Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ`Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ім. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**СИДОРОВ ДЕНИС МИХАЙЛОВИЧ**

УДК: 616.2/6+616.34-002+616-008.6+616-08:615.322

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЇ ПРИ СИНДРОМІ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ І МЕТОДИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ**

14.01.01 – Акушерство та гінекологія

# АВТОРЕФЕРАТ

**дисертації на здобуття наукового ступеня**

**кандидата медичних** **наук**

## Київ – 2009

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Кримському державному медичному університеті ім. С.І. Георгієвського МОЗ України.

**Науковий керівник -** доктор медичних наук, професор **Заболотнов Віталій Олександрович**, Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського МОЗ України, завідувач кафедри акушерства та гінекології №1

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор, чл.-кор. НАН та АМН України **Степанківська Галина Констянтинівна,** Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, професор кафедри акушерства та гінекології №1

доктор медичних наук, професор **Сенчук Анатолій Якович**, медичний інститут УАНМ, завідувач кафедри акушерства та гінекології

Захист відбудеться “ 18 ” 06 2009 року о 1330 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.003.03 при Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця МОЗ України (01030, м. Київ, бульвар Шевченка, 17)

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця МОЗ України (01057, м. Київ, вул. Зоологічна, 3)

Автореферат розісланий “ 15 ” 05 2009 року

Учений секретар

спеціалізованої вченої ради Я.М. Вітовський

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** У ряді робіт вітчизняних і закордонних учених встановлений негативний вплив патології кишечника на перебіг гестації, коли внаслідок виражених обмінних порушень відбувається збільшення частоти акушерських і перинатальних ускладнень (Олійник Н.Н, 2001; Silk D.B., 2001).

Синдром подразненого кишечника (СПК) — найпоширеніше захворювання, що виявляється у 14—24% жінок (Шептулин А.А., 1997; Camilleri M., Choi M.G., 1997). Широка поширеність СПК серед вагітних свідчить про актуальність проблеми. Неодноразово підкреслювалося, що СПК - це психосоматичне поняття, пов'язане з порушенням нервової регуляції моторики кишечника. СПК не є збірним поняттям, яке потрібно використовувати в усіх випадках, коли причина розладів травлення не з’ясована (Thompson W.G., 2001; Tsuchiya J., 2004).

Особливу увагу приділяють даній патології в періоді гестації, тому що наявність СПК спричиняє збільшення інфікування, невиношування, впливає на психоемоційний стан жінки (Сенчук А.Я., Дубоссарская З.М., 2005; Wang D., 1999; Surbek D.V., 2000). Важливим обтяжливим чинником у разі СПК є дисбактеріоз кишечника. Встановлено, що є кореляційний зв'язок між змінами мікроекології піхви і дисбактеріозом кишечника (Дьоміна Т.Н., Сухурова Л.С., 2008).

Дані літератури (М.М. Шехтман і соавт., 1999) і нечисленні публікації доводять негативний взаємозв'язок між змінами мікробіоценозу товстої кишки і перебігом вагітності, пологів, післяпологового періоду і перинатальної захворюваності (Манзюк Е.Е., Яковлева Э.Б., 2007).

У періоді гестації через високий ризик ураження плода вагітні і роділлі з СПК можуть бути джерелом як внутрішньоутробного, так і постнатального інфікування новонароджених. В останні роки переконливо продемонстроване значення умовно-патогенних мікроорганізмів у розвитку низки таких ускладнень гестаційного процесу, як синдром інфікування навколоплодових вод, хронічна плацентарна недостатність, передчасний розрив плодових оболонок, передчасні пологи (3ароченцева Н.В., 2007; Сухурова Л.С., 2008).

Значне збільшення дисбактеріозу в жінок репродуктивного віку, зокрема і вагітних, свідчить про необхідність ретельнішого вивчення даної патології під час вагітності з метою зниження акушерських і перинатальних ускладнень (Олійник Н.Н., 2001).

Можливості медикаментозної корекції даного стану в періоді вагітності досить обмежені у зв'язку з тератогенним і ембріотоксичним ефектом лікарських засобів.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконана в рамках наукової тематики кафедри акушерства і гінекології №1 Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського: «Прогнозування, профілактика і лікування патології репродуктивної системи жінок» (№ державної реєстрації 0102U006916, шифр 02/11).

**Мета дослідження:** на підставі вивченняпсихосоматичного статусу, протеолізу в крові, змивах товстого кишечника і цервікальному каналі, бактеріологічних і біохімічних процесів у цервіксі і товстому кишечнику визначити ступінь впливу синдрому подразненого кишечнику на перебіг гестації, частоту акушерських і перинатальних ускладнень; розробити і впровадити в клінічну практику та оцінити ефективність розроблених лікувально-профілактичних заходів.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити особливості перебігу СПК під час гестації, психосоматичного стану вагітних.
2. Оцінити ступінь впливу СПК на перебіг гестації, стан плода і новонародженого.
3. Виявити взаємозв'язок СПК у вагітних із дисбіотичними процесами в товстому кишечнику і цервікальному каналі.
4. Оцінити взаємозв’язок протеолітичної активності в крові, ректальному змиві і цервікальному каналі з дисбіотичними процесами в жінок з СПК.
5. Розробити і впровадити методику лікування (лікувально-профілактичних заходів) для корекції СПК та шляхи зниження акушерських і перинатальних ускладнень.
6. Оцінити ефективність запропонованого комплексу профілактичних і лікувальних заходів.

Об'єкт дослідження — *перебіг гестації у* *83 жінок з СПК. З них 43 (основна група), які отримували розроблену фітотерапію, і 40 вагітних (група порівняння), котрі отримували традиційне лікування.*

*Предмет дослідження*— психосоматичний стан, протеолітична активність крові, змивів товстого кишечнику і цервікального каналу, кількісне співвідношення мікробних асоціантів цервікального каналу і товстого кишечника в періоді гестаціїв пацієнток з СПК, стан плода і новонародженого, ефективність лікувально-профілактичних заходів.

*Методи дослідження***.** Крім звичайних клінічних, застосовували наступні методи дослідження: оцінка плода — УЗД, КТГ, доплерографія; бактеріологічне дослідження вмісту цервікального каналу і товстого кишечника; визначали протеолітичну активність сироватки крові, змивів з цервікального каналу і прямої кишки; психосоматичний статус; проктологічне дослідження; УЗД органів травлення; патогістологічне дослідження послідів. Обробку одержаних даних проводили методом варіаційної статистики з використанням t - критерію Ст′юдента, а також за непараметричним критерієм Вілкінсона - Манна - Уїтни для незв'язаних сукупностей.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Уперше проведено дослідження психосоматичного стану вагітних з СПК. Отримані в ході дослідження результати дозволили патогенетично обґрунтувати і розробити комплексну схему корекції психосоматичних порушень у вагітних з СПК. Уперше у вагітних з СПК проведено дослідження системного протеолізу в крові, змивах товстого кишечника і цервікального каналу, вивчені бактеріологічні і біохімічні процеси в цервіксі і товстому кишечнику. Установлено взаємозв'язок між станом мікробного пейзажу товстої кишки і цервікального каналу.

У періоді гестації визначено нові можливості швидкої та ефективної оцінки її перебігу. Отримані у ході дослідження дані доповнюють відомості про перебіг гестації у разі СПК на основі клініко-біофізичних, бактеріологічних досліджень у цервікальному каналі і прямій кишці. Науково обґрунтовано і розроблено фітокомплекс лікувально - профілактичних заходів корекції СПК.

