



УКРАЇНА

(19) UA (11) 94812 (13) C2
(51) МПК
G01N 33/48 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ ДОКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАПАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ У ПОРОДІЛЬ ПІСЛЯ ПОВТОРНОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

1

2

(21) а200911816

(22) 19.11.2009

(24) 10.06.2011

(46) 10.06.2011, Бюл.№ 11, 2011 р.

(72) ГРИГОРЕНКО АНАТОЛІЙ ПЕТРОВИЧ, ЗАСАДНЮК ОЛЬГА ПИЛИПІВНА, ГРИГОРЕНКО ПЕТРО ПЕТРОВИЧ

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

(56) RU 98103142 A, 10.11.1999

RU 2184972 C2, 10.07.2002

(57) Спосіб доклінічної діагностики запальної реакції у породіль після повторного кесаревого розти-

ну, який полягає в тому, що досліджують клітинний, гуморальний імунітет, прозапальні та проти-запальні цитокіни, методом кореляційного аналізу визначають тип імунної відповіді на 3-5 добу після розродження і при показниках кількості лейкоцитів $9,94 \pm 1,08$; лімфоцитів $1,78 \pm 0,34$; $CD3^+$ $0,89 \pm 0,13$; $CD4^+$ $0,52 \pm 0,08$; $CD8^+$ $0,41 \pm 0,06$; $CD4^+/CD8^+$ $1,27 \pm 0,05$; $CD16^+$ $0,34 \pm 0,08$; $CD22^+$ $0,34 \pm 0,06$ та імуноглобуліну А $1,37 \pm 0,13$ г/л; імуноглобуліну М $1,31 \pm 0,09$ г/л; імуноглобуліну G $11,42 \pm 0,42$ г/л діагностують ризик токсико-септичних ускладнень в післяопераційному періоді.

Винахід належить до медицини, зокрема до оперативного акушерства, і може бути застосований при абдомінальному розродженні.

При повторних кесаревих розтинах частота гнійно-запальних ускладнень складає 15,3 %, а після першого кесаревого розтину вона не перевищує 2-3 % [Чернуха Е. А., Ананьев В. А. Возможный травматизм плода при кесаревом сечении // Акуш. и гин. - 2007. - № 6. - С. 77-79]. Заживлення розрізу на матці має достовірну різницю при першій та повторній операції. Так, зменшення розмірів швів на матці у породіль після повторної операції сповільнене, що підтверджується цитологічною картиною аспірату із порожнини матки, зниження в ньому рівня білка, відносно високий показник лейкоцитарного індексу інтоксикації. Ці явища обумовлені наявністю латентно протікаючого запального процесу в післяопераційному періоді [Оценочные критерии качества заживления раны на матке после кесарева сечения /В. А. Крамарский, В. Н. Дудакова, Л. И. Мащакевич и др. // Акуш. и гин. - 2003. - № 3. - С. 29-31]. Морфофункциональное дослідження рубців на матці при повторному кесаревому розтині вказує на виражену запальну реакцію гіперчутливості сповільненої дії (автоімунна запальна реакція) [Аламазян Э. К., Кузьминых Т. У. Особенности репарации миометрия после операции кесарева сечения // Акуш. и гин. - 2008. - № 1. - С. 34-36]. Відомо, що при фізіологічній вагітності домінує гуморальний (Th-2) тип імунної відповіді з вираженим супресивним ефектом, який зберіга-

ється до розродження [N-acetyl-cysteine suppresses amniotic fluid and placenta inflammatory cytokine responses to lipopolysaccharide in rats / Beloosesky M. D., Gayle D. A., Amidi F. et. al. // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2006. - Vol. 194. - P. 268-273].

Прототип винаходу не відомий.

В основу винаходу "Спосіб доклінічної діагностики запальної реакції у породіль після повторного кесаревого розтину" поставлена задача удосконалити доклінічну діагностику запальної реакції у породіль після повторного кесаревого розтину, що дасть можливість ранньої профілактики та лікування проявів гнійно-септичних ускладнень.

