**Ахмад Алтурк. Профілактика акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з гіперандрогенією: дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2005. - 20 с.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Ахмад Алтурк. Профілактика акушерських та перинатальних ускладнень у жінок з гіперандрогенією.**- Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. - Київ, 2005.  Наукова робота присвячена вивченню особливостей клінічного перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у жінок з гіперандрогенією в анамнезі, а також розробці на основі отриманих результатів комплексу лікувально-профілактичних заходів. Отримані результати дозволили розширити дані, що є, про патогенез гіперандрогенії та функціональних порушень в системі мати-плацента-плід. Показана роль дисгормональних змін та порушень синтезу плацентарних білків в генезі ускладнень гестаційного процесу. Запропоновані методи контролю за клінічним перебігом вагітності та функціональним станом фетоплацентарного комплексу у жінок з гіперандрогенією. Розроблені та впроваджені практичні рекомендації щодо зниження акушерської та перинатальної патології у жінок з гіперандрогенією на основі використання комплексної медикаментозної терапії. | |
| |  | | --- | | 1. Клінічний перебіг вагітності у жінок з гіпернадрогенією супроводжується в І половині вагітності високою частотою загрози переривання вагітності (40,0 %) і ІЦН (18,0 %). Після 20 тижнів вагітності необхідно відзначити значний рівень гестаційної анемії (52,0 %); ФПН (44,0 %); загрози передчасних пологів (30,0 %) і прееклампсії (28,0 %). 2. Частота передчасних пологів у жінок з гіперандрогенією складає 20,0 %, а серед основних причин частіше інших зустрічається передчасний розрив плодових оболонок (60,0 %), причому у всіх цих пацієнток була зроблена хірургічна корекція ІЦН; у 30,0 % спостережень має місце підвищена скорочувальна активність матки і тільки в 10,0 % – дострокове розродження у зв’язку з погіршенням стану плода на фоні хронічної гіпоксії. 3. Під час розродження жінок з гіперандрогенією має місце висока частота кесаревих розтинів (30,0 %), а в структурі показань переважають гострий дистрес плода (33,3 %) і неефективне лікування аномалій пологової діяльності (33,3 %); в інших випадках зустрічаються тазове передлежання крупного плода (20,0 %) і клінічно вузький таз (13,3 %). 4. Перинатальні наслідки розродження жінок з гіперандрогенією характеризуються високою частотою затримки розвитку (26,0 %); асфіксії новонароджених (18,0 %) і внутрішньоутробного інфікування (10,0 %). У ранньому неонатальному періоді основною патологією є синдром дихальних розладів (20,0 %), обумовлений недоношеністю, а також постгіпоксична енцефалопатія (16,0 %). Сумарні перинатальні втрати складають 40,0 (синдром дихальних розладів на фоні глибокої недоношеності і гостра асфіксія плода на фоні тяжкої форми СЗРП). 5. ФПН у жінок з гіперандрогенією розвивається з 16 тиж. вагітності на фоні виражених дисгормональних і дисметаболічних порушень: у 16-20 тиж. – характерне зниження вмісту плацентарного лактогену, естріолу і кортизолу на фоні одночасного збільшення концентрації плацентарних білків – плацентарного -1 мікроглобуліну; -2 мікроглобуліну фертильності і трофобластичного -глікопротеїду. Додатково до цього, з 24 тиж. достовірно зменшується рівень тестостерону, а після 32 тиж. – 17-оксипрогестерону і дегідроепіанандростерону-сульфату. 6. Зміни функціонального стану ФПК у жінок з гіперандрогенією здобувають найбільш виражений характер з 28 тиж. вагітності і характеризуються високою частотою СЗРП (20,0 %); порушень серцевої діяльності плода (10,0 %); дихальних рухів плода (12,0 %); його рухової активності (10,0 %) і тонусу (8,0 %). Субкомпенсовані зміни мають місце в 10,0 % і декомпенсовані в 4,0 %. Гемодинамічні порушення характеризуються посиленням кровотоку в АП та у МА на фоні зниження кровотоку в СМА плода. 7. Використання запропонованих лікувально-профілактичних заходів у жінок з гіперандрогенією дозволяє знизити частоту загрози передчасних пологів (з 30,0 % до 18,0 %); ФПН (з 44,0 % до 30,0 %); прееклампсії (з 28,0 % до 20,0 %); передчасних пологів (з 20,0 % до 8,0 %); кесаревих розтинів (з 30,0 % до 20,0 %); СЗРП (з 20,0 % до 12,0 %); асфіксії новонароджених (з 18,0 % до 10,0 %); синдрому дихальних розладів (з 20,0 % до 8,0 %); постгіпоксичної енцефалопатії (з 16,0 % до 10,0 %), а також попередити перинатальні втрати. | |