**Практичне значення одержаних результатів.** Вивчення проявів, діагностики, частоти порушень мікроекології товстого кишечника серед вагітних з СПК у порівняльному аналізі з акушерськими і перинатальними наслідками дає змогу встановити фактори ризику і причини перинатальної захворюваності. З урахуванням результатів роботи впроваджені діагностичні і профілактичні алгоритми ведення вагітних з СПК і дисбіотичними процесами товстого кишечника, піхви та визначити оптимальні методи їхнього лікування.

Результати роботи мають теоретичне і практичне значення для створення сучасного уявлення щодо перебігу гестації при СПК, з'ясування причин акушерських і перинатальних ускладнень, дають змогу вчасно застосовувати розроблений фітокомплекс лікувально-профілактичних заходів, контролювати ефективність проведеної терапії. Розроблено рекомендації для практичних лікарів з профілактики вказаних порушень.

За результатами дослідження отриманий патент на дослідження (Патент України UA 7 A61Р1/00. №36608 «Спосіб корекції синдрому подразненого кишечнику у вагітних»).

Інформаційно-методичні матеріали і дані результатів наукових досліджень впроваджені в практичну діяльність родопомічних установ АР Крим та інших регіонів України, а також у педагогічний процес і науково-дослідну роботу Кримського державного медичного університету й низки інших медичних університетів України.

**Особистий внесок здобувача.** Автор проаналізував наукову літературу і здійснив патентний пошук з проблеми СПК у гестаційному періоді. Отримані дані є результатом самостійної роботи дисертанта. Вивчено перебіг гестації в 83-х вагітних з СПК і 30-ти соматично здорових вагітних. Усі клінічні, біохімічні, бактеріологічні і біофізичні методи дослідження, оцінки внутрішньоутробного плода виконані дисертантом самостійно за спеціально розробленою програмою на клінічній базі кафедри акушерства та гінекології №1 Кримського державного медичного університету. У 43 пацієнток застосований розроблений «Спосіб корекції синдрому подразненого кишечнику у вагітних» і простежено наступний перебіг гестації. Самостійно дисертантом проведений статистичний аналіз результатів досліджень, написані всі розділи дисертації, сформульовані висновки і практичні рекомендації, забезпечене їхнє застосування в медичній практиці, що відображено в 10 опублікованих працях. В авторських роботах, виконаних разом з іншими співавторами, реалізовані наукові ідеї здобувача. Дисертантом не були використані результати та ідеї співавторів публікацій.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертації виголошено та обговорено на: засіданнях проблемної комісії з акушерства та гінекології Кримського державного медичного університету (2007; 2008; 2009); засіданнях Кримського Республіканського наукового товариства акушерів-гінекологів (2007, 2008, 2009); міжнародному конгресі «Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии» (Судак, 2007, 2008); The IIIrd International Medical Students' Conference 2007 (Simferopol, 2007); II Международній науково-практичній конференцiї «Наука та технології: крок у майбутнє - 2007» (Днiпропетровськ, 2007); IV mezinarodni «Vedecko-praktica konferece vedecke myslene inflachiho stoleti - 2008» (Praha, 2008); VI Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальные проблемы госпитальной медицины» (Севастополь 2008); І симпозіумі Української міжнародної школи «Перинатальна медицина та безпечне материнство» (Алушта, 2008); науково-практичній конференції та Пленумі Асоціації акушерів-гінекологів України з міжнародною участю «Репродуктивна ендокринологія: перинатальні, акушерські, гінекологічні аспекти» (Дніпропетровськ, 2008); 7-й духовно-медичній конференції товариства православних лікарів Криму ім. Святителя Луки, (Сімферополь, 2008).

Дисертаційна робота апробована на спільному засіданні кафедр акушерства та гінекології №1 і №2, кафедри акушерства, гінекології і перинатології ФПО Кримського державного медичного університету і Клінічного об'єднання «Центр охорони материнства і дитинства» м. Сімферополя (2008). Тема кандидатської дисертації затверджена на експертній проблемній комісії «Акушерство та гінекологія» АМН та МОЗ України від 23.09.2008 р., протокол №3.

**Публікації з теми дисертації.** За матеріалами дисертації опубліковано 10 наукових праць, з них 4 у виданнях, ліцензованих ВАК України: 2 журнальні статті, 2 статті в збірниках наукових праць. Крім цього, за темою дисертації отриманий патент України UA 7 A61Р1/00. №36608 «Спосіб корекції синдрому подразненого кишечнику у вагітних».

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 142 сторінках комп’ютерного тексту, складається зі вступу, огляду літератури (розділ 1), 2 розділів власних досліджень, обговорення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, покажчика літератури. Список літератури складається з 275 джерел, з них 154 іноземних.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріал і методи дослідження**. Для розв’язання поставлених у дисертаційній роботі мети і завдань вивчено перебіг гестаціїв 113 вагітних. В 83 вагітних був СПК. До контрольної групи залучено 30 вагітних без хронічної соматичної патології.

83 вагітних з СПК розподілені на дві групи методом сліпої вибірки. Зазначені групи були порівнянні за віком (від 21 до 41 року), паритетом, наявністю соматичної патології, ендокринними захворюваннями.

До першої групи зараховано 40 вагітних, які отримували традиційну терапію. До 2-ої групи увійшли 43 вагітних з СПК, котрі одержували розроблену нами терапію «Спосіб корекції синдрому подразненого кишечнику у вагітних» Патент України UA 7 A61Р1/00. №36608. У дослідження не увійшли пацієнтки, які приймали інші ліки. Організація і проведення дослідження відповідали сучасним етичним вимогам. Дані про обстежених жінок заносилися в спеціально розроблені карти для пацієнток.

Усі вагітні проконсультовані терапевтом, гастроентерологом, уточнено вид патології, час розвитку захворювання, тривалість захворювання, ступінь тяжкості.

Для діагностики СПК застосовували Римські критерії II і III, що дало змогу уникнути багатьох інвазивних методів діагностики для підтвердження функціональної природи СПК. Оцінювати консистенцію випорожнень і визначати варіант СПК допомагала Бристольська шкала калу. Застосовано інші види діагностики СПК: проктологічне дослідження; колоноскопія – для виключення органічних захворювань товстої кишки, що була виконана, відповідно до рекомендації гастроентеролога, 22 вагітним зі СПК у строку гестації 12-18 тижнів; УЗД органів травлення – для виключення жовчнокам'яної хвороби, наявності кист і кальцинатів у підшлунковій залозі, об'ємних утворень у черевній порожнині і заочеревинному просторі.

При вивченні моторно-евакуаторної функції шлунка й дванадцятипалої кишки застосовували ультразвуковий метод (Веселов Ю.Е., Борисов А.Е., Акимов В.П., 2004). Фіксовані точки: 1) розмір шлунка, стан шарів стінки, характеристик; 2) перистальтична активність шлунка (частота, швидкість, амплітуда перистальтичної хвилі), час закриття і відкриття пілоричного жому, напрямок руху потоку рідини, період напіввиведення вмісту шлунка; 3) стан БДС, протоки підшлункової залози (панкреатична протока), жовчного міхура, підшлункової залози; 4) аортомезентеріальний кут. Швидкість поширення перистальтичної хвилі визначали за розташування датчика паралельно поздовжньої осі кукси шлунка, фіксуючи час, за який перистальтична хвиля поширюється між двома встановленими на екрані крапками, розраховуючи швидкість перистальтики в мм/сек. Для визначення періоду напіввиведення вмісту шлунка відразу після прийому води вимірювали найбільшу довжину і діаметр поперечного розміру середньої третини тіла шлунка. Обсяг шлунка обчислювали за формулою: V=(3,14хD2хL)/4х0,64, де D – діаметр шлунка, L – довжина шлунка.

