



УКРАЇНА

(19) UA (11) 45856 (13) U
(51) МПК (2009)
G01N 33/48

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ АСЦИТІВ

1

2

(21) u200906785

(22) 30.06.2009

(24) 25.11.2009

(46) 25.11.2009, Бюл.№ 22, 2009 р.

(72) ПРИТУЛЯК СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ЛИСЕНКО СЕРГІЙ АНДРІЙОВИЧ

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА

(57) Спосіб діагностики асцитів, що передбачає проведення лапароцентезу із видаленням асцитичного вмісту та цитологічне дослідження препаратів, який **відрізняється** тим, що евакуйований із черевної порожнини вміст відфільтровують за допомогою фільтруючого елемента та виконують мазки-відбитки з фільтруючої сітки для цитоморфологічного дослідження.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії і може бути використана для встановлення етіології первинних та вторинних асцитів, у першу чергу злоякісних.

Відомим способом діагностики асцитів, як вдома, є лапароцентез (абдоміоцентез) із видаленням асцитичного вмісту із черевної порожнини, його відстоюванням або центрифугуванням із подальшим цитологічним дослідженням осаду [Асцитический синдром и аминокислотный обмен у больных циррозом печени и портальной гипертензией / Мануцьян Г.В., Ерамишанцев А.К., Шерцингер А.Г., Лебедев В.М. // Российский журнал гастроэнтерологов, гепатологов, колопроктологов. - 1996. - Т.6. - №4. - прил. №3. - С.184].

Недоліком відомого способу є те, що витрачається багато часу на отримання осаду і взагалі на одне дослідження, неможливість виконання експрес-досліджень за цією методикою, необхідність спеціального обладнання (одноразова герметична ємкість для збору асцитичного вмісту, що виключає можливість потрапляння сторонніх компонентів із навколишнього середовища, центрифуга), неможливість дослідити весь асцитичний вміст при його великій кількості (більше 3л).

В основу корисної моделі "Спосіб діагностики асцитів" поставлено завдання підвищити точність морфологічної діагностики асцитів, у першу чергу, злоякісних, шляхом збагачення цитологічного матеріалу.

Поставлене завдання досягається способом, що передбачає лапароцентез, евакуацію асцитичного вмісту, згідно з корисною моделлю включення в систему для евакуації фільтруючого елемента,

дослідження отриманого осаду-фільтрату шляхом цитологічного дослідження його мазків.

В процесі дослідження асцитичного вмісту виділяють 3 етапи:

1) забір біологічного матеріалу - проводиться клінічним персоналом;

2) приготування мазка з фільтрату - проводиться клінічним та лабораторним персоналом;

3) цитологічне дослідження мазка - проводиться лабораторним персоналом.

Запропонований спосіб відноситься до першого етапу дослідження асцитичного вмісту (забір біологічного матеріалу).

Спосіб здійснюється таким чином. В систему для евакуації асцитичного вмісту включають фільтр від стандартної системи для внутрішньовенних інфузій (Рис.). Як відомо, фільтруюча сітка даної системи має вічко розміром 200мкм, що дозволяє затримувати на ній пухлинні клітини та кластери, розміри яких більші за розміри клітин крові (еритроцити вільно проходять через фільтруючу сітку).

Отже, ми отримуємо накопичення клітинного матеріалу на фільтруючому елементі, пропускаючи елементи крові, які можуть бути присутні при абдоміоцентезі з травмуванням судин черевної стінки та при асциті геморагічного характеру. Також це підвищує інформативність мазка, відповідає принципам забору біологічного експлікативного матеріалу та забезпечує високу точність результатів дослідження.

Наступний етап - це розбір фільтруючого елемента із дотриманням всіх вимог індивідуальної безпеки при роботі з біологічними рідинами. Потім відбувається виконання мазка-відбитка з фільтра-

(13) U

(11) 45856

(19) UA

ту на предметне скло та доставка його для цитоморфологічного дослідження в спеціалізовану лабораторію.

Отже, використовуючи запропонований спосіб, ми досягаємо морфологічної верифікації асцити, особливо злякисної етіології, майже у всіх випадках з першого сеансу лапароцентезу, в той час, як при традиційній методиці необхідні багаторазові пункції черевної порожнини для підтвердження чи виключення онкологічного діагнозу. А клінічна цінність достовірності результату цитоморфологічного дослідження надзвичайно важлива для пацієнта та лікаря-онколога, враховуючи можливі медичні та етичні аспекти неправильного діагнозу. І саме запропонований спосіб дає можливість достовірно підвищити точність морфологічної оцінки асцитичного матеріалу і, як діагностику пухлин, так і непухлинних захворювань черевної порожнини в цілому. Суттєвим є те, що методика не вимагає значних матеріальних витрат, даючи при цьому високий рівень інформативності проведеного дослідження.

Запропонований нами спосіб діагностики асцитів із підозрою на злякисну природу останніх може бути застосований як для планової, так і для

термінової діагностики асцитів. Також він може бути використаний як в умовах хірургічних стаціонарів спеціалізованих клінік, так і в лікарнях загальної мережі.

Клінічний приклад. Хворий Мельников М.С., 1939 року народження, поступив у торакальне відділення ВОКОД 19.11.2008 року із скаргами на задишку при помірному фізичному навантаженні, болючість в епігастрії та правому підребер'ї, загальну слабкість, різке схуднення. На УЗД ОЧП: асцит. ФГДС: пухлина тіла шлунку; гістологічно: аденокарцинома низького ступеня диференціювання. 20.11.2008 року хворому виконано лапароцентез із фільтрацією. При цьому евакуйовано 1200мл серозно-геморагічного асцитичного вмісту, а мазки з фільтрату відправлено на цитологічне дослідження. Отримано цитологічне заключення №19978-80 від 21.11.2008р.: аденокарцинома. Хворому виставлено заключний клінічний діагноз: Рак тіла шлунку, G₃pT₃N₁pM₁ (метастази в очеревину), IV ст., IV клін. група. Раковий асцит. ІХС, дифузний міокардіосклероз. СН ІІА ст. Хворому проведено паліативний курс ПХТ внутрішньоочеревинно: 5-фторурацил 1250мг та циклофосфан 800мг.

