**Ткаченко Андрій Володимирович. Прогнозування та корекція фетоплацентарної недостатності у вагітних зі звичним невиношуванням в анамнезі: Дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2002. - 204арк. - Бібліогр.: арк. 179-2-4.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Ткаченко А.В. *Прогнозування та корекція фетоплацентарної недостатності у вагітних зі звичним невиношуванням в анамнезі.* – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України, Київ, 2002.  Був проведений аналіз клініко-статистичних особливостей становлення репродуктивної функції, прегравідарного фону і наслідків вагітностей у *285* жінок зі звичним невиношуванням та виконані комплексні дослідження перебігу гестації у *64* вагітних з первинним невиношуванням в анамнезі. Встановлено, що первинна форма звичного невиношування є найбільш несприятливою, щодо передчасного переривання та завмирання вагітності. В основі порушень в системі “мати-плацента-плід” в цій групі жінок є неадекватна імунна відповідь на антигени трофобласта, стан хронічної тромбофілії і низька адаптаційна спроможність функціональних систем, відповідальних за формування фетоплацентарного комплексу. Для зниження частоти репродуктивних невдач, акушерської і перинатальної патології у вагітних з первинним невиношуванням запропоновано використання імунологічних та гемостазіологічних показників, разом з проведенням коригуючої терапії в “критичні терміни” гестації, шляхом призначення аспіріна, танакана та гепаріна, що надає змогу уникнути раннього розвитку плацентарної недостатності, на 25% збільшити показник живонароджуваності та в 5,5 разів знизити неонатальну захворюваність. | |
| |  | | --- | | У дисертації зроблені теоретичні узагальнення і запропоновано нове вирішення наукового завдання щодо зниження частоти репродуктивних невдач, акушерської та перинатальної патології у вагітних зі звичним невиношуванням в анамнезі, шляхом вивчення особливостей імуно-коагуляційного гомеостазу, розробки патогенетично обумовлених підходів до прогнозування й удосконалення методів корекції порушень адаптаційних механізмів в системі “мати-плацента-плід”.  **1.** Серед усіх видів звичного невиношування вагітності, первинна його форма є найбільш несприятливою: частота живонародження в цій групі жінок складає 21,7% а домінуючим варіантом передчасного переривання вагітності є мимовільний викидень в І та ІІ триместрах гестації (74%), який в кожному третьому випадку (23,5%) супроводжується завмиранням вагітності.  **2.** В основі патогенезу порушень в системі “мати-плацента-плід” у вагітних з первинним невиношуванням в анамнезі є неадекватна імунна відповідь на антигени трофобласта, стан хронічної тромбофілії і низька адаптаційна спроможність функціональних систем, відповідальних за формування та розвиток фетоплацентарного комплексу, що призводить до виникнення важких форм плацентарної недостатності та передчасного переривання або завмирання вагітності.  **3.** Основними імунологічними та гемостазіологічними критеріями прогнозування та доклінічної діагностики фетоплацентарної недостатності у жінок з первинною формою звичного невиношування вагітності є імунорегуляторний коефіцієнт, відсотковий вміст В-лімфоцитів та природних кілерів, гемолітична активність комплементу, присутність антифосфоліпідних антитіл, наявність автоімунізації до фетоплацентарних гормонів, активований частковий тромбопластиновий час, індекс тромбодинамічного потенціалу, концентрація продуктів деградації фібрину/фібриногену та співвідношення простациклін/тромбоксан.  **4.** Функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок з первинною формою звичного невиношування вагітності характеризується:  зменшенням синтезу прогестерону на 20%, кортизолу і естрадіолу – майже на 25%, а плацентарного лактогену та хоріонічного гонадотропіну – на 30%;  значним переважанням випадків гіпоплазії (майже в 5 разів) та деструктивних змін (майже в 10 разів) плаценти, маловоддям (61,9%) та порушенням “ехографічної зрілості” плаценти (85%), а в 57,1% – ультразвуковими ознаками затримки внутрішньоутробного розвитку плода за симетричним варіантом;  підвищенням пульсаційного індексу та індексу резистентності в матковій артерії на 36,7% і 21,5%, в артерії пуповини – на 12,4% і 14,5%, аорті плода – на 8,4% і 20,7% відповідно;  збільшенням в 3,5 рази інтегративного показника страждання плоду (2,69);  високою частотою загрози переривання вагітності (68,0%) та загрози передчасних пологів (42,9%);  розвитком в 71,4% субкомпенсованого, а в 19% – декомпенсованого дистресу плода.  **5.** З метою профілактики та лікування фетоплацентарної недостатності у вагітних з первинним невиношуванням в анамнезі, починаючи з періоду хоріальної інвазії та ранньої плацентації, потрібно проводити коригуючу терапію, спрямовану на зменшення існуючих та запобігання подальших імунологічних і коагуляційних розладів, з використанням в “критичні терміни” гестації малих доз аспіріна, танакана та гепаріна, що надає змогу на 25% збільшити показник живонароджуваності та майже в 5,5 разів знизити неонатальну захворюваність. | |