Після огляду невропатолога проводили комплекс психологічних тестів, спрямований на визначення типу емоційного реагування, фрустрованих потреб, рівня тривоги, типу акцентуації характеру, особливостей внутрішнього конфлікту. Аналізовані показники дають змогу оцінити рівень психологічного захисту і дослідити деякі механізми його порушень. Оцінку типу реагування при досягненні мети, фрустрованих потреб і рівня тривоги проводили методом колірних виборів М. Люшера, акцентуацій характеру — методом К. Леонгарда, особливості внутрішнього конфлікту – за А. Ф. Кудряшовою, заповнювали анкету якості життя і Задоволення (Q-LES-Q) (Endicott J., Nee J.,1993).

Нами визначені вміст у цервікальному слизу, ректальному змиві і у крові: а1 -антитрипсину (АТА), виражений числом умовних інгібіторних одиниць (ІО) (Нартикова В.Ф., Пасхина Т.С., 1979); активність кислотостабільних інгібіторів (КСІ) цервікального слизу в інгібіторних одиницях (ІО) (Оглоблина О.Г., Платонова Л.В., Мясникова Л.В. і соавт., 1980); визначення трипсиноподібна активність (ТПА) цервікального слизу в мкМ/мг ×хв (Кринская А.В., Пасхина Т.С., 1977); еластазоподібна активність (ЕПА) цервікального слизу в мкМ/мг ×хв (Оглоблина О.Г., Платонова Л.В., Мясникова Л.В. і соавт., 1980).

Бактеріологічне дослідження робили з виділень цервікального каналу і товстого кишечнику за загальноприйнятою методикою.

Стан плода оцінювали після проведення КТГ із визначенням показника стану плода за формулою Демидова В.Н., використовуючи комп'ютерну обробку отриманих даних, визначення біофізичного профілю плода (БФП) за модифікованою шкалою Vintzeleos А. et al. (1997), доплерографічне дослідження маточно-плацентарного-плодового кровообігу здійснювали на апараті SIM 7000 CFM за методикою Е.Я. Гречаніної, А.А. Кругового (1997). Аналіз даних виконували за допомогою методу об′єктно-орієнтованої комп'ютерної допплерографії з аналізом наступних показників: об'ємний кровоток у вені пуповини; питомий кровоток у вені пуповини; систоло-диастолічне відношення (СДВ) артерії пуповини; індекс резистентності (ІР) артерії пуповини; пульсаційний індекс (ПІ) артерії пуповини; СДВ внутрішньої сонної артерії; ІР внутрішньої сонної артерії; ПІ внутрішньої сонної артерії; плацентарний коефіцієнт; церебро-плацентарний індекс.

Виконували патогістологічне дослідження послідів. Новонароджених у пологовому залі оглядав неонатолог, вивчено перебіг неонатального періоду.

Одержані дані обробляли методом варіаційної статистики з використанням t - критерію Ст′юдента (істотними вважали розходження за р<0,05), а також за непараметричним критерієм Вілкоксона-Манна-Уїтни для незв'язаних сукупностей з використанням програм статистичного аналізу Microsoft Exel 2002 для Windows XP Professional I “Statistica” Ver. 6,0.

Основні результати дослідження. Під спостереженням перебували 83 вагітні зі СПК у віці від 21 до 41 року, середній вік був 31,9±1,1 року. У кожної четвертої вагітної з СПК у минулому соматичні захворювання: хронічний пієлонефрит (18,2%); хронічний бронхіт (7,2%).

До цієї вагітності діагноз СПК був установлений усього в 6,0% жінок, хоча клініка СПК до вагітності була у всіх жінок. Симптоми СПК були до вагітності протягом від 6 місяців до 2 років в 51,8% пацієнток, від 2 до 3 років – у 33,7%, більше 3 років – у 14,5%.

Установлено патологічний вплив СПК на репродуктивну систему і виявлена висока частота гінекологічних захворювань: хронічні запальні захворювання додатків матки, дисфункція яєчників. Гінекологічні захворювання виявлені практично в кожної другої жінки з СПК (44,6%) (р<0,05): хронічний аднексит – у 14,5%; полікістоз яєчників – 9,6%; кісти яєчника – 8,4%, у цих жінок виконана однобічна аднексектомія в 2,4% випадках; хронічний рецидиний кольпіт – 12,1%, безплідність в анамнезі була в 2,4 % пацієнток.

Жінки, що страждають СПК, обмежували своє сексуальне життя, про це свідчать дані, отримані при заповненні пацієнтками анкет. Так, 85,5% жінкок відзначили, що їхнє сексуальне життя значною мірою обмежене. На появу або посилення больового синдрому під час статевого акту вказували 77,1% жінки. Не обмежували сексуальне життя 14,5%. Багато з опитаних відзначили, що під час занять сексом вони бояться, що підсилиться больовий синдром, і переймаються цим. Це свідчить про зниження якості життя пацієнток з СПК.

Провідним симптомом у клініці СПК був абдомінальний больовий синдром і порушення дефекації, запор, що мав місце в усіх вагітних. Больовий синдром був пов'язаний із частотою випорожнення і консистенцією калцу в 79,5% вагітних.

Однією з основних патогенетичних ланок виникнення функціональної диспепсії є порушення моторно-евакуаторної функції шлунка. За нашим даними, після проведення УЗД шлунка у вагітних контрольної групи період скорочення шлунку становив 37,3±4,7 хвилини, у групі вагітних з СПК період скорочення шлунку був 52,8±5,4 хвилини (p<0,05). У 62,7% вагітних з СПК виявлена парадоксальна реакція шлунка, що полягала у збільшенні розмірів органа на 40-й і 50-й хвилинах дослідження замість зменшення обсягу.

Ускладненим перебіг цієї вагітності був у 73,5% жінок з СПК, у контролі в 20,0% жінок (p<0,05). Загроза переривання у разі СПК діагностована практично в кожної другої вагітної (47,6%) і в 1,2% випадків вагітність закінчилася викиднем.

Необхідно вказати на високу частоту виникнення кольпіту в 54,2% вагітних з СПК (у контролі – 10,0%; p<0,05). При цьому рецидивний перебіг кольпіту, що спричинив повторне застосування місцевої терапії, був у 28,9% жінок, тобто в кожному другому випадку.

Виявлено взаємозв'язок СПК у вагітних з внутрішньоутробним інфікуванням. Ультразвукові маркери, що підтверджують внутрішньоутробне інфікування, були виявлені нами в 9,8% жінок зі СПК (рис. 1). У двох новонароджених із цієї групи жінок виявлена піодермія.

Дистрес плода встановлений після проведення клінічного, КТГ, ультразвукового і доплерографічного дослідження в кожної п'ятої пацієнтки з СПК (20,5%) і лише в 3,3% пацієнток контрольної групи (p<0,05). Інформативність доплерографії у вагітних була 95,1%.

Передчасне вилиття плодових вод мало місце в 15,7% жінок з СПК і в 3,3% пацієнток у контролі (p<0,05). Пологи ускладнилися аномалією родової діяльності – у 11,0% (p<0,05), дистресом плода – у 6,1%; гіпотонічною кровотечею – у 2,4% жінок.

Нормальний перебіг раннього неонатального періоду спостерігали у новонароджених від матерів з СПК у 84,1%, у 2 –й групі – у 93,4%. Спряженість між наявністю симптомів СПК і ускладнень у новонародженого становила З1=0,52215. Виявлено прямий помірний зв'язок, тобто досить імовірно, що наявність СПК може спричиняти виникнення ускладнень у новонародженого.

**2,40%**

**4,80%**

**6,10%**

**2,40%**

**4,80%**

**3,60%**

**0,00%**

**1,00%**

**2,00%**

**3,00%**

**4,00%**

**5,00%**

**6,00%**

**7,00%**

Пієлоектазія

Маловоддя

Багатоводдя

Кардіогепато

cпленомегалія

Підвищення

ехогенності

ендотелію

СЗРП

Рис. 1. Особливості УЗД у вагітних з СПК.

