

Корисна модель належить до медицини, а саме до ендоскопічної хірургії, і може бути застосована при діагностиці малігнізації поліпів шлунка.

Відомий спосіб діагностики малігнізації поліпів шлунка включає виявлення патологічно змінених ділянок поліпа шляхом нанесення барвника метиленового синього на ділянку поліпа, визначення забарвлення слизової оболонки поліпа, проведення біопсії по візуальній його оцінці (забарвлення в блакитний колір різної інтенсивності патологічних ділянок) [Ушаева Л.А. Хромозндоскопия в диагностике злокачественных новообразований / Л.А. Ушаева, Д.А. Балалыкин // Эндоскопическая хирургия. - 2008. - № 5. - С. 32-33].

Недоліком аналога є низька точність діагностики малігнізації поліпів шлунка через наявність вогнищ дисплазії та метаплазії, які також фарбуються в блакитний колір.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу діагностики малігнізації поліпів шлунка, який за рахунок виявлення патологічно змінених ділянок шляхом їх опромінення гелій-кадмієвим лазером забезпечував би підвищення прицільності взяття біопсії.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі діагностики малігнізації поліпів шлунка, який включає ендоскопічне виявлення патологічно змінених ділянок слизової оболонки поліпа та проведення прицільної біопсії, згідно з корисною моделлю, хворому призначають препарат гіперфлав перорально в дозі 0,1-0,15 мг/кг маси тіла гіперіцину, а через 4-10 годин ділянки поліпа з патологічними ознаками опромінують гелій-кадмієвим лазером і з ділянок, де визначають флуоресценцію гіперфлаву, виконують біопсію.

Призначення хворому препарату гіперфлав, діюча речовина якого гіперецин, а також опромінення гелій-кадмієвим лазером патологічно змінених ділянок слизової оболонки поліпа шлунка, проведення біопсії місць, де визначали флуоресценцію, забезпечує підвищення точності прицільної біопсії, так як флуоресценція відмічається тільки у місцях накопичення гіперфлаву в слизовій оболонці.

Доза препарату гіперфлаву 0,1-0,15 мг/кг маси тіла гіперіцину та інтервал 4-10 годин, вказані у формулі корисної моделі, вибрані на основі клінічних досліджень на 42 хворих.

Гіперфлав міститься в незмінній слизовій оболонці шлунка в концентрації, що достатня для виконання оптичної біопсії, починаючи від 2-х до 4-х годин з моменту перорального прийому гіперфлаву в дозі 0,1-0,15 мг/кг маси тіла гіперіцину.

Спосіб виконують наступним чином. Хворий приймає перорально препарат гіперфлав в капсулах з розрахунку 0,1-0,15 мг/кг маси тіла гіперіцину (в середньому 2 капсули). Через 4-10 годин виконують гастроскопічне дослідження. Поліп з патологічно зміненими ділянками слизової оболонки опромінують гелій-кадмієвим лазером. Проводять комп'ютерну реєстрацію кривих флуоресценції гіперфлаву. З ділянок слизової оболонки, де визначається флуоресценція гіперфлаву, виконують множинну біопсію.

Для проведення оптичної біопсії як джерело світла використовують гелій-кадмієвий лазер ЛГН-405 К (НВП "Україна", Львів).

Приклад 1. Хвора Г., 1954 р. н., історія хвороби № 356/11 р. знаходилась на стаціонарному лікуванні з 13.06.11 р. по 28.06.11 р. з скаргами на зниження апетиту, відчуття тяжкості в верхніх відділах живота. Обстежена клінічно, лабораторно, інструментально (ЕГДФС: в ділянці н/3 тіла шлунка по великій кривині визначається поліп 1,2×1,0 см з ерозивною верхівкою, слизова набрякла, інфільтрована), встановлено діагноз: Поліп шлунка. Малігнізація? 14.06.11 р. за 5 годин до дослідження хворій призначено препарат гіперфлав в дозі 8,0мг гіперіцину (2 капсули), після чого проведено гастроскопію. Флуоресценція відмічалась на 2 ділянках слизової поліпа, з яких проведено забір матеріалу. При патоморфологічному дослідженні біоптатів у всіх фрагментах слизової діагностовано високодиференційовану аденокарциному. 16.06.11 р. хворій виконано оперативне втручання в об'ємі дистальної субтотальної резекції шлунка. 28.06.11 р. хвору в задовільному стані виписано на амбулаторне лікування.

Приклад 2. Хворий С., 1962 р. н., історія хвороби № 466/11 р. знаходився на стаціонарному лікуванні з 2.05.11 р. по 12.05.11 р. з скаргами на зниження відчуття дискомфорту в верхніх відділах живота. Обстежена клінічно, лабораторно, інструментально (ЕГДФС: в ділянці с/3 тіла шлунка по передній стінці визначається поліп 1,5×1,3 см з ерозивною верхівкою, слизова набрякла, інфільтрована), встановлено діагноз: Поліп шлунка. Малігнізація? 3.05.11 р. за 5 годин до дослідження хворому призначено препарат гіперфлав в дозі 8,0 мг гіперіцину (2 капсули), після чого проведено гастроскопію. Флуоресценції на всіх ділянках поліпа не відмічалось. Біопсія не проводилась. 4.05.11 р. хворому виконано ендоскопічну поліпектомію. Післяопераційний період без особливостей. При патоморфологічному дослідженні у всіх зрізах матеріалу відмічено гіперпластичний тип неопластичного процесу. 9.05.11 р. хворого в задовільному стані виписано на амбулаторне лікування. При контрольній гастроскопії через 3 місяці місце видалення поліпа без особливостей.

За запропонованим способом в 5 хворих виконано оптичну біопсію, у 4 хворих діагностовано малігнізацію поліпів шлунка. При контрольному ендоскопічному дослідженні і оптичній біопсії у одного хворого протягом року малігнізації поліпа не наступило. В той же час за способом аналогом виконано біопсію з використанням хромоскопії у 5 хворих, у 2 пацієнтів виявлено малігнізацію, у 3 - різні форми дисплазії епітелію. При повторній хромоскопії та біопсії через 7 днів у 2 хворих з дисплазіями епітелію діагностовано ранні форми раку шлунка.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє підвищити точність діагностики малігнізації поліпів шлунка.