**Євтерєва Інна Олексіївна. Удосконалення комплексної терапії та профілактика ускладнень вагітності при цукровому діабеті типу 1: дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Донецький держ. медичний ун-т ім. М.Горького. Науково-дослідний ін-т медичних проблем сім'ї. - Донецьк, 2004. , табл.**

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

|  |
| --- |
| **Євтерєва І.О. Удосконалення комплексної терапії та профілактика ускладнень вагітності при цукровому діабеті типу 1. –**Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство і гінекологія. – НДІ медичних проблем сімї Донецького державного медичного університету ім. М. Горького, Донецьк, 2004.Дисертацію присвячено питанням профілактики та лікування ускладнень вагітності при цукровому діабеті типу 1.Виявлені деякі патогенетичні механізми розвитку ускладнень вагітності при цукровому діабеті: дисфункція ендотелію, дефіцит С-пептиду, як ангіопротектора, та мікроелементів (марганцю, цинку, хрому), які входять до складу металопротеїназ та забезпечують цілісність ендотелію судин. З урахуванням виявлених патогенетичних механізмів розвитку прееклампсії та плацентарної недостатності у вагітних з цукровим діабетом типу 1 було розроблено комплекс лікувально-профілактичних заходів.Результати проведених досліджень свідчать про високу клінічну ефективність розроблених заходів, які привели до зменшення частоти розвитку ускладнень, стабілізації перебігу цукрового діабету під час вагітності, покращенню функціонального стану ендотелію та результатів пологів для вагітної та плода. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертаційній роботі представлене теоретичне узагальнення й вирішене актуальне наукове завдання – уточнені деякі патогенетичні механізми розвитку прееклампсії та плацентарної недостатності при цукровому діабеті типу 1 і на цій основі розроблено комплекс заходів, спрямованих на поліпшення результатів профілактики й лікування акушерських ускладнень.1. Частота зустрічальності ЦД типу 1 у вагітних Запорізького регіону за даними клініко-статистичного аналізу становить 0,32 %, перебіг вагітності у них супроводжується розвитком акушерських ускладнень: загрозою переривання вагітності (у 33,4 %), прееклампсією (у 50,2%), плацентарною недостатністю (у 74,3%), багатоводдям (у 53,7%), хронічною внутрішньоутробною гіпоксією плода (у 67,3 %), діабетичною фетопатією (у 99,1 %), що приводять до високої перинатальної смертності (330) й неонатальної захворюваності.2. У жінок, які хворі на ЦД типу 1, вагітність із ранніх термінів перебігає на тлі дисфункції ендотелію, яка проявляється високим вмістом у плазмі крові вазоконстриктора ендотеліну-1, дефіцитом вазодилятатора – оксиду азоту та високою концентрацією ФВ. Показники вмісту ендотеліну-1 і фактора Віллєбрандта в сироватці крові повинні бути використані як предиктори розвитку прееклампсії у вагітних жінок, що страждають на цукровий діабет типу 1, починаючи з I триместру вагітності. Збільшення концентрації ендотеліну-1 у крові більше 11,6 ± 0,88 пг/мл в I триместрі вагітності й більше 16,7 ± 1,01 пг/мл в II триместрі, а також вмісту фактора Віллєбрандта більше 132,1 ± 3,54 % в II триместрі вагітності свідчать про високий ризик розвитку прееклампсії.3. Під час вагітності у жінок, хворих на цукровий діабет типу 1, відзначається низький рівень С-пептиду, порівняно із здоровими вагітними, як стимулятора активності Na+K+АТФази та NO-синтетази і створює передумови для прогресування діабетичних ангіопатій під час вагітності й розвитку ускладнень вагітності, в основі яких лежать мікроциркуляторні порушення.4. Високий рівень кортизолу в крові у вагітних із цукровим діабетом типу 1 (на 47,5 % більше, ніж у здорових вагітних в I триместрі (р < 0,05), на 49,0 % більше в II триместрі вагітності (р < 0,05)) стимулює синтез та секрецію ендотеліну-1, що призводить до прогресування дисфункції ендотелію.5. Під час вагітності у жінок із цукровим діабетом типу 1 існує дефіцит мікроелементів: цинку (в 1,7 рази менше в порівнянні зі здоровими вагітними в I триместрі вагітності (р < 0,05), в 1,5 рази менше в II триместрі (р < 0,05) й в 1,3 рази менше в III триместрі (р < 0,05)), марганцю (відповідно менше в 1,6 рази в I триместрі (р < 0,05), в 3,8 рази – в II триместрі (р < 0,05) й в 1,8 рази – в III триместрі (р < 0,05)) і хрому (відповідно, в 1,7 рази менше, ніж у здорових вагітнихв I триместрі (р < 0,05), в 1,8 рази – в II триместрі (р < 0,05) й в 2,2 рази – в III триместрі (р< 0,05)). Дефіцит цих мікроелементів сприяє посиленню проникності судин, погіршує прояви ендотеліальної дисфункції й створює умови для розвитку ускладнень вагітності.6. Глікозильований гемоглобін є специфічним та достовірним показником глікемічного статусу у вагітних із цукровим діабетом при умові його визначення 1 раз на 45 діб. Зниження рівня глікозильованого гемоглобіну до 7,1 % під час вагітності у хворих на цукровий діабет типу 1 супроводжується достовірним зменшенням імовірності розвитку акушерських ускладнень, оскільки гіперглікемія, підвищуючи вміст ендотеліну-1 в крові, сприяє прогресуванню дисфункції ендотелію.7. Доплерометричне дослідження стану кровообігу у вагітних із ЦД показало, що в терміні 24-25 тижнів у 91,3 % пацієнток вже існували гемодинамічні порушення: у 28,2 % мали місце ізольовані зміни кровообігу в маткових артеріях, у 31,5 % жінок був порушений тільки плодовий кровообіг, а у 32,3 % пацієнток відзначалися порушення й матково-плацентарного й плодового кровообігу, що свідчить про необхідність раннього початку патогенетичної терапії ПН у вагітних із ЦД типу 1 з 13-14 тижнів вагітності.8. Застосування комплексу лікувально-профілактичних заходів, розробленого з урахуванням виявлених механізмів розвитку ускладнень вагітності у жінок, хворих на ЦД типу 1, привело до вірогідного зниження частоти виникнення прееклампсії (з 50% до 26%), ПН (з 72,2% до 47,7%), хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода (з 66,7 до 33,3 %), дозволило пролонгувати вагітність до 37,2 ± 0,3 тижнів, зменшити відсоток кесаревих розтинів з 70,4% до 54,2%, і знизити перинатальну смертність при цій патології із 330 до 188,2 . |

 |