Критерієм реалізації інфекційного ушкодження за вагітності є характеристика перебігу раннього післяпологового і неонатального періоду. Післяпологові гнійно-септичні ускладнення були в 2,4% породіль з СПК – два випадки ендометриту. У контрольній групі гнійно-септичних ускладнень не було. У той же час клінічні прояви внутрішньоутробної інфекції (ВУІ) у вигляді кон′юнктивіту, риніту, омфаліту, патологічної гіпербілірубінемії і патологічного випорожнення, характерні для раннього неонатального періоду, виявлені в 8 (9,8%) дітей від жінок з СПК і були відсутні в дітей контрольної групи. На підставі проведення клініко-мікробіологічних зіставлень установлено, що стан вагінального і кишкового біоценозу в жінок у період вагітності визначає особливості формування і динаміку становлення новонароджених, а також чітко корелює з рівнем інфекційно-запальних захворювань новонароджених.

Нами проведений аналіз даних патоморфологічного дослідження плацент у жінок обох клінічних груп. Під час гістологічного дослідження послідів від пацієнток з СПК значно частіше, ніж у контролі, виявлені маркери, що свідчать про ВУІ: серозний децидуїт – 14,6% (p<0,05), гнійний децидуїт – 6,1% (p<0,05), серозний хоріоамніоніт – 12,2% (p<0,05), гнійний хоріоамніоніт – 3,7% (p<0,05), затримка дозрівання ворсин хоріону – 23,2% (p<0,05), фіброз строми – 6,1% (p<0,05), повнокров'я судин ворсин хоріону і пуповини – 29,3% (p<0,05), наявність кальцифікатів і дрібновогнищевих крововиливів у плацентарній тканині – 4,9%, ішемічні інфаркти і серозно-гнійний інтервілузит – 7,3%. В 2,4% установлена наявність серозно-гнійного омфаліту. У вагітних з СПК гістоструктура плацент істотно відрізнялася від такої в жінок контрольної групи, гіпоплазія судинного русла ворсин, фіброзної облітеративної ангіопатії, субтотальні запальні зміни у вигляді великих вогнищ вілузиту, перивілузиту, хоріоніті і плацентиту відзначалися в п'ять разів частіше, ніж у контролі.

У кожної п'ятої вагітної з СПК (22,9%) був встановлений астеновегетативний синдром. Зміни психічної сфери у вигляді тривожних і депресивних розладів траплялися в кожної другої вагітної (51,8%) з СПК, а в контролі – 10,0% (p<0,05). Дослідження невропатологом вегетативного гомеостазу у вагітних з СПК у терміні гестації 17-20 тижнів показало перевагу вихідної ваготонії в 68,7% і в терімні гестації 38-40 тижнів – у 50,6% (p<0,05).

Рівень тривоги був істотно вище норми у вагітних у разі СПК – 4,7±0,6 бали, а в контрольній групі він становив 1,6±0,2 бали, (р<0,05). У разі СПК траплялися не тільки окремі типи акцентуацій характеру, але й їхнє сполучення. Найбільш характерними були сполучення гіпертимічного, збудливого і циклотимного типів, афективно-екзальтованого та емотивного. Часто траплялися тривожно-боязкий, педантичний і демонстративний типи акцентуацій, не притаманий клінічно здоровим осібам.

Висіяно мікрофлору в цервікальному каналі в 72,3% вагітних з СПК, у контрольній групі в 26,7%, що практично в три рази рідше. Рясним ріст мікрофлори був у групі вагітних з СПК в 47,0% випадках, у контрольній групі – в 10,0% (p<0,05). У разі виявлення мікрофлори у вагітних з патологією травного каналу висіяно S. saprophyticus в 10,8% вагітних, S. Еpidermatis – у 30,1%, S. аureus – в 8,4%, E. colli – у 10,8%, P. vulgaris – в 4,8%, B-streptococcus – у 4,8%.

Коефіцієнт спряженості між наявністю запальних змін у мазку і патологічній мікрофлорі в цервікальному каналі становив С1=0,153855. Даний зв'язок прямий слабкий, тобто малоймовірно те, що збудник, що є присутнім у цервікальному каналі, може викликати запалення в піхві.

Бактеріологічний посів фекалій вказує на патологічне зростання в 77,1% пацієнток досліджуваної групи і в 30,0% пацієнток контрольної групи (p<0,05). У групі вагітних з СПК патологічне зростання бактеріологічного посіву фекалій виявлене удвічі частіше, ніж у контролі. Зріст бактеріальної флори характеризувався підвищеною кількістю кишкової палички, виявленням кишкової палички зі слабко вираженими ферментативними властивостями, наявністю гемолізуючої кишкової палички; підвищеним вмістом умовно патогенних ентеробактерій, ентерококів більше 106, коагулопозитивних стафілококів, грибів роду кандида більше 103.

Аналіз ступеня виразності дисбактеріозу показав, що вагітні з СПК загалом мали глибші зміни біоценозу кишечника порівнянно з соматично здоровими вагітними. Поєднані дисбіотичні зрушення в складі вагінальної мікрофлори піхви і кишечника виявлені в 44,6% вагітних з СПК (у контролі – 6,6%; p<0,05). Коефіцієнт спряженості між наявністю симптомів СПК і дисбактеріозу становив С1=0,486867. Це свідчить про те, що зв'язок прямий помірний і досить імовірно, що наявність дисбактеріозу в товстому кишечнику може призводити до загострення СПК. Спряженість між наявністю зміни в посіві з цервікального каналу й у калі С1=0,377964. Висновок: зв'язок прямий помірний, тобто досить імовірно, що є залежність між характером мікрофлори в прямій кишці і статевому шляху.

Показники протеолізу в крові в жінок із патологією харчового каналу свідчать про наявність статистично значущого (p<0,05) зниження активності а1 -антитрипсину і збільшенні ТПА. Разом з цим у вагітних з СПК активність КСІ й ЭПА практично не відрізнялася від показників у контролі (p>0,5). Коефіцієнт середньої квадратичної спряженості Пірсона був З1=0,345395 і виявив помірний прямий зв'язок.

У цервікальному слизу вміст АТА у вагітних без соматичної патології був значно нижчий, ніж у вагітних з СПК (р<0,001). Отримано істотне (майже в чотири рази) зростання активності КСІ цервікального слизу в жінок із патологією харчового каналу (р<0,001). Зміна показників ТПА і ЕПА не були статистично значущою (р>0,5).

Збільшення показників АТА цервікального слизу більше 100,0 ІО, КСІ більше 500,0 ІО свідчить про високий ризик невиношування. Впровадження в клінічну практику визначення цих показників може бути використане в діагностиці загрози переривання вагітності.

Встановлено взаємозв'язок збільшення АТА в крові і патологічного зростання в цервікальному каналі низки збудників: Str. Faecalis, E. Coli, S. Epidermidis. У вагітних із підвищеною активністю КСІ в цервікальному каналі в основному висівали E. Coli і S. Epidermidis. Підвищена активність ЕПА і ТПА зазвичай сполучена з ростом у цервікальному каналі E. Coli і S. Saprophyticus.

Завдяки розробленому нами лікуванню вдалося досягти стійкого лікувального ефекту в 2-й групі в 86,1% пацієнток і в 60,0% пацієнток 1-ї групи, яким проводилося традиційне лікування (p1:2<0,05).

