**Єгоров Олексій Олексійович. Зміни метаболізму, стану центральної і матково-плацентарно-плодової гемодинаміки у вагітних з гіпертонічною хворобою та їх корекція: дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Харківський держ. медичний ун-т. - Х., 2005**

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

|  |
| --- |
| **Єгоров О.О. Зміни метаболізму, стану центральної і матково-плацентарно-плодової гемодинаміки у вагітних з гіпертонічною хворобою та їх корекція. - Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01- акушерство та гінекологія. Харківський державний медичний університет МОЗ України, Харків, 2005.На підставі клініко-лабораторних та функціональних методів дослідження встановлено роль і значення метаболічних і гемодинамічних порушень у патогенезі ускладнень вагітності при гіпертонічній хворобі (ГХ) і на цій основі розроблені патогенетично обумовлені принципи їх корекції. Доведено взаємозв'язок між станом кровообігу в системі «мати-плацента-плід», показниками центральної гемодинаміки та метаболічними порушеннями. Використання МРТ для дослідження стану ЦНС плоду дозволило вперше з високою точністю діагностувати різні варіанти гіпоксичного ураження ЦНС плоду у вагітних з ГХ. Встановлено прогностичні критерії показників метаболізму, центральної і матково-плацентарно-плодової гемодинаміки для визначення розвитку ускладнень вагітності та порушень стану плоду у обстежених вагітних. Розроблена тактика ведення вагітності і пологів при ГХ, яка передбачає: цілеспрямовану антигіпертинзивну терапію з урахуванням типу центральної гемодинаміки; нормалізацію метаболічних порушень, корекцію порушень кровообігу в системі «мати-плацента-плід». Впровадження в практику об'єктивних діагностичних критеріїв, прогностичних значень факторів ризику, удосконалення метода лікування та обґрунтований вибір метода і термінів розродження дозволили знизити частоту розвитку ускладнень вагітності та порушень стану плоду при ГХ. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації подано нове рішення наукової задачі, суть якої полягає у встановленні основних патогенетичних ланок формування ускладнень перебігу вагітності та порушень стану внутрішньоутробного плоду у жінок, які страждають на ГХ, їх діагностиці, прогнозу розвитку і виходів у ранньому неонатальному періоді, а також у оптимізації ведення вагітності і пологів.1. У вагітних, які страждають на ГХ, мають місце порушення метаболізму та гемодинаміки в системі «мати-плацента-плід», які залежать від ступеня тяжкості хвороби та виявляють несприятливий вплив на перебіг вагітності і пологів, а також на стан плоду.
2. Зміни метаболічних процесів, які виникають у вагітних при ГХ, виявляються у порушенні кислотно-лужного стану (розвиток метаболічного ацидозу), ліпідного обміну (виникнення гіперліпопротеїнемії IV типу), активації перекисного окислення ліпідів, що супроводжується низьким рівнем антиоксидантної активності крові. Виявлені порушення прогресують зі збільшенням ступеня тяжкості ГХ.
3. Дослідження центральної гемодинаміки показало, що погранична ПАГ і ГХ І ст. мають механізм гіпертензії, пов’язаний зі збільшеним серцевим викидом при незначно підвищеному загальному периферичному судинному опорі. При ГХ ІІ ст. відбувається прогресуюче збільшення загального периферичного судинного опору і зниження серцевого викиду, що визначає більш часте спостереження гіпокінетичного типу гемоциркуляції, який свідчить про виражене порушення адаптаційно-регуляторних механізмів серцево-судинної системи.
4. Проведені допплерометричні дослідження показали, що при пограничній ПАГ спостерігається 1 А ступінь тяжкості гемодинамічних порушень в системі «мати-плацента-плід», при ГХ I ст. - 2 ступінь, а при ГХ II ст. виявляється підвищення мозкового кровотоку при зниженні матково-плацентарного і фетоплацентарного кровотоків, крім того в 10% випадків визначається «нульовий» діастолічний кровоток в артерії пуповини, що свідчить про критичне порушення плодово-плацентарного кровотоку (3 ступінь тяжкості гемодинамічних порушень).
5. У вагітних з ГХ спостерігалось порушення стану внутрішньоутробного плоду, про що свідчили зміни показників БПП, стану ЦНС плоду за даними МРТ (при пограничній ПАГ показники БПП вказують на задовільний стан плоду (8,8±0,02 балів) та визначається легкий ступінь тяжкості перинатальних гіпоксичних уражень ЦНС; при ГХ І ст. показники БПП вказують на початкові ознаки патології плоду (7,7±0,05 балів) і спостерігається середній ступінь тяжкості перинатальних гіпоксичних уражень ЦНС; при ГХ ІІ ст. виявляється ще більше зниження показника БПП (6,3 ± 0,08 балів) у порівнянні з попередніми групами вагітних (р < 0,05), що свідчить про наявність патологічних змін з боку плоду, результати МРТ дослідження ЦНС плоду вказують на тяжку ступінь перинатальних гіпоксичних уражень ЦНС), та розвиток фетоплацентарної недостатності у 70,0%.
6. Встановлені прогностичні критерії, які визначають розвиток ускладнень вагітності і порушень стану плоду у жінок, що страждають на гіпертонічну хворобу.
7. Розроблені патогенетично обґрунтовані лікувально-профілактичні заходи, які спрямовані на попередження розвитку важких ускладнень перебігу вагітності і порушень стану плоду при ГХ та передбачають призначення комплексного лікування в поєднанні з озонотерапією: антигіпертензивну терапію з урахуванням типу центральної гемодинаміки, нормалізацію метаболічних порушень, корекцію порушень кровообігу в системі «мати-плацента-плід». Лікування повинно здійснюватися на самих початкових етапах перебігу вагітності.
8. Застосування комплексного підходу до лікування дозволило у вагітних з ГХ нормалізувати показники кислотно-лужного стану крові, відновити нормальне співвідношення компонентів жирового обміну і транспортних форм ліпідів, зменшити вміст продуктів перекисного окислення ліпідів і підвищити антиоксидантну активність крові, покращити показники центральної і матково-плацентарно-плодової гемодинаміки, поліпшити показники БПП та значно знизити частоту виникнення гіпоксичних уражень ЦНС плоду у порівнянні із загальноприйнятими методиками лікування.
9. Впровадження в практику об'єктивних діагностичних критеріїв, оціночних значень факторів ризику розвитку ускладнень вагітності, удосконалення метода лікування вагітних, які страждають на ГХ, обґрунтований вибір метода і термінів розродження дозволяють знизити частоту пізнього гестозу у 4,2 рази, фетоплацентарної недостатності у 5 разів, передчасних пологів у 3,5 рази, кесаревих розтинів у 4 рази, а також запобігти перинатальним втратам.
 |

 |