої складало 9,01. Хворій рекомендовано оперативне лікування.

За нашими даними, співвідношення апоптоз/некроз у лімфоцитах крові кратно 2-4 відповідає захворюванню у стадії компенсації, при співвідношенні 4-6 процес відповідає субкомпенсованій формі хронічного тонзиліту і при співвідношенні 7 і більше - декомпенсованій, яка потребує оперативного лікування.

Таким чином, використання запропонованого способу дає змогу визначити форму хронічного тонзиліту і встановити показання до консервативного або оперативного лікування. Також позитивною властивістю заявленого способу, є висока інформативність та можливість використання в амбулаторно-поліклінічних закладах.

Джерело інформації, яке слід взяти до уваги:

1. Кіцера О. Клінічна оториноларингологія / О. Кіцера. - Львів: Кварт, 2007. - С. 310-334.

2. Apoptosis of neutrophils / N.A. Maiani, A.N. Maiani, T. W. Kuijpers, D. Roos // Acta Haematol. - 2004. - Vol. 111, № 1-2. - P. 56-66.

3. Яшан О.І. Апоптоз та його морфологічні паралелі у хворих на хронічний тонзиліт / О.І. Яшан, М.І Герасимюк // Ринологія. - 2013. - № 1. - С. 24-30.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб діагностики хронічного тонзиліту, при якому за клінічними ознаками визначають ступінь компенсації хронічного тонзиліту, який **відрізняється** тим, що додатково застосовують проточну цитофлюорометрію з встановленням співвідношення апоптозу і некрозу у лімфоцитах периферичної крові.

Комп'ютерна верстка М. Мацело

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601