

Винахід відноситься до області медицини, а саме до акушерства.

Для діагностування пізнього гестозу вагітних відома класична тріада симптомів Цангеймєстера (набряки, гіпертензія, протеїнурія) (Венцовський Б.М., Ходак А.А. Поздние токсикозы беременных. - В кн.: Неотложное акушерство. - К.: Здоров'я, 1994. - С.164 - 165).

Однак зараз все частіше зустрічаються форми хвороби, що протікають стерто, відсутня класична тріада симптомів, а переважають ди- та моносимптомні форми.

Найбільш близьким до завалюваного є спосіб дослідження Ю.І. Іванова, А.Г. Коломійцевої та В.М. Марущака (Деякі особливості волюморегуляції при пізніх токсикозах вагітних // Пед., акуш. і гін. - 1978. - №4. - С.60), в якому наведені відомості про зниження натрійуретичної активності плазми крові у вагітних, які страждають пізнім гестозом. Але конкретні дослідження коливання цих значень при тому чи іншому ступені гестозу не проводились.

В основу винаходу поставлене завдання розробити такий спосіб діагностики тяжкості пізнього гестозу, у якому дослідженням натрійуретичної активності плазми крові забезпечується можливість достовірного прогнозування перебігу патологічного процесу та ефективної її корекції.

Поставлена мета досягається завдяки тому, що в спосіб діагностики ступеня тяжкості пізнього гестозу, що включає дослідження плазми крові, згідно винаходу, вводять дослідження натрійуретичної активності плазми крові і при її значеннях 4,5 - 6,4ум.од./мл діагностують нефропатію I ступеня; 3,6 - 4,4ум.од./мл - нефропатію II ступеня; 2,1 - 3,5ум.од./мл - нефропатію III ступеня.

Заявлюваний спосіб здійснюється таким чином.

У вагітних, які страждають на пізні гестози, вранці, натщесерце проводять забір крові з вени в кількості 3мл. У виділеній плазмі досліджують натрійуретичну активність за методом Ю.І. Іванова.

5 білим безпородним щурам з масою тіла 100 - 150г на фоні об'ємного навантаження (0,45% розчин хлориду натрію в шлунок в кількості 3% від маси тіла) вводили інтраперитоніально по 0,3мл досліджуваної плазми крові і в зібраній за одну годину сечі тварин, досліджували рівень екскреції натрію порівняно з контрольною групою, роблять висновок про натрійуретичну активність досліджуваної плазми крові. Для контролю використовують 5 щурів, яким на фоні об'ємного навантаження інтраперитонеально вводили 0,3мл фізіологічного розчину.

Для кращого порівняння рівня натрійуретичної активності в різних групах обстежених жінок проводився її перерахунок в умовні одиниці по формулі Ю.І. Іванова (1980)

$$HUA_{пл} = \frac{M_1 \times M_2 - T_1 \times T_2}{P (M_1^2 - T_1^2)} \text{ ум.од./мл,}$$

де $HUA_{пл}$ - натрійуретична активність плазми крові в ум.од./мл;

M_1 - середня арифметична екскреція Na в контрольній групі щурів;

T_1 - середня похибка цього визначення;

M_2 - середня арифметична екскреція Na в експериментальній групі щурів після введення їм досліджуваної плазми крові;

T_2 - середня похибка цього визначення;

P - об'єм тестувальної плазми введеної експериментальним тваринам (тобто 0,3мл).

По рівню виявленої натрійуретичної активності плазми крові визначали ступінь тяжкості нефропатії у даної обстеженої жінки (при нефропатії I ступеня 4,5 - 6,4ум.од./мл; нефропатії II ступеня 3,6 - 4,4ум.од./мл; нефропатії III ступеня 2,1 - 3,5ум.од./мл).

Апробація заявлюваного способу була проведена на 40 вагітних жінках. У 30 із них після досконального клінічного і лабораторного дослідження (що включає в себе дослідження очного дна, загальний і нирковий судинний тонус, об'єм внутрішньо- і позасудинної рідини, осмогомеостаз, показники центральної гемодинаміки) було встановлено наявність нефропатії вагітних з точним розподілом на три ступені тяжкості (по 10 жінок в кожній групі). Виявилось, що кожній групі обстежених відповідає свій показник натрійуретичної активності плазми крові, який достовірно відрізняється від такого в інших групах. Так, якщо у здорових вагітних в III триместрі натрійуретична активність плазми крові була в інтервалі 6,5 - 7,5ум.од./мл, то у вагітних з нефропатією I ступеня цей показник знаходиться в інтервалі 4,5 - 6,4ум.од./мл; з нефропатією II ступеня 3,6 - 4,4ум.од./мл; з нефропатією III ступеня, 2,1 - 3,4ум.од./мл.

Приклад 1. Вагітна Н., 26 років, повторновагітна (1 пологи і 2 штучні аборти в анамнезі), поступила в відділення патології вагітних в терміні 36 тижнів вагітності з вираженими набряками стоп, гомілок, передньої черевної стінки і пальців рук, АТ = 130/80; 130/75мм рт.ст., слідами білка в мочі. Беручи до уваги вираженість набряків був поставлений попередній діагноз: Вагітність IV, 36 тижнів, нефропатія II - III ступеню. В плані ведення вагітності була визначена необхідність вирішити питання про дострокове переривання вагітності в зв'язку з наявністю нефропатії тяжкого ступеня. Однак, після визначення НУА плазми крові (5,9ум.од./мл), діагноз був уточнений: Вагітність IV, 36 тижнів, нефропатія I ступеня. Вагітність була пролонгована і жінка народила в 38 - 39 тижнів живого доношеного хлопчика масою 3400,0г, довжиною 49см, з оцінкою по шкалі Ардаг 8 балів.

Приклад 2. Першовагітна С., 23 роки, поступила в відділення патології вагітних в терміні 33 - 34 тижні з діагнозом: нефропатія I ступеня. У неї відмічалась пастозність гомілок, АТ - 130/80, 140/80мм рт.ст. і помірна альбумінурія (0,067Ул). Однак дослідження НУА плазми крові показало значне зниження даного показника (3,2ум.од./мл), яке відповідає нефропатії III ступеня. Через 4 дні на фоні лікування нефропатії I ступеня почалося прогресуюче погіршення стану жінки (АТ 170/110; 180/110мм рт.ст., альбумінурія 2,37г/л), з'явився головний біль. Незважаючи на почате масивне лікування, яке проводилось в блоці інтенсивної терапії, стан вагітної не покращувався і через три дні вона була родорозрішена шляхом операції кесарського розтину по життєвим показникам. Дитина недоношена, маса 1800г, довжина 43см, по шкалі Ардаг 6 - 7 балів.