**Бербець Андрій Миколайович. Перебіг вагітності, пологів та стан плода у жінок, які перенесли загрозу переривання вагітності в I триместрі: дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. - К., 2005.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Бербець А.М. Перебіг вагітності, пологів та стан плода у жінок, які перенесли загрозу переривання вагітності в І триместрі.**– Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство і гінекологія. – Інститут педіатрії, акушерства та гінекології Академії медичних наук України, Київ, 2005.  У роботі проведено комплексне визначення порушень білковосинтезуючої функції трофобласту, гормональної адаптації, та розладів в системі гемостазу в патогенезі невиношування І триместру гестації, а також перебіг вагітності, пологів та стан плода у жінок, чия вагітність ускладнилась невиношуванням в І триместрі. Обстежено 96 жінок із клінічною картиною невиношування вагітності і 30 здорових вагітних в 6-8 та 12-13 тижнів гестації. Встановлено, що при розвитку симптомокомплексу невиношування спостерігається вірогідне зниження, порівняно із здоровими вагітними, рівня в крові гормону прогестерону, а також білків зони вагітності – ТБГ та АМГФ; крім того, відбувається активація системи гемостазу, зокрема, тромбоцитарно-судинної ланки та загального коагуляційного потенціалу. Запропоновано комплексне лікування невиношування І триместру, спрямоване на покращання кровопостачання трофобласту, з використанням гормональної терапії, екстракту гінкго білоба та ериніту, застосування якого сприяє зниженню частоти акушерських та перинатальних ускладнень: гестозів ІІ половини вагітності – в 2,48 раза, загрози передчасних пологів – в 2,86 раза, плацентарної недостатності – в 2,85 раза, асфіксій новонароджених – в 4,55 раза. | |
| |  | | --- | | В дисертації наведено клінічне узагальнення і нове вирішення наукової задачі – удосконалення лікувально-профілактичних заходів у жінок, які на початок вагітності мали загрозу її переривання, шляхом вивчення білковосинтезуючої функції трофобласту, системи гемостазу та гормональних показників в першому триместрі та плацентарної недостатності в більш пізніх термінах вагітності, що дало можливість знизити частоту невиношування вагітності та перинатальних ускладнень.   1. Перебіг вагітності і пологів у жінок із невиношуванням в І триместрі супроводжується зростанням, порівняно із здоровими жінками, частоти множинних ускладнень під час вагітності, зумовлених порушеннями функції трофобласту в ранніх термінах, зокрема, гестозів ІІ половини вагітності – в 2,88 раза, плацентарної недостатності – в 2,38 раза, загрози передчасних пологів – в 3,56 раза, аномалій пологової діяльності – в 5,63 раза, порушення відшарування посліду – в 5,25 раза, асфіксій новонароджених – в 3,93 раза. 2. При розвитку симптомокомплексу невиношування в І триместрі спостерігається зниження, порівняно із здоровими вагітними, рівня в крові прогестерону в середньому на 16,05% в терміні 6-8 тижнів та на 15,48% в терміні 12-13 тижнів гестації. Крім того, у вагітних із загрозою викидня в І триместрі відмічаються зміни гормональної адаптації, що проявляється збільшенням частоти реакцій нестійкості, порівняно із здоровими вагітними, в 10,41 раза в 6-8 тижнів і в 6,12 раза в 12-13 тижнів гестації. 3. При ознаках невиношування в І триместрі відбуваються зміни білковосинтезуючої функції трофобласту у вигляді зниження вмісту в крові гестаційних протеїнів: ТБГ та АМГФ. В 6-8 тижнів вагітності відмічається зниження рівня ТБГ в середньому в 2,18 раза, в 12-13 тижнів – в 3,04 раза, порівняно із здоровими вагітними. Концентрація АМГФ в терміні 12-13 тижнів в основній групі в 1,91 раза нижча порівняно із неускладненим перебігом вагітності. 4. У вагітних із ознаками загрози викидня спостерігається напруження прокоагуляційних систем крові. Відмічається активація тромбоцитарно-судинного гемостазу: кількість тромбоцитів на 1 мл крові зростає на 11,25% в 6-8 тижнів і на 3,64% в 12-13 тижнів гестації, індекс спонтанної агрегації тромбоцитів зростає, порівняно з нормою, в 1,63 раза в 6-8 тижнів і в 1,28 раза в 12-13 тижнів гестації. Змінюються і показники загального коагуляційного потенціалу: час рекальцифікації в терміні 12-13 тижнів скорочується в середньому на 4,05%, а протромбіновий час – на 12,11% . 5. Концентрація ТБГ в крові жінок із загрозою викидня в 12-13 тижнів гестації зворотно корелює з кількістю тромбоцитів в 1 мл крові (r= -0,50), та з відсотком адгезивних тромбоцитів (r= -0,58). Рівень АМГФ в цьому ж терміні зворотно корелює із згаданими показниками гемостазу з коефіцієнтами відповідно (r= -0,55), (r= -0,50). 6. У вагітних з невиношуванням І триместру в подальшому розвивається плацентарна недостатність. Прогностичними факторами є: порушення динаміки зростання концентрації ТБГ (зростання менш ніж на 50%) в сироватці крові в проміжку між 6-8 і 12-13 тижнями вагітності, яке корелює із виникненням клінічно діагностованої плацентарної недостатності в ІІІ триместрі (r=0,61), та відсутність вірогідного збільшення в крові кількості АМГФ в цьому ж часовому проміжку, яке корелює із виникненням клінічно діагностованої плацентарної недостатності в ІІІ триместрі (r=0,64). 7. Розроблено лікувально-профілактичний комплекс при невиношуванні І триместру, який включає в себе гормональну терапію (дидрогестерон), екстракт гінкго білоба та ериніт. Використання даного комплексу призводить до підвищення вмісту в крові ТБГ в середньому на 87,28%, та АМГФ – в 3,36 раза в терміні 12-13 тижнів гестації, крім того, в цьому ж терміні кількість прогестерону зростає в середньому на 17,09%, порівняно з жінками із звичайною терапією загрози викидня. На тлі запропонованого лікування в 2,40 раза зростає частота нормальних реакцій гормональної адаптації при зменшенні в 3,13 раза частоти реакцій нестійкості та виснаження, порівняно з вагітними, які отримували традиційну терапію невиношування в І триместрі. 8. Використання запропонованого комплексного лікування загрози викидня сприяє нормалізації показників системи гемостазу в кінці І триместру. Зокрема, кількість тромбоцитів в 1 мл крові зменшується на 8,50%, відсоток адгезивних тромбоцитів – на 4,52%, а ІСАТ – в 1,33 раза. Також відбувається подовження часу рекальцифікації на 8,69%, протромбінового часу – на 11,70%, тромбінового часу – на 12,17% порівняно із жінками, які приймали звичайне лікування загрози викидня в І триместрі. 9. Застосування запропонованого комплексного лікування сприяє зниженню частоти акушерських та перинатальних ускладнень: гестозів ІІ половини вагітності – в 2,48 раза (з 30,95±7,13% в групі з традиційною терапією до 12,50±4,77% в групі, що отримувала запропонований лікувальний комплекс) загрози передчасних пологів – в 2,86 раза (з 23,81±5,88% до 8,33±3,99%), клінічно діагностованої плацентарної недостатності – в 2,85 раза (з 35,71±7,39% до 12,50±4,77%) асфіксій новонароджених – в 4,55 раза (з 19,04±6,06% до 4,17±2,88%), що дозволяє рекомендувати даний метод в практику рододопоміжних закладів. | |