**Бойчук Володимир Максимович. Фактори ризику, діагностичні критерії та методи переривання завмерлої вагітності: дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Львівський національний медичний ун-т ім. Данила Галицького. - Л., 2004. : табл.**

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

|  |
| --- |
| **Бойчук В.М. Фактори ризику, діагностичні критерії та методи переривання завмерлої вагітності.** Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство і гінекологія. – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, Львів, 2004.В роботі висвітлені сучасні фактори ризику завмерлої вагітності. Встановлено, що має місце пригнічення синтезу специфічних гормонів та білків вагітності, що приводить до міометральної інертності матки та тривалої затримки плідного яйця в її порожнині. При цьому відбуваються значні гемостазіологічні ускладнення, які при перериванні вагітності викликають кровотечі. Розроблено діагностичні ультразвукові критерії завмерлої вагітності та анембріонії за допомогою оцінки трофобластичного кровообігу.Обгрунтовано, розроблено і апробовано медикаментозний метод переривання завмерлої вагітності, який дозволяє, в подальшому, встановити більш точну причину вказаної патології. |

 |
|

|  |
| --- |
| В дисертаційній роботі, на основі комплексного клінічного, лабораторного та інструментального обстеження жінок із завмерлою вагітністю, вирішено актуальне питання прогнозування, ранньої діагностики та методу переривання завмерлої вагітності, що значно знизило кількість ускладнень у жінок в післяабортному періоді.1. Завмерла вагітність є мультифакторіальним гестаційним ускладненням та наслідком впливу сукупності несприятливих факторів, які можна розподілити на медичні і соціально-середовищні.
2. Патогенез затримки загиблого ембріону при ЗВ взаємопов'язаний із протекторною білковосинтетичною функцією трофобласту, що залишається життєздатним після фетальної загибелі. Білки "зони вагітності", що володіють значними імуносупресивними властивостями, зберігають толерантність організму матері до тканин ембріотрофобластичного комплексу, тим самим пригнічуючи запуск імунного механізму відторгнення і виділення завмерлого плідного яйця.
3. Завмерла вагітність супроводжується порушеннями гормонального гомеостазу, що призводить до виникнення міометральної інертності, а саме, прогресуючим підвищенням концентрації пролактину в сироватці крові та зниженням рівня прогестерону, кортизолу, естрадіолу на фоні характерного підвищення індексу прогестерон/естрадіол до 39,5.
4. У жінок з завмерлою вагітністю спостерігається зниження кровообігу в магістральних судинах матки та трофобластичного кола, яке прогресує зі збільшенням тривалості перебування завмерлого плідного яйця в порожнині матки. Визначення трофобластичного кровотоку дозволяє проводити диференційну діагностику завмерлої вагітності та анембріонії.
5. Гемостазіологічні порушення при завмерлій вагітності в ранніх термінах проявляються у вигляді синдрому внутрішньосудинного згортання крові, при чому при затримці завмерлого плідного яйця в порожнині матки до 2 тиж. – по типу хронічної форми ДВЗ з проявами гіперкоагуляції і гіперактивності тромбоцитів, при затримці більше 2 тиж. – підгострої форми ДВЗ з початковими ознаками коагулопатії і тромбоцитопатії споживання.
6. Диференційоване застосування протитромботичних препаратів в поєднанні з антиагрегантами при хронічній формі ДВЗ-синдрому та антифібрінолітиків з інгібіторами протеоліза при підгострій формі ДВЗ забезпечує достатньо високий ефект терапії, що проводиться.
7. Медикаментозне неінвазивне переривання завмерлої вагітності на ранніх термінах гестації, з застосуванням простагландинових препаратів групи Е1, є досить ефективним і забезпечує зниження кількості ранніх та пізніх післяабортних ускладнень в порівнянні з інструментальним методом видалення плідного яйця з порожнини матки.
 |

 |