**Білоусов Олег Геннадійович. Прогнозування, рання діагностика та профілактика тяжких форм прееклампсії : Дис... канд. наук: 14.01.01 - 2006.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Білоусов О.Г. Прогнозування, рання діагностика та профілактика тяжких форм прееклампсії. - Рукопис.**  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 — акушерство та гінекологія. — Науково-дослідний інститут медичних проблем сім’ї Донецького державного медичного університету ім. М. Горького МЗО України, Донецьк, 2006.  Дисертація присвячена удосконаленню методів ранньої діагностики і прогнозування прееклампсії, зниженню частоти розвитку її тяжких форм, перинатальної захворюваності та смертності на основі розробки нових патогенетично обґрунтованих підходів до профілактики даного ускладнення вагітності, заснованих на диференційованій оцінці імунологічних і гемодинамічних порушень у вагітних групи високого ризику.  Імунологічні дослідження довели, що показник комплексної сенсибілізації до фетальних антигенів змінюється з 28 тижнів вагітності, при прееклампсії легкого ступеня складає — 0,17±0,04, середнього ступеня — 0,22±0,03, тяжкого ступеня — 0,29±0,05 і має помірну кореляційну залежність зі ступенем важкості прееклампсії (r=0,69 при P<0,05).  Ранньою ознакою порушень периферичної гемодинаміки при прееклампсії було підвищення залишкового тиску, достатнього для гломерулярної фільтрації (46,73±3,44 - при прееклампсії легкого, 51,49±4,29 - середнього, 57,67±3,32 - тяжкого ступеня). Індекс кореляції зі ступенем тяжкості прееклампсії склав: r= 0,80 при P<0,05.  Дані показники використовували при розробці імуно-гемодинамічної моделі прогнозування прееклампсії з виведенням імуно-гемодинамічного індексу.  Математична модель прогнозування дозволила знизити частоту розвитку прееклампсії тяжкого ступеня в 1,8 рази, величину перинатальних втрат – на 4,8 % і захворюваність немовлят на 20,4 %. Додавання антигомотоксичних препаратів до стандартної схеми профілактики прееклампсії знизило частоту передчасних пологів у 1,6 рази, гострої внутрішньоутробної гіпоксії плода в 1,5 рази й операцій кесаревого розтину – у 1,8 разів. | |
| |  | | --- | | У дисертаційній роботі наведене нове рішення актуальної задачі сучасного акушерства — підвищення ефективності ранньої діагностики та профілактики розвитку тяжких форм прееклампсії. На підставі вивчення клінічного, імунологічного й гемодинамічного статусів у вагітних, що належать до групи високого ризику з розвитку прееклампсії й виведення математичної моделі прогнозування розвитку прееклампсії різного ступеня тяжкості удосконалені схеми діагностики та профілактики, які дозволили знизити частоту і тяжкість прееклампсії, перинатальну захворюваність й смертність.   1. Доведено, що прееклампсія розвивається у 15-22 % вагітних і зумовлює до 30-50 випадків перинатальної смертності, а факторами ризику розвитку даного ускладнення вагітності є хронічна артеріальна гіпертензія (28,6% при прееклампсії тяжкого ступеня), надлишкова маса тіла (17,7%), тяжка прееклампсія в анамнезі (14,2 %), бронхіальна астма (12,4 % при прееклампсії тяжкого ступеня), захворювання щитоподібної залози (11,2 % при прееклампсії тяжкого ступеня), цукровий діабет (9,5% при прееклампсії тяжкого ступеня); самовільні аборти в анамнезі (12,7%) і запізнілий початок місячних (49,5%). 2. Встановлено, що прогностично інформативним є показник комплексної сенсибілізації вагітних до антигенів плаценти, печінки, нирок, який змінюється з 28 тижнів вагітності та при прееклампсії легкого ступеня складає 0,17±0,04, середнього ступеня — 0,22±0,03, тяжкого ступеня — 0,29±0,05 і має помірну кореляційну залежність зі ступенем тяжкості прееклампсії (r=0,69 при P<0,05). Чутливість показника складає 58,3 %, специфічність — 83,6 %, прогностична цінність позитивного результату — 55,6 %. 3. Доведено, що ранніми ознаками порушень периферичної гемодинаміки при прееклампсії є: підвищення індексу резистентності маткової артерії (0,59±0,02 — легкого ступеня, 0,61±0,03 — середнього ступеня, 0,65±0,02 — тяжкого ступеня), зниження пульсаційного індексу ниркової артерії (1,04±0,03 — легкого, 0,94±0,04 — середнього, 0,89±0,03 — тяжкого ступеня), підвищення зворотного тиску в нирках (63,79±5,68 — легкого, 68,87±5,76 — середнього, 75,94±6,14 — тяжкого ступеня), підвищення залишкового тиску, достатнього для гломерулярної фільтрації (46,73±3,44 — легкого, 51,49±4,29 — середнього, 57,67±3,32 — тяжкого ступеня). Індекси кореляції складають відповідно r=0,73, r= -0,79, r=0,68, r= 0,80 при P<0,05. 4. Виявлено, що найбільш ранньою ознакою порушення адаптаційних можливостей плода при прееклампсії являється пульсаційний індекс артерії пуповини (1,44±0,32 — при прееклампсії тяжкого ступеня), що корелює з перинатальними наслідками (r=0,39, при P<0,05). При прееклампсії тяжкого ступеня підвищення діастолічного кровоточу середньої мозкової (2,04±0,14) і внутрішньої сонної артерій (2,03±0,23) та зменшення діастолічного кровотоку грудного відділу аорти плода до нульових значень носить вторинний характер стосовно до артерії пуповини. 5. Встановлено, що розроблена математична модель прогнозування прееклампсії має чутливість 67,8 %, специфічність – 78,1 %, прогностичну цінність позитивного результату – 85,1 %, ефективність – 0,73. Кореляційна залежність імуно-гемодинамічного індексу зі ступенем тяжкості прееклампсії складає r=-0,89 при P<0,05, а з патологічним перебігом раннього неонатального періоду - r=0,64 при P<0,05. 6. Застосування математичної моделі прогнозування дозволило знизити частоту розвитку прееклампсії тяжкого ступеня в 1,8 рази, величину перинатальних втрат на 48 і захворюваність немовлят – на 20,4%. Включення антигомотоксичних препаратів до стандартної схеми профілактики прееклампсії знизило частоту передчасних пологів у 1,6 рази, декомпенсованого дистресу плода – в 1,5 рази й операції кесаревій розтин – у 1,8 рази. | |