Незважаючи на отримане лікування, у 1-й групі больовий синдром зберігся в 37,5% випадках, у 2-й групі у два рази рідше і був в 14,9% випадках (p1:2<0,05). Скарги значно частіше, більш ніж у два рази, турбували пацієнток 1-ї групи, яким було призначене традиційне лікування. Так, біль унизу живота зберігся в 35,0% пацієнток і в 16,3% 2-ї групи (p1:2<0,05), здуття, відповідно, в 27,5% і 11,6% (p1:2<0,05), дискомфорт у животі – 37,5% і 14,0% (p1:2<0,05).

Моторно-евакуаторна функція шлунка після проведеного лікування характеризувалася тим, що період скорочення шлунка в 1-й групі був 46,7±5,5 хв., у 2-й групі – 42,4±5,3 хв., а в контролі 39,6±4,9 хв. Застосований нами спосіб ультразвукового дослідження шлунка і дванадцятипалої кишки у вагітних з СПК – високоефективний, неінвазивний метод діагностики морфофункціонального стану гастродуоденальної системи, що забезпечує достовірну інтерпретацію місцевих морфологічних і функціональних змін, що відповідає ефективності референтних методів діагностики, не спричиняє променевого навантаження на пацієнта і медичний персонал, простий у відтворенні.

Завдяки впровадженням розробленого нами лікування вдалося значно знизити частоту акушерських ускладнень у 2-й групі до 61,9%, тоді як частота ускладненого перебігу в 1-й групі була 82,5%. Ефективність проведеного комплексу лікувальних заходів у плані профілактики невиношування відображає термін розродження, що становив, відповідно, в 1 -й групі – 37,1, а в 2 -й – 39,6 тижня гестації.

Необхідно вказати на високу частоту виникнення кольпіту у вагітних з СПК: в 55,0% вагітних 1-ї групи і в 48,8% (p1:2<0,05) вагітних 2-ї (у контролі – 9,9%; p1,2:3<0,05). При цьому рецидивний перебіг кольпіту, що зумовив повторне застосування місцевої терапії, був у 30,0% жінок 1-ї групи і в 7,0% 2-ї (p1:2<0,05). У всіх вагітних в анамнезі клінічні симптоми дисбактеріозу кишечника. Установлено, що лікування вагінального кандидозу разом з нормалізацією функції кишечника дає змогу адекватно коригувати дисбіоз в організмі вагітних.

Після проведеного лікування загроза передчасних пологів виникла в 2-й групі (11,9%) в 3 рази рідше, ніж у 1-й групі (35,0%) (p1:2<0,05).

Критерієм ефективності санації хронічної інфекції може бути зниження частоти багатоводдя і маловоддя. Маловоддя мало місце в 10,0% випадків у 1-й групі, й його не було у вагітних 2-ї (p1:2<0,05). Багатоводдя діагностовано в 10,0% жінок 1-ї групи і в 2,4% випадків 2-ї (p1:2<0,05).

У групі жінок, які отримували розроблене нами лікування, спостерігали істотне зниження частоти дистресу плода до 14,3%, у 1-й групі - 27,5% (p1:2<0,05); знизилася частота передчасного розриву плодових оболонок до 11,9% у пацієнток 2-ї групи й 20,0% у 1-й групі (p1:2<0,05).

Частота оперативного розродження була значно рідше в 2-й групі, де кесарів розтин виконаний в 7,1% пацієнток, ручна ревізія порожнини матки – в 4,8%, а в 1-й групі кесарів розтин – в 17,5% пацієнток, а, ручна ревізія порожнини матки – у 10,0%, вакуум-екстракція плода – в 2,5%.

Результати гістологічного дослідження плацент у досліджуваних групах у разі СПК свідчать про позитивний санаційний ефект лікування в 2-й групі: серозний децидуїт виявлений в 9,5% пацієнток 2-ї групи, в 20,0% пацієнток 1-ї групи (p1:2<0,05) і в контролі – 6,6% (p1:2,3<0,05); гнійний децидуїт, відповідно – в 2,4 %, 10,0% (p1:2<0,05) і 3,3% (p1:2,3<0,05); серозний хоріоамніоніт – в 7,1%, 10,0% і 3,3% (p1,2:3<0,05); гнійний хоріоамніоніт – не зареєстрований у пацієнток 2-ї групи, 7,5% – 1 - ої і не зареєстрований у контролі (p1:2,3<0,05); затримка дозрівання ворсин хоріону – в 16,7% 30,0% (p1:2<0,05) і 6,6% (p1,2:3<0,05); фіброз строми – в 4,8%, 7,5% і в контролі не зареєстрований; повнокров'я судин ворсин хоріону і пуповини – в 16,7%, 29,3% (p1:2<0,05) і 9,9% (p1,2:3<0,05).

У дослідженні гнійно-септичні захворювання новонароджених зареєстровані в 1-й групі втрічі частіше (7,5%), ніж у 2-й групі (2,4%) (p1:2<0,05).

Частота післяпологових гнійно-септичних ускладнень становила в 1-й групі 5,1% випадків (1 випадок субінволюції матки і 1 – післяпологова виразка промежини), у 2-й групі цієї патології не було. Внутрішньоутробне інфікування, як показало дослідження, далеко не завжди призводить до реалізації інфекційного процесу в плода.

Після проведеного лікування у два рази рідше виявлена мікрофлора (p1:2<0,05) з цервікального каналу в 2-й групі (9,3%) вагітних порівняно з 1-ю групою (20,0%) вагітних. Рясний ріст мікрофлори зберігся в 10,0% вагітних 1-ї групи, що також у два рази більше, ніж у 2-й групі – 4,6% (p1:2<0,05).

Після лікування мікробний пейзаж цервікального каналу значно змінився. Знизилася концентрація умовно-патогенних грампозитивних і грамнегативних мікроорганізмів, відчутно підвищився рівень лактобактерій, знизилася кількість грибкової флори. Позитивні результати фітотерапії виражалися в купіруванні клінічних суб'єктивних симптомів на тлі оптимізації рівня застосованих скринінгових тестів.

Застосування запропонованого нами лікувального комплексу дало змогу достовірно поліпшити практично всі показники бактеріологічного посіву фекалій у 2-й групі (табл. 1). Слід вказати на поліпшення показників бактеріологічного посіву фекалій і в 1-й групі, але позитивні зміни мали достовірність лише в зменшенні окремих видів умовно патогенних ентеробактерій (С. freuch – 105, Ps. aerugenes – 105).

*Таблиця 1*

**Дані про особливість бактеріологічних посівів з товстого кишечника (n/%)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1-а група, n=40 | 1-а група після лікування, n=40 | 2-а група, n=43 | 2-а група після лікування, n=43 |
| Підвищена кількість кишкової палички | 7 /17,5 | 4 /10,0 | 8 /18,6 | 5 /11,6 |
| Кишкова паличка зі слабко вираженими ферментативними властивостями | 14 /35,0 | 9 /22,5 | 15 /34,9 | 6 /14,0\* |
| Гемолізуюча кишкова паличка | 25/ 62,5 | 17 /42,5 | 27 /62,8 | 8 /18,6\*\* |
| Умовно патогенні ентеробактерії:  |  |  |  |  |
| С. freuch – 105 | 6 /15,0 | 3 /7,5\* | 6 /14,0 | 2 /4,7\* |
| Pr. Vulg 106 | 10 /25,0 | 7 /17,5 | 11 /25,6 | 3 /7,0\* |
| E. Cloacae 105 | 5 /12,5 | 3 /7,5 | 5 /11,6 | 2 /4,7\* |
| Ps. aerugenes – 105 | 3 /7,5 | 1 /2,5\* | 4 /9,3 | - \* |
| Ентерококи більше 106 | 14 /35,0 | 10 /25,0 | 15 /34,9 | 4 /9,3\*\* |
| Стафілококи коагулопозитивні | 7 /17,5 | 5 /12,5 | 6/14,0 | 3 /7,0\* |
| Гриби роду кандида більше 103 | 17 /42,5 | 14/35,0 | 19 /44,2 | 9 /22,5\*\* |

Примітка: \* - достовірні розходження при порівняно з показниками у відповідній групі до і після лікування (р<0,05)

 \*\*- достовірні показники під час порівняння 1-ї і 2-ї груп після лікувальних заходів.

