**Чепка Юлія Леонардівна. Прогнозування фетоплацентарної недостатності та обгрунтування лікувально- профілактичних заходів при ній: дисертація канд. мед. наук: 14.01.01 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. - К., 2003**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Чепка Ю.Л. Прогнозування фетоплацентарної недостатності та обґрунтування лікувально – профілактичних заходів при ній. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук зі спеціальності 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця МОЗ України. Київ, 2003.Дисертація присвячена проблемі прогнозування та профілактики фетоплацентарної недостатності (ФПН) на різних термінах вагітності. На підставі багатофакторного статистичного аналізу багатьох факторів ризику розвитку ФПН у 600 вагітних пологового будинку №5 за 1996-2000 роки (245 із яких народили дітей з ознаками перенесеної ФПН, і 355 – із нормальними показниками), розроблено метод індивідуального прогнозування розвитку ФПН у різні терміни вагітності. Визначено найінформативніші методи діагностики ФПН у групах з різним ступенем ризику розвитку піддослідної патології та розроблено діагностичний алгоритм. Запропоновано метод профілактики ФПН з урахування ступеня ризику розвитку патології та виділення ведучого патогенетичного фактору, що дозволило знизити частоту розвитку ФПН на 9,8% (х 2– 5,30 і р=0,04). |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертаційній роботі вирішується конкретне завдання прогнозування фетоплацентарної недостатності та, на основі визначеного ступеня ризику ФПН, своєчасного застосування відповідних діагностичних методів та профілактичних заходів.1. ФПН у 11,8% випадків ускладнює перебіг вагітності. Основними чинниками, які сприяють виникненню фетоплацентарної недостатності, є акушерсько-гінекологічна (передчасні пологи, пізні гестози, аборти в анамнезі, індукована вагітність, народження попередніх дітей із ознаками гіпотрофії, аномалії розвитку та фіброміома матки) та екстрагенітальна патологія (ожиріння, вади серця із ознаками серцево-судинної недостатності, геморагічні васкуліти та тромбоцитопенії, важкі форми хронічних захворювань органів гепатопанкреатобіліарного тракту та патології бронхо-легеневої системи із ознаками дихальної недостатності), багаточасова робота на комп`ютері, фізичні перевантаження при їх поєднанні з психічними травмами, паління під час вагітності в залежності від його строку та інтенсивності.
2. Проведена кількісна оцінка окремих прогностичних факторів, які впливають на частоту розвитку ФПН. Вона дозволяє об`єктивно встановити роль кожного з них у розвитку цієї патології, а при підрахуванні суми прогностичних коефіцієнтів - визначити ризик ФПН. Якщо сума ПК меньш, чим -10 -- визначається високий ризик, від 0 до -10 -- помірний, а більше 0 -- низький.
3. Найбільш інформативними у діагностиці ФПН є: потижневе вимірювання обводу черева плода (r=0,69), максимальна швидкість кровоплину у венозному протоці (r= -0,68), показник церебро - пуповинного індексу (r= 0,67), кількість парабазальних клітин (r= -0,63) та сума балів біофізичного профілю плода 5 і нижче (r= 0,65). Виявлено тісний корелятивний зв`язок між показниками допплерометрії, добової екскреції естріолу з сечею вагітної та результатами дослідження гормональної кольпоцитограми та сонографії.
4. Для вагітних із низьким ступенем ризику розвитку ФПН, - при сумі коефіцієнтів кореляції у 0,61 - 1,24 – вірогідність фетоплацентарної недостатності складає 40,0%, при 1,25 - 2,52 – 61,9%, при 2,53 - 3,21 – 82,4%, а при 3,22 - 4,32 – 100%. У групі з високим та середнім ступенем ризику розвитку патології, коли враховувались дані допплерометрії та визначення естріолу – при сумі коефіцієнтів кореляції у 0,61 - 2,48 вірогідність фетоплацентарної недостатності складала 68%, при 2,48 - 4,76 – 81,8% , при 4,77 - 6,6 – 95,0%, а при 6,7 - 8,64 – 100%.
5. Розроблений комплекс лікувально – профілактичних заходів дозволив знизити частоту розвитку ФПН на 9,8% (х 2– Пірсона= 5,30 і р=0,04), що надає підставу рекомендувати його для впровадження у практичну охорону здоров’я.
6. Запропоновано алгоритм спостереження за вагітною із підозрою на ФПН, що включає послідовне використання сучасних методів діагностики (ультрасонографія, допплерометрія, визначення екскреції естріолу із сечею, кольпоцитограма).

**Практичні рекомендації.**1. Рекомендовано методику індивідуального поетапного прогнозування розвитку ФПН. Перший етап – попереднє прогнозування, - на етапі планування вагітності чи на ранньому терміні. Другий етап - у 20-24 тижні вагітності, коли діагностика ФПН стає спроможньою, а профілактика і лікування – можливими. Третій етап – в 30-33 тижні – включає оцінку нових факторів, що виникають під час перебігу вагітності. Четвертий етап, у 37-40 тижнів - для оцінки необхідної інтенсивності інтранатального спостереження за плодом та вибору методу розродження.2. Запропоновано схему диференційованої діагностики ФПН з урахуванням ступеня її ризику. Рутинними скринінговими методами визнані сонографія з дослідженням біофізичного профілю плода, вивчення мазків гормональної кольпоцитограми та кардіотокографія. У групі вагітних з високим та середнім ступенем ризику розвитку патології необхідно додаткове залучення доплерометрії та визначення добової екскреції естріолу із сечею вагітної.1. Рекомендовано статистично обгрунтовані лікувально – профілактичні заходи. Після першого етапу прогнозування, якщо є ризик розвитку цієї патології, всім пацієнтам рекомендується покінчити зі шкідливими звичками, зменшити фізичні навантаження, психічне напруження та вплив шкідливих виробничих факторів, нормалізувати масу тіла, обстежитись на наявність інфекційних захворювань генітальної сфери, патології серцево-судинної системи, нирок та іншої патології і своєчасно лікуватись. В тих випадках, коли при повторних прогнозуваннях виявлено середній ступінь ризику розвитку патології (СПК –9 – 0) вагітним додатково призначаються медикаментозні засоби профілактики: вітамін Е по 400 мг та аспірин по 100 мг на добу протягом 14 днів. При високому ступені ризику розвитку фетоплацентарної недостатності (СПК –10 і меньше) до вище приведеної схеми додається “Інстенон” форте у драже по 2 – 4 рази на добу. Лікувально - профілактичні заходи проводяться при обов`язковому призначенні препаратів, направлених на основні патогенетичні фактори, які сприяють розвитку ФПН, по механізму впливу на найбільш вірогідний патогенетичний ланцюг виявленого захворювання (вазореологічний та імунний – при пізньому гестозі та цукровому діабеті, антибактеріальний та противірусний – при урогенітальних інфекціях, гормональний та спастичний – при загрозі переривання вагітності).
 |

 |