



ПАТЕНТЫ, ПОЛУЧЕННЫЕ ЦНИИГ, ЗА ПЕРИОД 2008–2010 гг.

Лычкова А.Э.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО ПРОКТОСИГМОИДИТА

Авторы: Лазебник Л. Б., Парфенов А. И., Ручкина И. Н., Конопляников А. Г., Конопляникова О. А., Князев О. В.

ПАТЕНТ 2367450, ПРИОРИТЕТ ОТ 19.05.08.

Предложено осуществлять лечение проктосигмоидита введением кондиционной среды стволовых клеток в прямую кишку в микроклизмах в течение полутора-двух недель. Это повышает эффективность лечения проктосигмоидита.

СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ХОЛЕСТЕРОЗА И ПОЛИПОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Авторы: Ильченко А. А., Дрожжина Ю. В., Орлова Ю. Н.

ПАТЕНТ 2367353, ПРИОРИТЕТ ОТ 03.06.2008.

Дифференциальную диагностику желчнокаменной болезни, холестероза и полипов желчного пузыря проводят, определяя сократительную функцию желчного пузыря, выявляя пристеночные образования желчного пузыря повышенной экзогенности, назначая больному препарат урсосан в течение 1,5–2 недель, и при снижении экзогенности и смещении образований желчного пузыря диагностируют холестероз желчного пузыря, при смещении образования желчного пузыря на фоне увеличения его объема диагностируя желчнокаменную болезнь и при наличии несмещаемого образования диагностируют полип желчного пузыря. Это позволяет повысить точность диагностики желчнокаменной болезни, холестероза и полипов желчного пузыря.

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ

Авторы: Лазебник Л. Б., Голованова Е. В., Петраков А. В.

ПАТЕНТ 2372619, ПРИОРИТЕТ ОТ 22.07.2008.

Прогнозирование течения печеночной недостаточности при внутрипеченочном холестазах осуществляют тем, что в сыворотке крови определяют отношение щелочной фосфатазы к желчным кислотам, гамма-глутамилтранспептидазы к желчным кислотам и лейцинаминопептидазы к желчным кислотам и при значении коэффициента ЩФ/ЖК у больных с печеночной недостаточностью класса А более 15, класса В — от 3 до 15, класса С — менее 3; и при значении ГГТП/ЖК у больных с печеночной недостаточностью класса А — более 15, класса В — 3–15 и класса С — менее 3; при значении ЛАП/ЖК у больных с печеночной недостаточностью класса А — более 5, класса В — 1–5, класса С — менее 1 прогнозируют прогрессирование печеночной недостаточности. Благодаря этому повышается точность прогнозирования течения печеночной недостаточности при внутрипеченочном холестазах.

СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА И ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Авторы: Лазебник Л. Б., Конопляников А. Г., Ручкина И. Н., Хомерики С. Г., Рогозина В. А., Конопляникова О. А., Царегородцева Т. М., Парфенов А. И., Князев О. В.

ПАТЕНТ 2391914, ПРИОРИТЕТ ОТ 01.08.08.

Оценивают эффективность лечения болезни Крона и язвенного колита тем, что определяют содержание в сыворотке крови ИЛ-1 β , иммуноглобулинов IgM, IgG и IgA, уровень аутоантител к нейтрофилам и париетальным клеткам и проводят исследование электромоторной активности восходящего отдела толстой кишки и при увеличении уровня ИЛ-1 β , IgM, IgG и снижении уровня аутоантител к нейтрофилам и париетальным клеткам, при уменьшении частоты и амплитуды медленных волн электромоторной активности восходящего отдела толстой кишки считают лечение болезни Крона и язвенного колита эффективным. Предложенный способ повышает

точность оценки эффективности лечения болезни Крона и язвенного колита.

СПОСОБ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

*Авторы: Звенигородская Л. А., Потапова В. Б.,
Бондаренко Е. Ю.*

ПАТЕНТ 2373866, ПРИОРИТЕТ ОТ 11.08.2008.

Раннюю диагностику гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с ожирением проводят с помощью морфологического исследования, определяя наличие дистрофических изменений эпителия пищевода в виде гиперкератоза с очаговым ороговением и дистрофических изменения эпителиальных клеток с явлениями цитолиза, образованием слоистых структур при отсутствии сосудистой и иммунной реакции; при исследовании электроmotorной активности кардиального отдела желудка определяют частоту и амплитуду

медленных волн и при увеличении частоты от 7,5 в мин и выше и амплитуды от 0,35 мВ и выше констатируют наличие ранней стадии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с ожирением. Способ отличает повышение точности ранней диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с ожирением.

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА

*Авторы: Царегородцева Т. М., Серова Т. И.,
Голованова Е. В., Чернуцкая С. П., Себекина О. В.*

ПАТЕНТ 2394498, ПРИОРИТЕТ ОТ 03.02.2009.

Диагностику первичного билиарного цирроза проводят, определяя содержание иммуноглобулинов IgA, IgG, IgE и IgM; при снижении IgE и при повышении уровня иммуноглобулинов IgA, IgG и IgM диагностируют первичный билиарный цирроз. Это позволяет повысить точность диагностики первичного билиарного цирроза.