

Корисна модель відноситься до області медицини, а саме акушерства, може бути використана для прогнозування перинатальних втрат при антифосфоліпідному синдромі.

У наукових публікаціях, присвячених вивченню патогенетичних механізмів перинатальних втрат при антифосфоліпідному синдромі [Насонов Е.Л. Антифосфолипидный синдром. - М.: Литерра, 2004; Чайка В.К., Демина Т.Н. Антифосфолипидный синдром. - Донецк: Норд-Пресс, 2004. - 236с], наводяться можливі фактори ризику його виникнення, але в них не дається чіткої схеми прогнозування перинатальних втрат з можливістю кількісної оцінки їх ризику.

У медичній та патентній літературі не виявлено прототипу, що стосується способу прогнозування перинатальних втрат при антифосфоліпідному синдромі.

В основу запропонованого способу прогнозування перинатальних втрат при антифосфоліпідному синдромі покладено завдання оцінки факторів ризику перинатальних втрат при антифосфоліпідному синдромі, що дозволить виділити серед вагітних групи ризику по перинатальним втратам і вчасно провести лікувально-профілактичні заходи та знизити перинатальну захворюваність і смертність.

Поставлена задача способу прогнозування перинатальних втрат при антифосфоліпідному синдромі вирішується шляхом дослідження таких показників:

- а) перинатальні втрати в анамнезі (оцінка ризику 3 бали);
- б) цукровий діабет у жінки (оцінка ризику 2 бали);
- в) наявність вогнищ хронічної інфекції (оцінка ризику 1 бал);
- г) екстремально високі значення рівнів антифосфоліпідних антитіл до кардіоліпіну до сфінгімієліну (IgG вище 80 GPL, IgM вище 80 MPL) (оцінка ризику 3 бали);
- д) порушення тромбоцитарної ланки системи гемостазу (оцінка ризику 2 бали);
- е) ускладнення перебігу вагітності прееклампсією, плацентарною недостатністю та гіпоксією плода (оцінка ризику 1 бал);

- ж) зниження у I триместрі вмісту прогестерону в крові вагітної нижче 150 нмоль/л (оцінка ризику 1 бал);
- з) зниження у I триместрі вагітності рівня естріолу в крові жінки нижче 20 нмоль/л (оцінка ризику 1 бал), кожному з показників відповідає оцінка ризику в балах, яка отримана методом експертної оцінки.

Вираховується загальна сума балів, якщо сума балів вища 6, прогнозується високий ризик перинатальних втрат, якщо нижче 6 і більше 3 прогнозується підвищений ризик перинатальних втрат, якщо нижче 4 прогнозується низький ризик перинатальних втрат.

Під антифосфоліпідним синдромом в акушерстві розуміють клінічну асоціацію: підвищений рівень антифосфоліпідних антитіл з тромбозом, тромбоцитопенією і загибеллю плода, що повторюється. Частота виявлення антифосфоліпідних антитіл у сироватці здорових людей, за даними різних дослідників, варіює від 0 до 14% і в середньому складає 2-4% і зростає у хворих запальними, аутоімунними, інфекційними захворюваннями. При антифосфоліпідному синдромі розвивається плацентарна недостатність, затримка утробного розвитку плода, загроза переривання і втрата вагітності на ранніх термінах. Пацієнтки з високими титрами антифосфоліпідних антитіл мають до 80-90% втрат вагітності.

Тобто за допомогою аналізу факторів ризику з високою достовірністю можна прогнозувати ризик перинатальних втрат у вагітної жінки з метою своєчасного проведення профілактичних заходів.

Корисна модель використовується наступним чином. Проведено комплексне обстеження 40 вагітних, яким проводилось прогнозування перинатальних втрат. За прогнозом високий ризик перинатальних втрат був у 5 жінок (у 4 прогноз справдився), підвищений - у 10 (у 2 - виник), у інших 25 прогнозувався низький ризик розвитку цього ускладнення і прогноз справдився. Тобто помилковий прогноз був 1 при високому ризику (точність прогнозування складала - 80%), причому не було особливо небезпечних помилок, коли прогнозується низький ризик, а ускладнення виникає.

Корисна модель характеризується наступними клінічними прикладами.

Приклад 1. Вагітна Н. 25 років.

У жінки відмічені такі фактори ризику: в анамнезі - 1 викидень (оцінка ризику 3 бали); вміст прогестерону в крові 140 нмоль/л (оцінка ризику 1 бал); позитивна полімеразна ланцюгова реакція на герпес та цитомегаловірус (оцінка ризику 1 бал); при обстеженні виявлено антифосфоліпідні антитіли до кардіоліпіну (IgG-92 MPL, IgM-84 GPL), до сфінгімієліну (IgG-88 MPL, IgM-76 GPL) (оцінка ризику 3 бали).

Після розгляду цих показників сума балів $3+1+1+3=8>6$. Таким чином, ставиться прогноз "високий ризик перинатальних втрат". Прогноз справдився, у 14-15 тижнів вагітності стався самодовільний викидень. При плануванні подальших вагітностей жінці рекомендована передгравідарна підготовка.

Приклад 2. Вагітна Я., 30 років.

У жінки відмічені такі фактори ризику: цукровий діабет 1 типу (оцінка ризику 2 бали); кількість тромбоцитів у крові жінки $144 \cdot 10^9/\text{л}$ (оцінка ризику 2 бали); рівень естріолу в крові жінки у 12 тижнів вагітності - 18 нмоль/л (оцінка ризику 1 бал).

Після розгляду цих показників сума балів $2+2+1=5<6$ і >4 . Таким чином, ставиться прогноз "підвищений ризик перинатальних втрат". Прогноз справдився, перебіг вагітності ускладнювався загрозою переривання. Враховуючи прогноз проводилось специфічне лікування, вагітність закінчилась шляхом операції кесаревого розтину у 36 тижнів вагітності. Народився хлопчик, маса тіла 4250г, 56см. Оцінка за шкалою Ангара - 5-6 балів.

Виявлений високий ризик перинатальних втрат дозволяє віднести таку жінку до групи ризику і своєчасно провести відповідні лікувально - профілактичні заходи, що дозволить знизити перинатальну захворюваність і смертність.

Даний спосіб прогнозування перинатальних втрат при антифосфоліпідному синдромі є високоінформативним, малоінвазивним, не потребує додаткових затрат і дозволяє виділити групи ризику по перинатальним втратам та вчасно починати коригуючу терапію.