**Головатюк Катерина Петрівна. Диференційоване ведення і лікування вагітних із синдромом утрати плода, обумовленим тромбофілією : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Одеський держ. медичний ун-т. — О., 2006. — 156арк. : рис. — Бібліогр.: арк. 123-156.**

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

|  |
| --- |
| ***Головатюк К. П.*Диференційоване ведення і лікування вагітних із синдромом утрати плода, обумовленим тромбофілією.**— Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.01 — акушерство та гінекологія. — Одеський державний медичний університет МОЗ України, Одеса, 2006.Дисертація присвячена вирішенню актуального питання акушерства та гінекології — зменшенню частоти синдрому затримки розвитку плода (ЗРП), ускладнень вагітності та перинатальних втрат у вагітних із синдромом утрати плода, обумовленим тромбофілією. На підставі ретроспективного аналізу встановлено, що частота синдрому утрати плода, обумовленого тромбофілічним станом, становить 3,5 %, обумовленого іншими причинами — 1,2 %. Доведено, що для пацієнток з антифосфоліпідним синдромом (АФС) характерне порушення кровоплину в усіх відділах матково-плацентарного комплексу (МПК), маловоддя (25,0 %), ареактивнии стресовий тест (65,0 %), симетрична форма синдрому ЗРП (83,3 %). При гіпергомоцистеїнемії відмічалися минущі зміни **МПК,**дисфункція плаценти (10,0 %), мінімальна частота синдрому ЗРП (15,0 %). При змішаній мультигенній формі тромбофілії виявлено порушення кровоплину в спіральних артеріях матки, зниження гормональної функції плаценти (30,0 %), патологію плацентації, ареактивнии нестресовий тест при кардіотокографії (73,3 %), синдром ЗРП (57,5 %), неонатальну патологію (92,5 %). Диференційована корекція стану ФПК дозволила зменшити у вагітних із АФС частоту розвитку синдрому ЗРП на 10 %, порушень МПК —на 11 %, загрози переривання вагітності — на 26 %, прееклампсії — на 12 %; у пац1енток із гіперпергомоцистеїнемією — зменшення частоти ЗРП на 11 %, порушень МПК — на 18 %, загрози переривання ваптності — на 33 %; прееклампсії — на 10 %. У ваітних із змішаною формою тромбофілії — зменшення частоти синдрому ЗРП на 5 %, загрози переривання ваптності — на 20 %, гіпоксично-ішемічної енцефалопатії у новонароджених — на 10,0 %. |

 |
|

|  |
| --- |
| В дисертації наведено нове вирішення актуального завдання сучасного акушерства — зменшення частоти розвитку синдрому затримки розвитку плода, ускладнень вагітності та перинатальних втрат у вагітних із синдромом утрати плода, обумовленим тромбофілією.1. Частота синдрому утрати плода, за даними ретроспективного аналізу,становить 4,7 % від загальної кількості пологів, серед яких 3,5 % обумовленітромбофілією, 1,2 % — іншими причинами. Для вагітних із синдромом утрати плода характерне таке: передчасне відшарування хоріону чи (і) плаценти —23,3 %; анемія — 51,7 %; загроза переривання вагітності — 18,3 %; загро-за передчасних пологів — 43,3 %; прееклампсія — 40,0 %; синдром затрим-ки розвитку плода — 48,3 %; маловоддя — 10,0 %; гіпоплазія плаценти —14,2%.2. Вагітність у пацієнток із діагностованою тромбофілією ускладнюєть-ся загрозою переривання вагітності, частота якої не залежить від виду тром-бофілії: 60,0 % — при АФС; 55,0 % — при гіпергомоцистеїнемії; 65,0 % —при змішаній формі. Прееклампсія частіше виникає у вагітних з АФС — (17,5±2,2) %, ніж при інших формах тромбофілії— (10,0±1,1) %. Пацієнтки з тромбофілією частіше від інших вагітних хворіють на гострі респіраторно-вірусні інфекції — (14,0±2,3) % та мають порушення біоценозу піхви — (10,0±2,1)%(Р<0,05).1. Для пацієнток з АФС характерне порушення кровоплину в усіх відділах МПК, початкова плацентарна недостатність — (40,0±7,7) % чи дисфункція плаценти — (20,0±6,3) %, маловоддя — (25,0±6,8) %, ареактивний стресовий тест (65,0±7,5) %, синдром затримки розвитку плода — (45,0±7,9) %, переважно симетричної форми — (83,3±5,9) %.
2. При гіпергомоцистеїнемії відмічаються незначні чи минущі порушення кровоплину в маткових артеріях, дисфункція плаценти (10,0 %), мінімальна частота затримки розвитку плода — (15,0±8,0) %, виключно гсиметрич-ної форми.
3. У жінок зі змішаною мультигенною формою тромбофілії виявлено найбільш виразні зміни ФПК: порушення кровоплину в спіральних артеріях матки; початкова плацентарна недостатність — (20,0±6,3) % чи її виразна форма із синдромом затримки розвитку плода — (30,0±7,2) %, патологія плацентації (інфаркти — 73,3 %; просякнення меконієм — 66,6 %), ареактивний нестресовий тест при КТГ — 73,3 %, синдром затримки розвитку плода у новонароджених — 57,5 %, переважно асиметрична форма — 82,0 %; неонатальна патологія — 92,5 %.

6. Застосування диференційованої корекції стану ФПК у пацієнток зрізними формами тромбофілії дозволяє зменшити частоту несприятливихнаслідків вагітності. При АФС зменшується частота синдрому затримкирозвитку плода — на 10 %, порушень матково-плацентарного кровоточу на 11 %, загрози переривання вагітності — на 26 %, прееклампсії — на 12 %. При гіпергомоцистеїнемії відмічається зменшення частоти затримки розвитку плода на 11 %, стійких порушень матково-плацентарного кровотоку — на 18 %, загрози переривання вагітності — на 33 %, пре еклампсії на 10 %. При змішаній мультигенній формі тромбофілії зменшується частота затримки розвитку плода на 5 %, загрози переривання вагітності на 20 %, гіпоксично-ішемічної енцефалопатії новонароджених — на 10,0 %. |

 |