**Павловська Тетяна Леонідівна. Профілактика прееклампсії та перинатальної патології у вагітних з гіпертонічною хворобою : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. - К., 2006**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Павловська Т.Л. Профілактика прееклампсії та перинатальної патології у вагітних з гіпертонічною хворобою**. – Рукопис.  Дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – І ПАГ АМН України. – Київ, 2006.  Показано, що у більшості вагітних з гіпертонічною хворобою має місце дефіцит магнію. Вміст магнію в крові залежить від тяжкості проявів захворювання. Для жінок з помірною гіпертензією характерно виражене зниження магнію в сироватці крові і еритроцитах. Установлено зв'язок між вмістом калію і рівнем магніємії, при значній гіпомагніємії калій в крові вірогідно нижчий.  Нестача магнію в організмі ще більше підсилює порушення кровообігу у вагітних хворих на артеріальну гіпертензію є додатковим фактором патогенезу прееклампсії, у тому числі тяжких її форм, а також невиношування. Значна гіпомагніємія передує появі клінічних ознак прееклампсії.  У роботі представлені дані про вплив дефіциту магнію на розвиток прееклампсії, порушень стану плода та новонародженого, психоемоційний стан жінок з гіпертонічною хворобою.  Рівень магнію в сироватці, еритроцитах та мембранах еритроцитів знижений при поєднаній прееклампсії. Низьким виявляється магній в мітохондріях ворсинчастого хоріона. Змінюється розподіл елемента усередині клітини.  Запропоновано новий метод профілактики прееклампсії та перинатальної патології у вагітних з гіпертонічною хворобою, спрямований на ліквідацію дефіциту магнію та корекцію антиоксидантної системи захисту. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведені теоретичні узагальнення та нове вирішення наукового завдання щодо зниження частоти прееклампсії та перинатальної патології у вагітних з гіпертонічною хворобою шляхом обґрунтування та вдосконалення методів їх профілактики на підставі вивчення вмісту магнію в організмі та його ролі в виникненні цих ускладнень.  1. У більшості хворих на гіпертонічну хворобу протягом усієї вагітності має місце дефіцит магнію, ступінь прояву якого залежить від тяжкості артеріальної гіпертензії. Для хворих з помірною гіпертензією характерно значне зниження вмісту магнію як в сироватці (0,62±0,02ммоль/), так і еритроцитах (1,56±0,09ммоль/л). Рівень внутрішньоеритроцитарного магнію має зворотну кореляційну залежність між загальним периферичним опором судин жінки (r=-0,52).  2. Від вмісту магнію залежить концентрація калію, яка знижена у вагітних з помірною гіпертензією, в сироватці (4,01±0,04ммоль/л) і в еритроцитах (64,0±1,43ммоль/л). У жінок з гіпертонічною хворобою в ІІІ триместрі вагітності знижується активність загальної АТФази за рахунок як Mg++ так і Na+K+-АТФаз.  3. Найбільш низький рівень магнію спостерігається при тяжкій прееклампсії (сироватка – 0,55±0,03ммоль/л, еритроцити – 1,40±0,13ммоль/л). Відмічається також зниження концентрації магнію в мембранах еритроцитів, що співвідноситься зі зниженою активністю Na+K+-АТФази, та в мітохондріях і ядрах ворсинчастого хоріона.  4. Ризик приєднання прееклампсії визначається тяжкістю гіпертензії. Поєднана прееклампсія мала місце у 13,8±4,3% жінок з м’якою гіпертензією і у 64,4±7,2% жінок з помірною гіпертензією. На фоні прееклампсії затримка розвитку плода була в 72,4% випадків, спостерігалася тяжка форма плацентарної недостатності (естрадіол 25,1±8,8нмоль/л, прогестерон 169,4±15,6нмоль/л, плацентарний лактоген 146,5±16,5нмоль/л), відмічалося достовірне збільшення індексів судинного опору в артеріях стінки матки, аорті плода, артеріях пуповини, за даними КТГ зростала кількість, амплітуда і тривалість децелерацій.  5. При гіпертонічній хворобі у вагітних визначено зв’язок кровообігу в матково-плацентарно-плодової ланці з показниками центральної гемодинаміки жінки. Існує пряма кореляційна залежність між загальним периферичним опором судин вагітної і опором аркуатних судин матки (r=+0,75), залежність зберігається між опором судин жінки і артеріями пуповини (r=+0,66), між опором судин жінки і аортою плода та артеріями плаценти (r=+0,38) і не визначається між опором судин вагітної і судинами мозку плода (прояви brain-sparing phenomenon).  6. Гіпертонічна хвороба у вагітних характеризується змінами психоемоційного стану. У 97,7% жінок відмічено зниження індексу стресостійкості, що зумовлено підвищенням рівня тривожності, який має пряму корелятивну залежність із вмістом магнію в сироватці крові (r=+0,63).  7. У вагітних з гіпертонічною хворобою встановлено взаємозв’язок між вмістом магнію в організмі та розвитком ускладнень вагітності (поєднана прееклампсія, невиношування, гіпоксія, затримка розвитку плода) і психоемоційною сферою жінки.  8. Розроблений комплекс терапії, якій включає антигіпертензивні засоби, дезагреганти, полівітаміни з додаванням магніймістких препаратів і антиоксидантів, в значній мірі поповнює нестачу магнію в організмі, збільшує вміст калію. Рівень магнію підвищується в різних біологічних середовищах організму вагітних з гіпертонічною хворобою (сироватка крові, еритроцити, ядра та мітохондрії клітин ворсинчастого хоріона). Запропонована терапія також сприяє оптимізації стрес-реактивності вагітних, покращанню показників гемодинаміки  9. Застосування розробленої терапії поліпшує перебіг вагітності, стан плода та новонародженого. Знижується частота прееклампсії з 48,0% до 25,0±5,6%, тяжких її форм з 16,0±5,2% до 3,3±2,3%, плацентарної недостатності з 62,0±6,9% до 33,3±6,1%, гіпотрофії плода з 28,0±6,4% до 8,0±3,5%, перинатальної летальності з 60,0 до 16,7. Новонароджені мають більшу масу плода, вищу оцінку за шкалою Апгар і рідше вимагають другого етапу виходжування. | |