

Винахід відноситься до медицини, зокрема до акушерства і стосується діагностики передчасного відшарування плаценти.

За допомогою визначення деяких показників гемостазу (тромбоцити, час згортання крові, каолін-кефаліновий час, протромбіновий час, тромбіновий час, фібриноген) можливо судити про розміри крововтрати та стадію ДВС-синдрому [Лабораторные методы исследования клиник: Справочник / Меншиков В.В., Делекторская Л.Н., Золотницкая Р.Н., Андреева З.М., Анкирская А.С. - М.: Медицина, 1987. - 368с.]. Недоліком методу є те, що перераховані вище показники гемостазу вказують тільки на факт крововтрати, без констатації чіткої причини, що сприяла виникненню цієї патології. Це потребує пошуку, розробки і впровадження нових діагностичних методів для оцінки розвитку передчасного відшарування плаценти.

В основу винаходу "Спосіб ранньої діагностики передчасного відшарування плаценти" поставлено завдання шляхом імуноферментного аналізу забезпечити ранню діагностику передчасного відшарування плаценти завдяки чутливості методу та прискорити постановку діагнозу.

Це завдання здійснюється способом ранньої діагностики передчасного відшарування плаценти, що полягає у визначенні маркера гемостазу у плазмі крові вагітних жінок. Згідно з винаходом у плазмі, що досліджують, визначають активність фактору фон Віллебранда імуноферментним методом за наборами фірми Axis-Shield Diagnostics Limited, Шотландія, Великобританія, та діагностують передчасне відшарування плаценти при активності нижче 60%.

Спосіб здійснюється наступним чином. Для цього використовують імуноферментний набір для визначення активності фактору фон Віллебранда фірми Axis-Shield Diagnostics Limited, Шотландія, Великобританія.

Високо очищені моноклональні антитіла IgG прищеплені до мікрочарунок. Під час першої інкубації, специфічні антигени, які містяться в розведеній плазмі, зв'язуються з антитілами, що знаходяться на поверхні мікрочарунок. Промивання мікрочарунок видаляє незв'язані антигени. Під час другої інкубації анти-людські IgG фактору фон Віллебранда кон'юговані пероксидазою хріна імунологічне зв'язуються з антигеном пацієнта, формуючи кон'югат-антитіло-антиген комплекс. Повторне промивання мікрочарунок видаляє незв'язаний кон'югат. Готові антитіла підлягають інкубації з субстратом. Додавання сірчаної кислоти зупиняє реакцію, при цьому формується кінцевий кольоровий продукт. Кількість готового кон'югату вимірюється в абсорбційних одиницях. Активність фактору фон Віллебранда може бути визначена шляхом інтерполяції на калібрувальній кривій.

Приклад

Хвора Р., 34 років, поступила у відділення патології вагітних миської лікарні "Центр матері та дитини" 8.05.03р. Скарги у хворої на ниючий біль внизу живота. Вагітність III. Пологи III. Остання mensis 26.09.02. Обвіт живота 104см. Висота дна матки 32см. Положення плоду повздовжнє, головне передлежання. Серцебиття плоду ритмічне, 140 за 1 хвилину. Навколоплідні води цілі. Оглянута вагінально: шийка матки сформована, розташована вздовж провідної вісі тазу, цервікальний канал пропускає 1п/л. Внутрішнє вічко закрито. Через переднє склепіння пальпується передлегла голівка. Діагноз: III вагітність 33 тижня в 34 роки. Загроза передчасних пологів. Ізосенсибілізація по АВО.

Призначена токолітична, спазмолітична, седативна терапія, дексаметазо 4мг в/м двічі на добу, протягом 3 днів. Після проведеного лікування 23.05.03 в 18год. 30хв. оглянута червогим лікарем в зв'язку з відходженням навколоплідних вод 150мл, ниючим болем внизу живота. Положення плоду повздовжнє, головне передлежання. Обвіт живота 106см. Висота дна матки 35см. Голівка плоду притиснута до площини входу в малий таз. Серцебиття плоду ритмічне, 144 за хвилину. Оглянута вагінально: шийка матки згладжена до 1см. Краї тонкі, відкриття 2п/л (4см). Навколоплідний міхур відсутній. Передлегла голівка на рівні термінальної лінії. Діагноз: III вагітність 35-36 тижнів. Ні передчасні пологи в 34 роки. I період пологів. Допологове відходження вод. Ізосенсибілізація по АВО.

Призначено ЕГВК фон, глюкоза 5% 200мл + кокарбоксілаза 100мг в/в крапельно.

23.05.03 в 20год 30хв. Консиліум. Скарги на ниючий біль в внизу живота, кров'яні виділення. Ps - 82 за хв., АТ - 115/70мм.рт.ст. Акушерський статус без змін. Локальної болючості при огляду матки не виявлено. Серцебиття плоду приглушене, 160 за хвилину. Оглянута вагінально: шийка матки згладжена, відкриття 2,5п/л (5см). Плідний міхур відсутній, значні кров'яні виділення. Голівка на рівні термінальної лінії. Крововтрата 250мл та продовжується. Діагноз: III вагітність 35-36 тижнів. Ні передчасні пологи в 34 роки. I період пологів. Допологове відходження вод. Передчасне відшарування плаценти. Внутрішньоутробна гіпоксія плоду. Ізосенсибілізація по АВО.

У хворої була взята кров на дослідження. Були отримані результати:

Група крові O(I) Rh(-), гемолізину А 1:8, В 1:4. Протромбіновий індекс 83%, фібриноген А 2,2г/л, фібриноген В +++ , час згортання крові 4хв 15сек - 5хв. Гемоглобін 101г/л, еритроцити - 3,4т/л, лейкоцити - 12,0г/л, ШОЕ - 60мм/год, кольоровий показник 0,89. Активність фактору фон Віллебранда - 41,2% (референтний інтервал 60-180%).

Хворій був підтверджений діагноз передчасного відшарування плаценти. 23.05.03 в 21год 50хв. - 23год. Кесарський розтин у нижньому сегменті. В 22год виведений живий плід жіночої статі 2550гр, 46см. Оцінка по Аргаг 1хв. - 7 балів, 5 хвилини - 8 балів. Під час операції виявлена ретроплацентарна гематома по задній стінці матки. Загальна крововтрата 1000мл. Під час операції проведена гемотрансфузія.

Патогіологічне дослідження плаценти від 29.05.03р. №23300-05 "П" Фіброз строми, сінцитіальні вузлики ворсин гілястого хоріону. Свіжі крововиливи в міжворсинчатий простір. Хвора виписана разом з дитиною на 10 добу післяопераційного періоду у задовільному стані.

Заявлений спосіб апробовано у 40 жінок, що поступили на пологи і у яких була підозра на передчасне відшарування плаценти. В плазмі крові у цих вагітних визначали активність фактору фон Віллебранда, середня активність склала 51,6±2,29% та була нижче межі референтного інтервалу (60-180%). Середня активність фактору фон Віллебранда у контрольній групі, куди входили здорові вагітні жінки, склала 339,5±32,31%. Зниження активності фактору фон Віллебранда підтверджувало діагноз передчасного відшарування плаценти. Пологи у цих жінок велись оперативним шляхом. Діагноз передчасного відшарування плаценти підтверджувався

інтраопераційно, пізніше - результатом патогістологічного дослідження плаценти.

За допомогою імуноферментного методу визначення активності фактору фон Віллебранда діагностика передчасного відшарування плаценти здійснюється інформативно та швидко.