



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **121088** (13) **U**

(51) МПК

G01N 33/53 (2006.01)

G01N 33/49 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2017 05847**

(22) Дата подання заявки: **12.06.2017**

(24) Дата, з якої є чинними
права на корисну
модель: **27.11.2017**

(46) Публікація відомостей
про видачу патенту: **27.11.2017, Бюл.№ 22**

(72) Винахідник(и):

**Маюра Назія Анатоліївна (UA),
Кононенко Микола Григорович (UA)**

(73) Власник(и):

**СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми,
40007 (UA)**

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ ФІТЦ-Х'Ю-КУРТІСА У ХВОРИХ З КЛІНІКОЮ НЕДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

(57) Реферат:

Спосіб діагностики синдрому Фітц-Х'ю-Куртиса у хворих з клінікою неструктивного холециститу включає обстеження хворого та холецистектомію. При цьому додатково виконують забір венозної крові, в сироватці якої серологічним методом визначають імуноглобуліни класів М і G до *Chlamydia trachomatis*, крім того під час холецистектомії виконують інтраопераційний забір мазка-відбитка з серозної оболонки видаленого жовчного міхура, в якому методом полімеразно-ланцюгової реакції визначають ген *Chlamydia trachomatis*, і при виявленні в ньому *Chlamydia trachomatis* діагностують наявність синдрому Фітц-Х'ю-Куртиса.

UA 121088 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії, і може бути застосована для встановлення етіологічних чинників при неструктивному холециститі.

Встановлено, що від 3 до 17 % хворих з клінікою гострого холециститу або хронічного холециститу у стадії загострення не мають очікуваного ефекту від отриманого стандартного лікування. Відомо також, що хірурги при виконанні холецистектомії відмічають невідповідність між термінами виконання операції, клінічними даними та очікуваними морфологічними змінами у стінці жовчного міхура.

Синдром Фітц-Х'ю-Куртіса розглядається як висхідне запалення Глісонової капсули з утворенням площинних злук між капсулою печінки та діафрагмою та передньою очеревиною, яка вкриває передню черевну стінку. Патологічним субстратом цієї патології є хламідієасоційований розвиток псевдомембранозного глісоніту [1].

Епідеміологія синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса досі детально не визначена через те, що цей патологічний стан здатний до мімікрії під іншу абдомінальну патологію.

Відомий спосіб діагностики синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса методом лапароскопії [2], який дає широкі описи синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса. Спайки між капсулою печінки та діафрагмою частіше спостерігаються навколо правої частки (68 %) або обох часток, рідше візуалізуються ізольовано навколо лівої частки.

Лапароскопічна діагностика дозволяє здійснювати пряму візуалізацію черевної порожнини і порожнини малого таза, отже, може бути встановлений діагноз синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса та одночасно виключена інша патологія. У гострій фазі можна побачити запалення очеревини і передньої частини капсули печінки та незначну кількість серозного ексудату без ознак перитоніту. Печінка при цьому не змінена, спаяна з передньою черевною стінкою пухкими зрощеннями, які легко руйнуються граспером. Жовчний міхур часто незмінений, іноді може спостерігатися ін'єкція судин. Інтраопераційні дані не відповідають клінічній картині, яка вказує на діагноз гострого холециститу.

Основним недоліком цього способу діагностики є його низька специфічність, оскільки за наявності характерних глісеперитонеальних зрощень можна лише припустити наявність *Chlamydia trachomatis*. Описані ознаки є імовірними, є наслідками персистенції збудника і не дають інформації щодо гострої або хронічної фази перебігу захворювання, видової приналежності на морфологічній формі збудника.

В основу корисної моделі поставлено задачу вдосконалення способу діагностики синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса шляхом додаткового забору крові для серологічного визначення імуноглобулінів класів М та G до *Chlamydia trachomatis* та інтраопераційного забору мазка-відбитка з серозної оболонки видаленого жовчного міхура для виявлення гену *Chlamydia trachomatis* методом полімеразно-ланцюгової реакції.

