**Сопко Наталія Іванівна. Рання діагностика плацентарної недостатності у вагітних жінок групи високого ризику та її клінічне значення: дисертація д-ра мед. наук: 14.01.01 / Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. - К., 2003.**

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

|  |
| --- |
| Сопко Н.І. Рання діагностика плацентарної недостатності у вагітних жінок групи високого ризику та її клінічне значення. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.01.- акушерство і гінекологія.- Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, Київ, 2003.Робота присвячена проблемі нових підходів до ранньої діагностики плацентарної недостатності, обгрунтуванню важливих механізмів її патогенезу та дослідженню ускладнень вагітності у жінок групи високого ризику.Визначені основні ультразвукові критерії патології складових частин фето-плацентарного комплексу в першому і другому триместі вагітності. Обгрунтовані деякі патомеханізми розвитку вроджених вад плода і плаценти та вивчений взаємозв’язок між ними у вагітних жінок групи високого ризику.Запропонований алгоритм ранньої діагностики плацентарної недостатності в першому та другому триместрах і тактики ведення вагітності дозволив своєчасно розпочати лікування та знизити частоту акушерських та перинатальних ускладнень. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нові підходи до наукової проблеми ранньої діагностики вродженої патології плода і плаценти шляхом удосконалення ранніх діагностичних критеріїв плацентарної недостатності. Вивчення взаємозв’язку вроджених вад розвитку плода і плаценти, розкриття важливих ланок патогенезу їх виникнення, а також впровадження в практику охорони здоров’я алгоритму ранньої діагностики плацентарної недостатності і тактики ведення вагітності у жінок групи високого ризику спрямовані на зниження акушерської патології і перинатальних втрат.1. Клініко- статистичний аналіз виявив високу питому вагу ПН серед ускладнень вагітності у жінок групи високого ризику (34,6 %) з тенденцією підвищення частоти гострої ПН (від 18,6 % до 33,7 %) з 1991 до 2000 року.2. Серед причин антенатальної загибелі плода та мертвонародження у вагітних жінок групи високого ризику найчастішими були плацентарні (відповідно 65,9% і 60,7 %), що в 2 рази перевищує суму плодових і материнських причин.3. Найбільш ранніми доклінічними ультразвуковими критеріями патологічного перебігу вагітності та первинної ПН у жінок групи високого ризику є аномалії плідного яйця (29,6%) та його складових частин: хоріона і жовтяничного мішка (відповідно 33,2 %, 27,7 %).4. У разі первинної плацентарної недостатності в першому триместрі вагітності у фетоплацентарному комплексі жінок групи високого ризику виявлені глибокі зміни: невідповідність розмірів плідного яйця терміну вагітності, деструкція у хоріоні, відсутність жовтяничного мішка, результатом чого є значна кількість ( 73,6% випадків) репродуктивних втрат, оскільки терапія, спрямована на збереження вагітності, в більшості випадків є малоефективною.5. Множинні тромби, інфаркти та гемангіоми порушували функцію плаценти в місцях їх локалізації та супроводжували ускладнений перебіг вагітності: гіпотрофію та антенатальну загибель плода, відповідно у 37,7% та 4,3% випадків, а розширення пророжнин міжворсинкового простору (що відмічалось у 60,9 % випадків) мали транзиторний характер, що не впливало на стан плода і не потребувало медикаментозного лікування в другому триместрі.6. Дані морфологічного, електронномікроскопічного та морфометричного дослідження біоптатів плаценти першого та другого триместрів вагітності довели, що у разі невиношування мали місце ознаки первинної ПН, за утробних інфекцій частіше виникала хронічна ПН, у жінок старше 35 років зміни виявлялися майже у всіх структурах плацентарного бар’єру, як на клітинному, так і на субклітинному рівнях.7. Підвищення активності лужної фосфатази в АР сприяє активізації компенсаторно-пристосувальних механізмів ФПК, а її зниження, разом зі зниженням концентрації цитокіну фактору некрозу пухлин та розчинних рецепторів до нього, вказує на виснаження функціональних резервів з подальшим тяжким порушенням розвитку плода та плаценти.8. Комплексне обстеження жінок групи високого ризику показало, що ВВР плода були зареєстровані у 13, 8% випадків, найчастіше у вагітних з підозрою на утробне інфікування – 30,6% випадків, що достовірно більше, ніж у жінок старше 35 років та у жінок з невиношуванням вагітності (відповідно 6, 4% і 4, 2% ).9. Аналіз ВВР плаценти довів, що найбільш глибокі структурні зрушення (множинні тромби, інфаркти, великі гемангіоми) мали місце у випадках тяжких ВВР плода, тоді, як за ВВР середньої тяжкості зміни перебували в межах розширення ділянок МВП.10. Запропонований алгоритм ранньої діагностики ПН і тактики ведення вагітності у жінок групи високого ризику шляхом ретельного ультразвукового аналізу плаценти, пуповини та інших екстраембріональних структур, починаючи з першого триместру вагітності, а також морфологічного, імунологічного, біохімічного, цитогенетичного дослідження навколоплодного матеріалу дозволив своєчасно розпочати лікувально- профілактичні заходи, що сприяло зниженню частоти гіпотрофії плода на 11,6 %, а репродуктивних втрат на 6 ,7%. |

 |