**Щербаков Андрій Юрійович. Клініко-патогенетичні особливості діагностики, лікування та профілактики невиношування вагітності: Дис... д-ра мед. наук: 14.01.01 / Харківська медична академія післядипломної освіти. - Х., 2002. - 386арк. - Бібліогр.: арк. 347-386**

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

|  |
| --- |
| Щербаков Андрій Юрійович. Клініко-патогенетичні особливості діагностики, лікування та профілактики невиношування вагітності. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – Акушерство та гінекологія. – Харківський державний медичний університет, Харків, 2002.Робота присвячена питанням особливостей патогенезу, діагностики, лікування та профілактики невиношування вагітності. За допомогою клініко-біохімічних, радіоімунологічних, мікробіологічних, імунологічних, імуноферментних, імуноморфологічних, морфологічних методів досліджень дано комплексну оцінку основних ланцюгів патогенезу невиношування вагітності у 386 жінок. З них 127 жінок обстежено поза вагітністю з невиношуванням в анамнезі та 168 вагітних у різні терміни гестації, акушерський анамнез яких був обтяжений звичним невиношуванням. На підставі аналізу одержаних результатів визначено патогенетичну роль гормональних, імунологічних, гемостазіологічних порушень, роль інфекційного фактора в розвитку невиношування вагітності. Розроблено алгоритм передгестаційної підготовки жінок поза вагітністю з невиношуванням в анамнезі. Запропоновано схему лікування вагітних з невиношуванням, яка містить базисні види лікування та доповнена корекцією виявлених порушень в основних ланках системи імуногенезу, гемостазу та гормонального статусу. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено теоретичне узагальнення та подано нове вирішення наукової проблеми, що заключається в удосконаленні та оптимізації методів діагностики, лікування та профілактики невиношування вагітності, створенні алгоритму обстеження таких жінок та науковому обґрунтуванні системи організації медичної допомоги на різних етапах спостереження.1. У патогенезі невиношування вагітності істотне значення мають гормональні, імунологічні зміни, інфекційний фактор, гемостазіологічні та автоімунні порушення (або їх поєднання), які визначають вибір профілактичних та лікувальних заходів цього ускладнення вагітності.2. Комплексне обстеження жінок поза вагітністю з невиношуванням в анамнезі дозволяє виділити етіопатогенетичні фактори невиношування вагітності, що диктує необхідність диференційованого підходу до проведення передгестаційної підготовки.3. Ранньою ознакою гормональних порушень у вагітних з невиношуванням є зниження рівня двох або більше гормонів фетоплацентарного комплексу на одне сигмальне відхилення та наявність кольпоцитограм патологічного типу в I триместрі вагітності. Про несприятливий прогноз перебігу вагітності свідчить зниження ПЛ та ХГ у сироватці крові вагітних з невиношуванням на два сигмальні відхилення, а також наявність кольпоцитограм I та III патологічних типів.4. У формуванні симптомокомплексу невиношування вагітності суттєву роль відіграє персистенція в організмі вагітної бактеріальної та вірусної інфекції, що свідчить про етіопатогенетичне значення інфекційного фактора в реалізації механізму невиношування вагітності.5. У загальному спектрі показників імунного статусу найбільш інформативними для прогнозу невиношування вагітності та контролю за ефективністю лікування є показники концентрації Т-супресорів (СD8+), ПК (СD16+), рівень лімфоцитотоксичних алоантитіл, гетерофільних гемолізинів та блокуючої активності сироватки крові. Виражене підвищення ІРІ в поєднанні зі зниженням концентрації CD8 та CD16 клітин, підвищення лімфицитотоксичних алоантитіл понад 30%, гетерофільних гемолізинів до 1,2–1,5 ум.од. та зниження блокуючої здатності сироватки крові більш ніж на 50% у порівнянні з контрольною групою є прогностично несприятливими. У вагітних з невиношуванням, поряд з алосенсибілізацією, розвиваються автоімунні процеси, які супроводжуються в 26,7% випадків виробленням антилімфоцитотоксичних автоантитіл.6. Вагітність у жінок з невиношуванням неясного генезу поєднується з розвитком патології автоімунної природи, що свідчить про зрив толерантності та прояв гіперреактивності ІКК матері до антигенів гістосумісності ембріофетоплацентарного комплексу.7. Позитивна реакція на ВА виявлена у 46,5% жінок з невиношуванням вагітності в анамнезі, ВА + кардіоліпінові антитіла – у 21,5%, ВА + автоантитіла до ТПО – у 9,4%, ВА + автоантитіла до ТГ – у 7,1%, що підтверджує автоімунний генез невиношування вагітності. При рівні автоантитіл до фосфоліпідів, які перевищують їхній вміст у жінок з ФПВ, у 61,4% вагітних з невиношуванням виявлені порушення в системі гемостазу.8. При невиношуванні вагітності ендокринного генезу має місце патологічна активація системи гемостазу, яка проявляється в розвитку субклінічної форми синдрому ДВЗ крові, а при невиношуванні інфекційного та неясного генезу у вигляді хронічної форми синдрому ДВЗ крові.9. Результати морфологічного дослідження зіскрібків з порожнини матки, а також послідів при різних етіологічних видах невиношування вагітності свідчать про роль плацентарних макрофагів та природних кілерів (СD57, СD16) у генезі невиношування. Механізм посилення макрофагальної активності перебуває в залежності від етіологічного фактора невиношування вагітності.10. Проведене лікування, яке відповідає генезу невиношування, наблизило якісний склад місцевих імунних реакцій до такого при фізіологічній вагітності, що виявилось у поліпшенні васкуляризації всіх відділів посліду і, як наслідок, зменшенні вираженості інволютивно-дистрофічних змін, активізації дозрівання ворсинчастого хоріона та посиленні компенсаторно-пристосовувальних реакцій у ньому, що створило умови для доношування вагітності та народження життєздатної дитини.11. Застосування розробленої системи передгестаційної підготовки жінок з невиношуванням в анамнезі сприяло доношуванню вагітності та народженню життєздатних дітей у 91,9% проти 88,4% в групі без передгестаційної підготовки. У жінок з невиношуванням вагітності, які пройшли обстеження та передгестаційну підготовку, частота ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду була в 2–3 рази нижчою, ніж у групі без передгестаційної підготовки. |

 |