Поставлену задачу здійснюють способом, що включає дослідження клітинного (лімфоцити, $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD4^+/CD8^+$, $CD16^+$, $CD22^+$), гуморального (Ig A, M, G) імунітету та прозапальних (ІЛ-1 β , ІЛ-2, ІЛ-6, ФНП- α) і протизапальних (ІЛ-4) цитокінів, і при результатах: лейкоцити - $10,89 \pm 1,03$; $9,94 \pm 1,08$; лімфоцити - $2,01 \pm 0,27$; $1,78 \pm 0,34$, $CD3^+$ $1,16 \pm 0,13$; $0,89 \pm 0,13$; $CD4^+$ $0,62 \pm 0,08$; $0,52 \pm 0,08$; $CD8^+$ $0,49 \pm 0,06$; $0,41 \pm 0,06$; $CD4^+/CD8^+$ $1,26 \pm 0,07$; $1,27 \pm 0,05$; $CD16^+$ $0,40 \pm 0,06$; $0,34 \pm 0,08$; $CD22^+$ $0,50 \pm 0,08$; $0,34 \pm 0,06$; та імуноглобуліни А $1,41 \pm 0,12$ г/л; $1,37 \pm 0,13$ г/л; імуноглобулін М $1,32 \pm 0,06$ г/л; $1,31 \pm 0,09$ г/л; імуноглобулін G $11,52 \pm 0,43$ г/л; $11,42 \pm 0,42$ г/л - у породіль після першого та повторного кесаревого розтину визначають тип (Th-1, Th-2) імунної відповіді на 3-5 добу після розродження.

Спосіб здійснюється таким чином: з кубіталь-

(19) UA (11) 94812 (13) C2

ної вени проводиться забір крові у кількості 5 мл на 3-5 добу після оперативного розродження, кров центрифугується та відправляється для дослідження клітинного (лімфоцити, CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺, CD16⁺, CD22⁺), гуморального (Ig A, M, G) імунітету та прозапальних (ІЛ-1β, ІЛ-2, ІЛ-6, ФНП-α) і протизапальних (ІЛ-4) цитокінів, та визначається тип (Th-1, Th-2) імунної відповіді.

Наводимо конкретні приклади застосування даного способу:

Приклад 1.

Р., 24 роки, госпіталізована в відділення патології вагітності з діагнозом: I вагітність, 39-40 тижнів, сидничне передлежання плоду, дистрес плоду, обвиття пуповини навколо шиї плоду, маловоддя. Підготовлена до планового кесаревого розтину. Кесарів розтин проведено по розробленому нами способу [патент № 36075А]. Вилучено за ніжку плід чоловічої статі масою 3670 г, довжиною 53 см без асфіксії. Матка зашита одноповерховим кушнірським вікриловим швом з перитонізацією міхурово-матковою складкою. Проведена інтраопераційна антибіотикопрофілактика. На 4 добу післяопераційного періоду проведено імунологічне обстеження (х 10⁹/л): лімфоцити - 1,46; CD3⁺ - 1,4; CD4⁺ - 0,78; CD8⁺ - 0,52; CD4⁺/CD8⁺ - 1,5; CD16⁺ - 0,52; CD22⁺ - 0,63; Ig A - 1,3 г/л; М - 1,1 г/л; G - 11,4 г/л; інтерлейкіни (пг/мл): ІЛ-1β - 62,9; ІЛ-2 - 9,2; ІЛ-6 - 12,2; ФНП-α - 160,3; ІЛ-4 - 27,6. Визначено кореляційним аналізом клітинний тип імунної відповіді - Th-1. Виписана на 6 добу в задовільному стані. Оглянута через місяць - стан породіллі задовільний.

ний.

Приклад 2.

К., 28 років, поступила в відділення патології вагітності з діагнозом: II вагітність, 39-40 тижнів, II пологи. Рубець на матці після кесаревого розтину (4 роки). Дистрес плоду. Спайковий процес в черевній порожнині. Проведено плановий кесарів розтин в нижньо-матковому сегменті. Вилучено плід чоловічої статі масою 3540 г, довжиною 50 см без асфіксії. Проведена інтраопераційна антибіотикопрофілактика. Розріз на матці відновлено одноповерховим кушнірським вікриловим швом з перитонізацією міхурово-матковою складкою. На 5 добу післяопераційного періоду проведено імунологічне обстеження (х 10⁹/л): лімфоцити - 1,37; CD3⁺ - 0,79; CD4⁺ - 0,42; CD8⁺ - 0,34; CD4⁺/CD8⁺ - 1,23; CD16⁺ - 0,27; CD22⁺ - 0,27; Ig A - 1,7 г/л; М - 1,4 г/л; G - 11 г/л; інтерлейкіни (пг/мл): ІЛ-1β - 75,6; ІЛ-2 - 60,58; ІЛ-6 - 54,13; ФНП-α - 42,9; ІЛ-4 - 120,6. Визначено кореляційним аналізом гуморальний тип імунної відповіді - Th-2. Виписана із стаціонару на 7 добу в задовільному стані. На 14 добу поступила в гінекологічне відділення з гіпертермією, симптомами інтоксикації (SIRS-синдром), гнійними виділеннями з порожнини матки. Поставлено діагноз: ендометрит після кесаревого розтину у відстроченому періоді (14 доба). Проведена раціональна антибіотикотерапія та інфузійна терапія, лаваж порожнини матки антисептиками. Виписана із стаціонару на 7 добу в задовільному стані. Контрольний огляд через 15 діб - стан породіллі задовільний.