**Теслюк Роман Святославович. Стан системи мати-плацента-плід при функціональних порушеннях дихання у жінок з нейроциркуляторною астенією: дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. - К., 2004**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Теслюк Р.С. Стан системи мати-плацента-плід при функціональних порушеннях дихання у жінок з нейроциркуляторною астенією.- Рукопис.**  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01. - акушерство та гінекологія.- Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, Київ, 2004.  Основні положення дисертації містять порівняльний аналіз клінічних, гемодинамічних, біохімічних, гемореологічних, цитохімічних та гематоморфологічних показників при різних формах нейроциркуляторної астенії в динаміці вагітності, їх співвідношення та роль у виникненні синдрому гіпоксії у системі мати-плацента-плід залежно від типу та ступеня порушення функції зовнішнього дихання.  Дисертація присвячена вивченню клінічних особливостей перебігу основного захворювання, вагітності та пологів, стану респіраторного та фето-плацентарного комплексу у 120 вагітних жінок, хворих на НЦА із синдромом функціональних дихальних розладів, залежно від показників інтенсивності процесів пероксидного окиснення ліпідів та ендотоксикозу, стану систем протирадикального захисту, кислотно-лужного гомеостазу, морфо-функціональних властивостей еритроцитів, процесів метаболізму та транспорту катехоламінів. Розроблено метод фармакологічної корекції виявлених гемодинамічних, реологічних та метаболічних змін за допомогою препаратів нервохеель та кралонін щодо запобігання розвитку ускладнень вагітності та порушень стану плода. Запропоновано комплекс диференційованих лікувально-профілактичних заходів для профілактики та лікування плацентарної недостатності, який включає препарати антигомотоксичної дії, а також засоби метаболічної, антигіпоксантної дії – інстенон та актовегін. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення актуального наукового завдання – обгрунтування та розробки комплексу лікувально-профілактичних заходів, що попереджують та усувають розвиток гіпоксії у організмі матері та плода у разі НЦА шляхом корекції порушень функції зовнішнього дихання, оксидантно- протиоксидантного та кислотно-основного гомеостазу, процесів мікроциркуляції та обміну катехоламінів.   1. Особливістю перебігу НЦА у вагітних є значна частота розвитку синдрому респіраторних розладів (92,5%) та зростання його ступеня тяжкості в міру збільшення терміну вагітності. Вагітність та пологи у цього контингенту жінок ускладнились у разі ГіперТТ – виникненням гестозів (40%), слабкості пологової діяльності (40%), кровотеч в ранньому післяпологовому периоді (30%); у разі ГіпоТТ – загрозою переривання вагітності (72,5%), передчасними пологами (40%), швидкими та стрімкими пологами (45%); у разі КТ – слабкістю пологової діяльності (52,5%). 2. Для хворих на НЦА із функціональними дихальними розладами характерним є частий розвиток ПН (43-52%) з гіпоксією плода, про що свідчать вірогідне зниження екскреції естріолу, зниження темпів наростання екскреції естріолу у динаміці вагітності, непрямі ознаки прогестеронової недостатності, вірогідне порушення стану реактивності серцево-судинної системи плода (за даними кардіотокографії), зростання доплерографічних показників судинного опору при дослідженні матково-плацентарного, плацентарного кровообігу та у аорті плода, збільшення швидкості діастолічного кровоплину у середньомозковій артерії плода. 3. Факторами ризику розвитку перфузійних розладів та гіпоксії у системі мати-плацента-плід у хворих на НЦА є значна лабільність показників та порушення циркадіанних ритмів АТ та ЧСС впродовж доби: зростання тривалості межової гіпертензії удень, тахікардія при гіпертонічному типі; зміщення піку АТ за добу до 13-14 години, гіпотензія та брадикардія – при гіпотонічному типі; монотонна крива АТ типу “non-dipper” із зростанням тривалості межової гіпертензії та відсутністю фізіологічного зниження АТ у нічний час, зміщення піку АТ до 19-20год. при кардіальному типі. 4. Основною причиною, що сприяє виникненню гіпоксії у хворих на НЦА, є недостатність ФЗД: у хворих на гіпотонічний тип - обструктивного типу легкого ступеня (ОФВ1, МОШ50%=70-80%) з приєднанням у третьому триместрі вагітності респіраторних розладів рестриктивного типу; у хворих на гіпертонічний та кардіальний тип НЦА – первинного переважання недостатності ФЗД за рестриктивним типом легкого ступеня (ЖЄЛ=70-80%) з приєднанням зворотного функціонального бронхоспазму дрібних бронхів; максимального зниження ефективності ФЗД у хворих на кардіальний тип НЦА; а також значної частоти синдрому сонних апное у хворих на НЦА. 5. У хворих на НЦА із функціональними респіраторними розладами у 26 тижнів вагітності встановлено компенсований метаболічний ацидоз, у 36 тижнів частково компенсований метаболічний та респіраторний ацидоз, що сприяє розвитку гіпоксії у системі мати-плацента-плід. Загострення НЦА при вагітності супроводжується підвищенням інтенсивності процесів ВРОЛ та ендогенної інтоксикації на тлі дезінтеграції факторів системи антиоксидантного захисту (АОЗ) (зниження в крові відновленого глутатіону, активності Г6ФДГ, супероксиддисмутаза (СОД)). Накопичення в крові токсичних метаболітів є однією із причин розвитку плацентарної недостатності. 6. Неконтрольовані вільнорадикальні впливи, ендотоксикоз, метаболічний та респіраторний ацидоз, виснаження факторів системи АОЗ у вагітних, хворих на НЦА, призводять до порушення морфо-функціональних та реологічних властивостей еритроцитів, що сприяє розвитку гіпоксії у системі мати-плацента-плід. Катехоламіндепонуюча функція еритроцитів у вагітних, хворих на НЦА, змінюється залежно від типу респіраторних розладів: при обструктивному – знижується у межах 65-75% від належних, рестриктивному – зростає у межах 10-20% від належних, змішаному – знижується у межах 45-55% від належних, що сприяє розбалансованості регулюючого впливу симпато-адреналової системи, розвитку судинних, вентиляційних розладів та гіпоксії. 7. Вірогідною причиною поглиблення катехоламінового дисбалансу і прогресування синдрому респіраторних розладів у вагітних, хворих на НЦА, є зростання активності моноаміноксидази, яка збільшується прямо пропорційно ступеню плацентарної недостатності. Вірогідними діагностичними критеріями розвитку ПН є зростання активності МАО у здорових вагітних вище 40%, у хворих на НЦА – вище 45%. 8. Антигомотоксичні препарати кралонін та нервохеель у комплексному лікуванні хворих на НЦА вагітних, завдяки встановленим гемодинамічним, антиоксидантним, коригуючим вегетативний гомеостаз властивостям, сприяють відновленню реологічних, рецепторних та транспортних функцій еритроцитів, усувають мікроциркуляторні, метаболічні та респіраторні розлади. Диференційована терапія ФПН у хворих на НЦА (залежно від варіанту перебігу та типу респіраторних розладів) препаратами антигомотоксичної (кралонін, нервохеель) та антигіпоксантної дій (інстенон, актовегін) сприяє зниженню частоти ускладнень вагітності, пологів, перинатальної патології. | |