Технічний результат полягає у визначенні прямих та непрямих ознак наявності *Chlamydia trachomatis* у хворих з неструктивним холециститом, що забезпечує отримання раніше невідомої інформації про етіопатогенетичний субстрат атипового перебігу неструктивного холециститу, дає можливість уточнити діагноз та підібрати таргентне лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі діагностики синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса у хворих з клінікою неструктивного холециститу, згідно з корисною моделлю, додатково під час холецистектомії інтраопераційно після видалення жовчного міхура здійснюють забір мазка-відбитка з серозної оболонки видаленого жовчного міхура та забір венозної крові, при цьому в сироватці крові серологічним методом визначають імуноглобуліни класів М та G до *Chlamydia trachomatis*, а в мазку-відбитку методом полімеразно-ланцюгової реакції визначають ген *Chlamydia trachomatis*, і при виявленні ознак збудника діагностують синдром Фітц-Х'ю-Куртіса.

Наведений спосіб малотравматичний і не потребує спеціальної підготовки. Зразок крові хворого та мазок-відбиток з серозної оболонки видаленого жовчного міхура отримуються під час планової або екстреної холецистектомії. Методика забору матеріалу не потребує будь-якої спеціалізованої підготовки, кров та мазок-відбиток забираються у стандартизовані контейнери, які надає лабораторія, Таким чином, наведений спосіб діагностики може бути застосований для скринінгового обстеження хворих з клінікою неструктивного холециститу для вивчення епідеміології синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса та індивідуального підбору етіотропного лікування.

Виконання способу діагностики синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса у поєднанні з загальноприйнятими діагностично-лікувальними заходами у хворих з клінікою неструктивного холециститу дозволяє забезпечити виявлення фактора розвитку захворювання, та у подальшому вибрати таргентну антибіотикотерапію з урахуванням чутливості виявленого збудника, що в результаті підвищує ефективність лікування хворих.

Спосіб виконують наступним чином.

У хворого зі встановленим діагнозом неструктивного холецистити забирають 5 мл венозної крові у вакутайнер з індуктором згортання крові. Вакутайнер зберігається у вертикальному положенні при кімнатній температурі до утворення щільного згортка крові з сепарацією сироватки крові, після чого виконується визначення сироваткових імуноглобулінів класів М та G до *Chlamydia trachomatis* серологічним методом.

Під час лапароскопічної холецистектомії після видалення жовчного міхура з нативного препарату до фіксації його у розчині формаліну одноразовою щіточкою для урогенітального мазка береться мазок-відбиток з серозної оболонки жовчного міхура. Це є обов'язковою умовою, оскільки після фіксації препарату настає загибель збудника. Робочий кінець щіточки відділяється від основи, занурюється у пробірку зі стандартизованим середовищем на відправляється у лабораторію для визначення наявності або відсутності гена *Chlamydia trachomatis* методом полімеразно-ланцюгової реакції [3].

При виявленні *Chlamydia trachomatis* діагностують синдром Фітц-Х'ю-Куртіса.

Спосіб апробовано у комунальній установі "Сумська міська клінічна лікарня № 5".

Приклад клінічного застосування.

1. Пацієнтка Д., історія хвороби № 2497, 32 роки, госпіталізована у хірургічне відділення КУ СМКЛ № 5 11.01.2017 р. з діагнозом "Гострий холецистит". На 4 добу після госпіталізації при відсутності позитивного ефекту від консервативного лікування виконане оперативне втручання лапароскопічна холецистектомія в ургентному порядку.

Інтраопераційно виявлено, що жовчний міхур катарально змінений, ін'єктований судинами, без ознак деструкції. Печінка фіксована до діафрагми пухкими площинними спайками. У черевній порожнині невелика кількість серозного випоту без ознак перитоніту.

