**Пуга Наталія Павлівна. Диференційований підхід до профілактики пізніх гестозів та фетоплацентарної недостатності у жінок з артеріальною гіпертензією: Дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Ужгородський національний ун-т. - Ужгород, 2002. - 136арк. - Бібліогр.: арк.111-136.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Пуга Н.П. Диференційований підхід до профілактики пізніх гестозів та фетоплацентарної недостатності у жінок з артеріальною гіпертензією.  Рукопис. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.  Спеціальність 14.01.01 – акушерство та гінекологія.  Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України.  Київ, 2002.  На підставі клініко-лабораторних та функціональних методів дослідження вивчені порівняльні аспекти клінічного перебігу вагітності та виходи пологів у жінок з артеріальною гіпертензією різного генезу: нейроциркуляторною астенією за гіпертонічним типом та гіпертонічною хворобою. Показано основні особливості формування та функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з вихідною артеріальною гіпертензією указаного генезу. Вивчено зміни вмісту утворюючих та есенціальних макро- і мікроелементів у тканині плаценти при фетоплацентарній недостатності на тлі артеріальної гіпертензії з використанням фотоактиваційного методу досліджень. З урахуванням отриманих нових даних щодо патогенезу ФПН науково обгрунтовані, розроблені та впроваджені практичні рекомендації щодо зниження частоти пізніх гестозів та фетоплацентарної недостатності на підставі диференційованого підходу до використання медикаментозної корекції із застосуванням актовегіну, аспірину та інстенону. Це дозволило поліпшити безпосередні результати розродження жінок груп високого акушерського та перинатального ризику. | |
| |  | | --- | | 1. Вагітні жінки з артеріальною гіпертензією різного генезу (нейроциркуляторною астенією за гіпертонічним типом та гіпертонічною хворобою І-ІІ ст.) складають групу високого ризику по розвитку поєднаних пізніх гестозів (при нейроциркуляторній астенії за гіпертонічним типом 70,0%, гіпертонічній хворобі 80,0%) та фетоплацентарної недостатності (при “чистих” гестозах - 63,3%, нейроциркуляторній астенії за гіпертонічним типом - 66,7% та гіпертонічній хворобі - 73,3%). 2. Розродження жінок з артеріальною гіпертензією вказаного генезу супроводжується високою частотою кесаревих розтинів (при “чистих” гестозах -– 23,3%, нейроциркуляторній астенії за гіпертонічним типом (НЦА) - 26,7% та гіпертонічній хворобі (ГХ) - 33,3%) з приводу поєднаних гестозів, прогресуючої артеріальної гіпертензії і гіпоксії плода та аномалій пологової діяльності. 3. Функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок з вихідною артеріальною гіпертензією вищевказаного генезу характеризується затримкою внутрішньоутробного розвитку плода в основному за асиметричним варіантом, структурними та макро- і мікроелементними (у вигляді дисбалансу та накопичення як вітальних макро- та мікроелементів, так і токсичних (зокрема, сурьми)) змінами у плаценті, порушеннями плацентарного кровотоку (28-30 тиж.), а потім і матково-плодового (37-38 тиж.), та зниженням ендокринної функції плаценти з 18-20 тиж. до розродження. Стан центральної гемодинаміки у цих жінок характеризується підвищенням середнього артеріального тиску та роботи лівого шлуночку на тлі одночасного зниження загального периферичного судинного опору. Для стану систем гемостазу і водно-електролітного обміну у жінок з вихідною артеріальною гіпертензією внаслідок НЦА по гіпертонічному типу та ГХ характерними є гіперкоагуляція, гіпокаліємія, гіпокальціємія, гіпонатріємія при збільшенні вмісту хлору у крові. 4. З метою профілактики пізніх гестозів та фетоплацентарної недостатності у жінок з вихідною артеріальною гіпертензією до 150/100 мм рт. ст. необхідно використовувати чотири профілактичні курси у 15-16 тиж., 19-21 тиж., 25-27 тиж. та 34-35 тиж. по 14 днів, які складаються з актовегіну (200 мг на добу) та аспірину (250 мг на добу); при АТ вище 150/100 мм рт.ст. доза актовегіну збільшується до 400 мг, аспірину до 375 мг та додатково використовується комплексний препарат інстенон по 260 мг впродовж 14 днів також. 5. Диференційований підхід до профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у жінок указаних категорій викликає стабілізацію центральної гемодинаміки (САТ – 89,24±1,04 мм рт.ст., РЛШ – 8,22±0,16 дин/хв. і ЗПСО – 1112,41±24,24 динсек.см-5 у ІІІ триместрі вагітності), нормалізацію функціонування систем гемостазу (агрегація тромбоцитів з АДФ – 73,04±2,43%, протромбіновий час – 13,78±0,48 сек., фібриноген крові – 3,12 г/л у ІІІ триместрі), водно-електролітного обміну (K+ - 4,21±0,21, Na+ - 143,07±1,28, Ca2+ - 2,15±0,11, Cl- - 114,2±1,12 ммоль/л у ІІІ триместрі), ендокринологічної функції плаценти та матково-плацентарно-плодового кровообігу, внаслідок чого дозволяє знизити частоту поєднаних пізніх гестозів у 2,3 рази, фетоплацентарної недостатності у 2,1 рази, передчасних пологів у 4 рази, кесаревих розтинів у 2,7 рази, а також запобігти перинатальні втрати. | |