Зіставлення показників бактеріологічного посіву фекалій після проведеного лікування у досліджуваних групах свідчать про значне зменшення виділення грибів роду кандида більше 103 і ентерококів більше 106 у 2-й групі (p1:2<0,05).

Результати дослідження свідчать про можливість швидкого та адекватного відновлення еубіотичного стану цервікального каналу й товстого кишечника.

Зміни психічної сфери у вигляді тривожних і депресивних розладів після проведеного лікування мали виражену тенденцію до зниження в 9,3% пацієнток з СПК 2-ї групи, а от у 1-й групі дані зміни були незначними і збереглися в 22,5% пацієнток (у контролі – у 10,0%; р1:2,3<0,05).

Рівень тривоги був істотно вище норми у вагітних 1-ї групи з СПК і становив 3,4±0,4 бали, а в 2-й групі – 2,1±0,3 бали і в контролі – 1,7±0,3 бали. Хоча розходження між пацієнтками в 2-й і 1-й групах не є статистично значущими, розходження між пацієнтками 1-ї групи і контролем є істотними (р1:3<0,05).

Після лікування за запропонованою нами методикою зафіксоване відновлення всіх досліджуваних показників протеолізу в ректальному змиві (p2:3>0,5). У 1-й групі нами встановлене відновлення активності АТА і ТПА до результатів, зафіксованих у 2-й групі та у контролі (p1:2,3>0,5). Разом з цим слід зауважити, що активність КСІ і ЕПА у вагітних 1-ї групи виходила за фізіологічні межі і залишалася значно вищою, ніж у контролі та у 2-й групі (p1:2,3<0,05).

Лікування за розробленою методикою в 2-й групі сприяло відновленню протеолізу в цервікальному слизу (табл. 2), а отримані результати активності АТА, КСІ, ТПА і ЕПА статистично достовірно не відрізнялися від показників у контролі (p2:3>0,5).

*Таблиця 2*

**Показники протеолізу в цервікальному слизу в досліджуваних групах після лікування**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показник | I група (n=40) | II група (n=43) | Контрольна група, n=30 |
|  АТА (мІО/мг) | 127,6±19,0\*  | 52,7±12,4\*  | 38,9±1,8  |
| КСІ (мІО/мг) | 504,8±63,3\*  | 321,9±59,7\*  | 289,8±55,4  |
| ТПА (мкМ/мг×хв) | 39,6±4,2  | 42,2±4,1  | 38,9±3,5  |
| ЕПА (мкМ/мг×хв) | 26,8±4,8  | 25,6±5,1  | 23,8±3,2  |

Примітка: \* - достовірні розходження у разі порівняння з показниками у відповідній групі до і після проведення лікування (р<0,05)

Після лікування вагітних 1-ї групи зафіксоване відновлення ТПА й ЕПА. Ці показники були аналогічними в порівняно з контролем і 2-ю групою (p1:2,3>0,5). Активність АТА і КСІ в 1-й групі, не зважаючи на отримане лікування, не відновилася і залишалася патологічно високою як порівнянно з контролем, так і порівняно з 2-ю групою (p1:2,3<0,05).

Проведені дослідження показали, що СПК – захворювання, що має істотний вплив на здоров'я вагітної і перебіг гестації. Наявність СПК у періоді гестації визначає збільшення частоти дисбіозу кишечника, що є причиною розвитку багатьох акушерських ускладнень, впливає на перебіг вагітності і здоров'я новонароджених.

**ВИСНОВКИ**

У дисертації наведені теоретичне обґрунтування і нове рішення наукового завдання сучасного акушерства – розробки і впровадження нового ефективного методу лікування СПК в періоді гестації – комплексної терапії, у якій широко використані можливості фітопрепаратів, профілактики та зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень.

1. Незважаючи на надзвичайну поширеність СПК серед жінок репродуктивного віку, до цієї вагітності діагноз СПК був установлений усього в 6,0% жінок. Симптоми СПК були до вагітності протягом від 6 місяців до 2 років в 51,8% пацієнток, від 2 до 3 років – у 33,7%, більше 3 років – у 14,5%. Отримані дані свідчать про те, що лікарі акушери-гінекологи і терапевти не надають належного значення СПК у вагітних, що призводить до запізнілої діагностики, відсутності лікування або його неповного обсягу.

2. Встановлено взаємозв'язок функціонального стану кишечнику під час вагітності з СПК і психоемоційною сферою. У кожної п'ятої вагітної з СПК (22,9%) спостерігався астеновегетативий синдром. Зміни психічної сфери у вигляді тривожних і депресивних розладів траплялися в кожної другої вагітної (51,8%) (p<0,05). Дослідження вегетативного гомеостазу у вагітних з СПК засвідчило перевагу вихідної ваготонії в 68,7% (p<0,05). Рівень тривоги був істотно вище норми у вагітних за СПК – 4,7±0,6 бали (р<0,05). Ці психологічні особливості свідчать про порушення психологічного захисту, психоемоційні порушення і готовність до формування невротичних і неврозоподібних реакцій.

3. Зміна протеолітичної активності є однією із причин неадекватної відповіді організму матері на настання і розвиток вагітності, що призводить до невиношування, виникнення акушерських ускладнень, які були в 73,5% жінок з СПК. Загроза переривання у разі СПК із проведенням стаціонарного лікування була практично в кожної другої вагітної (47,6%) і в 1,2% випадків вагітність закінчилася викиднем. Збільшення показників АТА цервікального слизу більше 100,0 ІО, КСІ більше 500,0 ІО свідчить про високий ризик невиношування.

4. Порушення моторно-евакуаторної функції шлунка за СПК після проведення УЗД шлунка виявив її вповільнення в 80,7% вагітних, період скорочення шлунка становив 52,8±5,4 хвилини. Це є однією з основних патогенетичних ланок виникнення функціональної диспепсії у вагітних. Патологічний ріст E. Coli і S. Epidermidis статистично достовірно поєднувався, з більш ніж в 3,5 рази зростанням активності КСІ цервікального слизу, а ріст E. Coli і S. Saprophyticus – з підвищенням активності ЕПА і ТПА. У разі СРК формувався гравідарний фон, що не може забезпечити розвиток адекватних компенсаторно-пристосувальних реакцій, необхідних для фізіологічного гестаційного процесу.

5. Поєднані дисбіотичні зрушення в складі мікрофлори піхви і кишечника виявлені в 44,6% вагітних з СПК. Із цервікального каналу 72,3% вагітних висіяна мікрофлора, що практично в три рази частіше, ніж у контролі, її ріст був рясним в 47,0% випадках. Вагітні з СПК мали глибокі зміни біоценозу кишечнику, патологічний ріст посіву фекалій виявлений удвічі частіше, ніж у контролі (77,1%: p<0,05). Стан вагінального і кишкового біоценозу визначає особливості формування і динаміку становлення немовлят, а також чітко корелював з рівнем інфекційно запальних захворювань немовлят. Клінічні прояви внутрішньоутробної інфекції у вигляді кон′юктивіту, риніту, омфаліту, патологічної гіпербілірубінемії характерні для раннього неонатального періоду, виявлені в кожного десятого (9,8%) новонародженого від жінок з СПК.