Спайки зруйновано тупим шляхом та коагулятором, виконано типову холецистектомію від шийки. В операційному залі виконано забір мазка-відбитка з серозної оболонки видаленого жовчного міхура та забір венозної крові. Матеріал відправлено до клініко-діагностичної лабораторії.

Після отримання лабораторних даних про виявлення у зразку гена *Chlamydia trachomatis* методом полімеразно-ланцюгової реакції та наявність діагностично-значимих тигрів імуноглобулінів класів М та G до *Chlamydia trachomatis*, хворій був встановлений діагноз "синдром Фітц-Х'ю-Куртіса" та призначена антибактеріальна терапія з урахуванням чутливості виявленого збудника.

Після операції та проведення курсу таргентної антибактеріальної терапії стан хворої покращився, біль у правому підребер'ї зник, ліквідовані явища інтоксикації та диспепсії.

2. Пацієнтка М., 38 років, госпіталізована у хірургічне відділення СМКЛ № 5 в плановому порядку з діагнозом "Хронічний безкам'яний холецистит". З анамнезу відомо, що скарги па біль у правому підребер'ї турбують хвору протягом 6 років. Неодноразово отримувала курси консервативного лікування, без позитивного ефекту. Рекомендована лапароскопічна холецистектомія. Хвора обстежена в плановому порядку, за даними УЗД стінка жовчного міхура не потовщена, ущільнена, капсула печінки фіброзно змінена.

Інтраопераційно виявлені множинні щільні спайки у вигляді "струн скрипки" між очеревиною та діафрагмальною поверхнею капсули печінки. Стінка жовчного міхура фіброзно змінена, ущільнена. Іншої патології не виявлено. В операційному залі виконано забір мазка-відбитка з серозної оболонки видаленого жовчного міхура та забір венозної крові. Матеріал відправлено до клініко-діагностичної лабораторії.

Після отримання лабораторних даних про виявлення у зразку гена *Chlamydia trachomatis* методом полімеразно-ланцюгової реакції та наявність діагностично-значимих титрів імуноглобулінів класів М та G до *Chlamydia trachomatis*, хворій був встановлений діагноз "синдром Фітц-Х'ю-Куртіса" та призначена антибактеріальна терапія з урахуванням чутливості виявленого збудника.

Після отриманого курсу антибактеріальних та протизапальних препаратів стан хворої покращився, больові відчуття у правому підребер'ї значно зменшилися. Рекомендовано повторне серологічне обстеження через 6 місяців з вирішенням подальшої лікувальної тактики.

Таким чином, запропонований спосіб дозволяє виконувати діагностику синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса у хворих з неструктивним холециститом та індивідуально підбирати таргентну антибіотикотерапію з урахуванням чутливості виявленого збудника.

Джерела інформації:

1. Bolaji I.I. An odyssey through Fitz-Hugh Curtis syndrome / I.I. Bolaji, K.Y. Shirley. //Journal of Reproduction & Contraception. - 2015. - № 26. - С. 173-186.

2. Василюк С.М. Синдром Фітц-Х'ю-Куртіса у хірургічній практиці / С.М. Василюк, В.М. Галюк, В.М. Клим'юк.// Хірургія України. - 2013. - № 1. - С. 100-106. - Прототип.

3. McSherry J.A. Chlamydia Trachomatis and the Fitz-Hugh-Curtis Syndrome / J.A. McSherry.// Canadian Family Physician. 1985. № 31. - С. 1415-1416.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

5

Спосіб діагностики синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса у хворих з клінікою неструктивного холециститу, що включає обстеження хворого та холецистектомію, який **відрізняється** тим, що додатково виконують забір венозної крові, в сироватці якої серологічним методом визначають імуноглобуліни класів М і G до Chlamydia trachomatis, крім того під час холецистектомії

10

виконують інтраопераційний забір мазка-відбитка з серозної оболонки видаленого жовчного міхура, в якому методом полімеразно-ланцюгової реакції визначають ген Chlamydia trachomatis, і при виявленні в ньому Chlamydia trachomatis діагностують наявність синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса.

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

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