6. Фітотерапія вагітних з СПК, порівняно з традиційною терапією, справляє вираженіш позитивний ефект у відновленні моторно-евакуаторної функції шлунка. Удалося досягти стійкого лікувального ефекту в 2-й групі в 86,1% пацієнток (p1:2<0,05); більш ніж в 2 рази рідше фіксувалися зміни психічної сфери у вигляді тривожних і депресивних розладів, відзначене відновлення активності АТА, КСІ, ТПА та ЕПА в ректальному змиві і цервікальному слизу, нормалізація мікроекології кишечника виражалася в підвищенні концентрації біфідо- і лактобактерій до >lg8 КОЕ/мол в 73,8% пацієнток, в 26,2% вагітних у групі порівняння зберігався дефіцит лакто- і біфідобактерій.

7. Впровадження запропонованого нами методу лікування виключає поліпрагмазію, що властиво терапії СПК, коли з метою досягнення терапевтичного ефекту застосовуються 4-8 препаратів і, що особливо небажано під час гестації. Своєчасне виявлення вагітних із СПК дало змогу оптимізувати тактику ведення цих пацієнток, більш ніж в 3,5 рази зменшити частоту рецидивів, в 2,1 рази знизити акушерські ускладнення, зменшити в 2 рази частоту оперативного розродження, більш ніж в 3 рази (з 7,5% до 2,4%) знизити розвиток гнійно-септичні захворювання новонародженого, не допустити випадків перинатальної смертності та інвалідизації новонародженого.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У періоді гестації для діагностики СПК слід застосовувати Римські критерії III (2006). Відповідно до Римських критеріїв III (2006), діагноз СПК установлюють за наявності рецидивного абдомінального болю або відчуття дискомфорту в ділянці живота протягом 3 днів кожного місяця за останні 3 місяці в сполученні із двома або більше з наступних ознак.

• Поліпшення стану після дефекації.

• Початок пов'язаний зі зміною частоти випорожнення.

• Початок пов'язаний зі зміною форми калу.

Рекомендується використовувати класифікацію СПК, яка грунтується тільки на переважній характеристиці випорожнення:

- СПК-C – варіант із запором (частота твердого/шорсткуватого випорожнення >25% кишкового транзиту і м'якого/водянистого - <25%);

- СРК-D – варіант із діареєю (частота м'якого/водянистого випорожнення >25% кишкового транзиту і твердого/шорсткуватого <25%);

- СПК-M – змішаний варіант (частота твердого/шорсткуватого і м'якого/водянистого випорожнення > 25% кишкового транзиту);

- СПК-U – перемежований (альтернуючий) варіант (наявні розлади консистенції випорожнення недостатні для застосування критеріїв перших трьох варіантів СПК).

Застосовується лікувальне харчування з використанням продуктів з кукурудзи, гречки, жита, моркви, кабачків, томатів, фрукти, овочеві і фруктові салати, неконсервовані соки, кисломолочні продукти. З харчового раціону виключають алкоголь, копчені, гострі і солоні блюда, газовану воду.

Медикаментозна терапія полягає в комплексному призначенні фітопрепаратів: Іберогаст і Геларіум® Гіперикум.

Іберогаст призначали по 20 крапель три рази в на добу. Геларіум® Гіперикум призначали по 1 драже 3 рази на добу з рідиною. Тривалість терапії становила 5 тижнів. За показниками зазначений курс може бути повторений з інтервалом в 10-14 днів.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Сидоров Д.М. Особенности течения гестации у женщин с синдромом раздраженного кишечника / Д.М. Сидоров // Таврический медико-биологический вестник. — 2008. — Т.11, № 4 (44). — С. 99-101.

2. Сидоров Д.М. Синдром раздраженного кишечника в периоде гестации, микробиоценоз влагалища и толстого кишечника / Д.М. Сидоров // Таврический медико-биологический вестник. — 2008. — Т.11, № 1. — С. 58-60.

3. Сидоров Д.М. Акушерские осложнения у беременных с синдромом раздраженного кишечника / Д.М. Сидоров // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: труды КГМУ. — Симферополь, 2008. — Т. 144, Ч.VI. — C. 150-151.

4. Sidorov D.M. Role of chronic pelvic pain and irritabl bowel syndrome in gynecology / D.M. Sidorov, A.N. Rybalka, V. A. Zabolotnov // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: труды КГМУ. — Симферополь, 2008. — Т. 144, Ч. IV. —С. 202-204.( особисто проведено набір матеріалу, аналіз та оформлення даних).

5. Сидоров Д.М., Рибалка А.М., Заболотнов В.О. Спосіб корекції синдрому подразненого кишечнику у вагітних Деклараційний патент на корисну модель. 2008 України, UA 19 A61Р1/00. №36608; Заявл.15.08.2005; Опубл.27.10.2008; Бюл.ПВ №20. (особисто розроблен та запропонован спосіб корекції СПК, визначена його висока ефективність).

6. Сидоров Д.М. Синдром раздраженного кишечника в периоде гестации и состояние цервикальной слизи / Д.М. Сидоров, В.З. Харченко, Л.Л. Алиев // Вестник морского врача. — 2008. — № 6 (6). — С. 156-157. (особисто здійснено набір матеріалу, аналіз та оформлення даних досліджень).

7. Сидоров Д.М. Особенности микробиоценоза толстого кишечника у беременных с синдромом раздраженного кишечника / Д.М. Сидоров, И.Ю. Чиж // Вестник морского врача. — 2008. — № 6 (6). — С. 157. (особисто здійснений набір матеріалу, проведення статистичної обробки та узагальнення результатів).

8. Сидоров Д.М. Гестация и бактериально-вирусные инфекции: (пособие для врачей и студентов) / Д.М. Сидоров, А.Н. Рыбалка, В.А. Заболотнов.— Симферополь, 2007. — 116 с. (особисто здійснено аналіз літератури, написаний ряд розділів посібника).

9. Сидоров Д.М. Репродуктивная функция жительниц Крыма / Д.М. Сидоров, А.Н. Рыбалка, В.А. Заболотнов и др. // Наука та технології: крок в майбутнє – 2007: матер. II Міжнарод. наук.-практ. конф. Т.6. Медицина. — Днiпропетровськ: Наука і освіта. — 2007. — С. 15-17. (особисто здійснено набір матеріалу, аналіз та оформлення даних досліджень).

10. Сидоров Д.М. Практикум необходимых знаний и умений студентов и врачей-интернов по акушерству и гинекологии. /Д.М. Сидоров, А.Н. Рыбалка, В.А. Заболотнов и др. — Симферополь: Издательский центр КГМУ, 2006. — 175 с. (особисто проведено набір матеріалу, аналіз, та оформлення до друку).

АНОТАЦІЯ

**Сидоров Д.М. Особливості перебігу гестації при синдромі подразненого кишечнику і методи його корекції.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Національний медичний університет ім. акад. О.О. Богомольця МОЗ України, Київ, 2009.

Захищається дисертаційна робота і 10 опублікованих наукових праць.

Вивчено перебіг гестації в 113 вагітних. До основної групи увійшли 83 вагітних з СПК, до контрольної групи – 30 вагітних без хронічної соматичної патології.

Патологічний зріст E. Coli і S. Epidermidis статистично достовірно сполучався зі зростанням більш ніж в 3,5 рази активності КСІ цервікального слизу, а ріст E. Coli і S. Saprophyticus – з підвищенням активності ЕПА і ТПА. У разі СПК формувався гравідарний фон, що не спроможний забезпечити розвиток адекватних компенсаторно-пристосувальних реакцій, необхідних для фізіологічного гестаційного процесу.

Фітотерапія вагітних з СПК порівняно з традиційною терапією справляє більш виражений позитивний ефект у відновленні моторно-евакуаторної функції шлунка, удалося досягти стійкого лікувального ефекту в 2-й групі в 86,1% пацієнток (p1:2<0,05); більш ніж в 2 рази рідше фіксувалися зміни психічної сфери у вигляді тривожних і депресивних розладів, відзначене відновлення активності АТА, КСІ, ТПА й ЕПА в ректальному змиві і цервікальному слизу, нормалізація мікроекології кишечника виражалося в підвищенні концентрації біфідо- і лактобактерій до >lg8 КОЕ/мол в 73,8% пацієнток, в 26,2% вагітних у групі порівняння зберігався дефіцит лакто- і біфідобактерій.

Впровадження запропонованого нами методу лікування виключає поліпрагмазію, що властива терапії СПК, коли з метою досягнення терапевтичного ефекту застосовують 4-8 препаратів, що особливо небажано в під час гестації. Своєчасне виявлення вагітних із синдромом подразненого кишечника дало змогу оптимізувати тактику ведення цих пацієнток, більш ніж в 3,5 рази зменшити частоту рецидивів, в 2,1 рази знизити акушерські ускладнення, зменшити в 2 рази частоту оперативного розродження, більш ніж в 3 рази з 7,5% до 2,4% знизити розвиток гнійно-септичних захворювань новонароджених, ліквідувати випадки перинатальної смертності та інвалідизації новонародженого.

Ключові слова: гестація, синдром подразненого кишечнику, психосоматичний статус, протеоліз, фітотерапія.

АННОТАЦИЯ

**Сидоров Д.М. Особенности течения гестации при синдроме раздражённого кишечника и методы его коррекции. - Рукопись.**

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. - Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца МЗ Украины, Киев, 2009.

Защищается диссертационная работа и 10 опубликованных научных работ.

Изучено течение гестации у 113 беременных. Основную группу составили 83 беременных с CРК. Контроль составили 30 беременных без хронической соматической патологии.

Установлена взаимосвязь функционального состояния кишечника при беременности с СРК и психоэмоциональной сферой. У каждой пятой беременной с СРК (22,9%) было наличие астеновегетативого синдрома. Изменения психической сферы в виде тревожных и депрессивных расстройств встретилось у каждой второй беременной (51,8%) (p<0,05).

Нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка при СРК после проведения УЗИ желудка проявилось в её замедлении у 80,7% беременных, период сокращения желудка составил 52,8±5,4 минуты, что является одним из основных патогенетических звеньев возникновения функциональной диспепсии у беременных. Патологический рост E. Coli и S. Epidermidis статистически достоверно сочетался с возрастанием более чем в 3,5 раза активности КСИ цервикальной слизи, а рост E. Coli и S. Saprophyticus - с повышением активности ЭПА и ТПА. При СРК формировался гравидарный фон, который не в состоянии обеспечить развитие адекватных компенсаторно–приспособительных реакций, необходимых для физиологического гестационного процесса.

Cочетанные дисбиотические сдвиги в составе вагинальной микрофлоры влагалища и кишечника обнаружены у 44,6% беременных с СРК. Из цервикального канала у 72,3% беременных высеяна микрофлора, что практически в три раза чаще, чем в контроле, её рост был обильным в 47,0% случаях. Беременные с СРК имели глубокие изменения биоценоза кишечника, патологический рост посева фекалий обнаружен в два раза чаще, чем в контроле (77,1%: p<0,05).

Фитотерапия беременных с СРК в сравнении с традиционной терапией оказывает более выраженный положительный эффект в восстановлении моторно-эвакуаторной функции желудка, удалось достичь стойкого лечебного эффекта во второй группе у 86,1% пациенток (p1:2<0,05); более чем в 2 раза реже фиксировались изменения психической сферы в виде тревожных и депрессивных расстройств, отмечено восстановление активности АТА, КСИ, ТПА и ЭПА в ректальном смыве и цервикальной слизи, нормализация микроэкологии кишечника выражалась в повышении концентрации бифидо- и лактобактерий до >lg8 КОЕ/мл у 73,8% пациенток, у 26,2% беременных в группе сравнения сохранялся дефицит лакто- и бифидобактерий.

Внедрение предложенного нами метода лечения позволяет избежать полипрагмазии, которая свойственна терапии СРК, когда с целью достижения терапевтического эффекта применяются 4-8 препаратов, что особенно нежелательно в во время гестации. Своевременное выявление беременных с синдромом раздражённого кишечника позволило оптимизировать тактику ведения этих пациенток, более чем в 3,5 раза уменьшить частоту рецидивов, в 2,1 раза снизить акушерские осложнения, уменьшить в 2 раза частоту оперативного родоразрешения, более чем в 3 раза с 7,5% до 2,4% снизить развитие гнойно-септических заболеваний новорожденных, ликвидировать случаи перинатальной смертности и инвалидизации новорожденных.

Ключевые слова: гестация, синдром раздражённого кишечника, психосоматический статус, протеолиз, фитотерапия.

ANNOTATION

Sidorov D.M. Peculiarities a current of gestation with irritable bowel syndrome and methods of its correction. – Manuscript.

Dissertation for a Candidate degree in medical sciences by speciality 14.01.01 – obstetrics and gynecology. – National medical university named after acad. O.O. Bogomolts МPH of Ukraine, Kiev, 2009.

The dissertation and 10 published scientific works are defended.

The current of gestation in 113 pregnant women is studied. The basic group was made by 83 pregnant women with irritable bowel syndrome (IBS). The control was made for 30 pregnant women without a chronic somatic pathology.

Pathological growth of E. Coli and S. Epidermidis was statistically authentically combined with increase of activity of acid-stable inhibitors (ASI) of cervical mucus more than in 3,5 times, and growth E. Coli and S. Saprophyticus – with increase of elastase-like activity (ELA) and trypsino-like activity (ТLA). At IBS was formed a gravidar background, which is not in a condition to provide development of the adequate kompensatorno-adaptive reactions necessary for physiological gestational process.

The phytotherapy of pregnant women with IBS in comparison with traditional therapy renders more expressed positive effect in restoration of motor-avocatory function of stomach. It was possible to reach proof medical effect in the second group in 86,1 % of patients (p1:2 < 0,05); more than in 2 times changes of mental sphere in the form of anxious and depressive disorders were less often fixed, restoration of activity of α1-antitrypsin (AAT), ASI, ТLА and ELA is noted in rectal washout and cervical mucus, normalisation of micro-ecology of an intestine was expressed in concentration increase of bifido- and lactobacteria to > lg8 KOE/ml in 73,8 % of patients, in 26,2 % of pregnant women in comparison group deficiency of lacto- and bifidobacteria was remained.

Introduction of the method of treatment offered by us excludes polypragmasia, which is peculiar to therapy of IBS when for the purpose of achievement of therapeutic effect 4-8 preparations are applied and that is especially undesirable during gestation. Timely revealing of pregnant women with irritable bowel syndrome has allowed to optimize a tactics of conducting these patients, to reduce frequency of relapses more than in 3,5 times, to reduce obstetric complications in 2,1 times, to reduce frequency of an operative delivery in 2 times, to reduce development is purulent-septic diseases of newborns more than in 3 times from 7,5 % to 2,4 %, to liquidate cases of perinatal mortality and invalidism of newborns.

**Key words:** gestation, irritable bowel syndrome, psychosomatic status, proteolysis, phytotherapy.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

АТА - а1 -антитрипсин

ВУІ - внутрішньоутробне інфікування

ЕПА - еластазоподібна активність

КСІ - кислотостабільні інгібітори

КТГ - кардіотокографія

ПСП - показник стану плода

СПК – синдром подразненого кишечнику

ТПА - трипсиноподібна активність

УЗД - ультразвукове дослідження

 Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>