**Квашенко Валентина Павлівна. Реродуктивне здоров'я жінок та профілактика його порушень в межах планування сім'і : Дис... д-ра наук: 14.01.01 – 2002**

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

|  |
| --- |
| **Квашенко В.П.Репродуктивне здоров'я жінок та профілактика його порушень в межах планування сім’ї. –***Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за фахом 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Харківський державний медичний університет, 2002 рік.*Дисертацію присвячено питанням профілактики порушень репродуктивного здоров’я. Обстежено 1930 жінок репродуктивного віку та проведено анкетування 3891 жінки репродуктивного віку. Уточнено деякі механізми розвитку порушень репродуктивного здоров’я внаслідок абортів, зокрема впливу аборту на стан молочних залоз у жінок, що не народжували. Розроблено методи диференційованого добору гормональної контрацепції, які дозволили підвищити прийнятність контрацепції та підвищити ефективність лікування доброякісної гіперплазії молочних залоз з 13,1% до 27,0%.Впровадження розробленої моделі системи медико-соціальної допомоги сім’їдозволило знизити вдвічі абсолютну кількість абортів і зменшити їхній відносний показник з 48,5 до 30,2 на 1000 жінок фертильного віку за період з 1995 по 2000 рік. Відбулося поліпшення показників співвідношення пологів та абортів з 100:186 у 1995 році до 100:127 у 2000. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації сформульовано концепцію порушень репродуктивного здоров'я жінок і розроблено науково-обґрунтовану систему підходів до їх цілеспрямованої профілактики в межах роботи служб планування сім’ї.1. Збереження репродуктивного здоров'я населення України є пріоритетною соціальною проблемою, тому що рівень народжуваності не забезпечує природного приросту населення. Спостерігається негативна тенденція в структурі абортів: зростає рівень абортів у першовагітних і дівчаток-підлітків, що призводить до розвитку порушень у репродуктивній системі, котрі виявляються через рік у 15,2%, а через 3–5 років – у 52,4%. Зменшення кількості абортів у країні відбувається недостатньо швидкими темпами, основним методом регуляції народжуваності залишається штучний аборт.
2. Репродуктивне здоров'я жінок Донецького регіону погіршується: збільшується кількість ускладнень вагітності (64%), пологів (74,1%). У дітей і підлітків відзначається зростання хронічних захворювань органів репродуктивної системи: у 1,5 рази збільшилася кількість запальних захворювань геніталій, у 5 разів – ПМЦ і кількість абортів залишається значною.
3. Аналіз анкет 1320 жінок і 1010 дівчаток-підлітків установив наявність у популяційній групі “ризикованої” репродуктивної поведінки: вибір аборту як основного методу регуляції народжуваності (83,4% непланованих вагітностей закінчується абортом); зростання частоти абортів у першовагітних (у 1,5 рази за 7 років); високий рівень абортів у жінок юного віку (61,9% підліткових вагітностей закінчується абортом, з них у 25,38% – у пізньому терміні).
4. Факторами ризику щодо аборту є: дошлюбні статеві зв'язки (у 91%), ранній статевий дебют (у 69%), зміна статевих партнерів (у 68%), невикористання контрацептивних засобів (у 42,7%), низький рівень сексуальної культури (98,6% підлітків вважають недостатнім свій рівень статевого виховання), матеріальні труднощі (у 30%).
5. Між показниками гормональної й імунної систем у здорових жінок установлено множинну кореляційну залежність. Найбільш чутливими до гормонального впливу виявилися популяції CD3 (коефіцієнт детермінації R2=0,159), збалансованість хелперної та супресивної субпопуляції ІРІ (R2=0,145) і антитіло-опосередкований імунітет IgG (R2=0,139), IgM (R2=0,135), а також популяції CD22 (R2=0,128).
6. У жінок з ДГМЗ формується вторинний імунодефіцит, найбільш виразний при III ступені тяжкості процесу: показник природних кілерів (CD16) знижується при I ступені на 35,2%, при II ступені – на 40,9% і при III ступені – на 53,5% до рівня контрольної групи; функціональна активність Т-клітин знижується відповідно на 5,7%, 19,7% і 53,5%; дефіцит IgG склав відповідно 8,6%; 14,5% і 31,1%; гіперпродукція ЦІК – 49,1%, 34,8% і 8,9%. Супресію компонентів імунної відповіді викликає відносне перевищення Е2: естроген-прогестеронове співвідношення корелювало з імунними показниками (rCD16=-0,71; rIgА=-0,57; rIgG=-0,52).
7. Штучне переривання вагітності в пізній термін гестації викликає глибокі гормональні порушення, які характеризуються дисфункцією гіпофізарно-яєчникової системи – зміною співвідношення Е2/П і ЛГ/П. Рівень Е2/П через 2 місяці після пізнього аборту в 3,4 рази перевищує значення у здорових жінок, після раннього аборту – у 2,1 рази. Співвідношення ЛГ/П через 2 місяці після аборту в 7,1 рази перевищує значення у здорових жінок, через 3 місяці – у 3,9 рази. Такі зміни є патологічною передумовою для розвитку гіперпластичних процесів у МЗ, ендометрії, що підтверджувалося високою частотою патологічних менограмм.
8. Інструментальне переривання вагітності викликає транзиторні зміни імунітету, які є найбільш виразними у жінок, які не народжували, і при аборті в пізньому терміні. У жінок, що народжували, після аборту фізіологічне зниження CD16 при вагітності компенсувалося через 1 місяць, у тих, що не народжували, виразний дефіцит CD16 зберігся протягом 6 місяців (10,24±0,30% при 11,21±0,38% у контрольній групі). У жінок, які не народжували, після аборту виявлено тенденцію до накопичення ЦІК до 6 місяця, що реалізується в достовірно більш високому вмісті ЦІК (72,89±2,17 Од) у порівнянні з контролем (66,65±2,23 Од). Це створює ризик розвитку гіперпластичних і запальних процесів. Аборт пізнього терміну викликає пригнічення Т-клітинної ланки імунітету: через 6 місяців CD3 складає 66,72±0,81% при 70,53±0,92% у контролі.
9. Операція штучного переривання вагітності викликає виразні патологічні зміни в МЗ жінок, які не народжували, у 17,6% випадків, що обумовлює необхідність їхнього включення до групи ризику щодо розвитку гіперпластичних процесів МЗ.
10. Застосування ГК у дівчаток-підлітків більше 2-х років викликає транзиторні функціональні зміни в гіпофизарно-яєчникової системі, які проявляються у функціональній ановуляції. Після відміни ГК відновлення нормального овуляторного МЦ відбувається протягом I–III місяців.
11. У залежності від показника Е2/П доцільно виділяти 3 типи гормонального профілю жінок. Призначення КОК жінкам П-домінантного типу та чисто-гестагенних препаратів жінкам Е2-домінантного типу сприяє нормалізації співвідношення Е2/П і знижує кількість ускладнень ГК: монофазних КОК – на 38,4%, трифазних – на 46,7%, ЧПТ – на 65,9% і ЧПІК – на 46,6%, а також підвищує ефективність лікування ДГМЗ із 13,1% до 27,0%.
12. Використання ГК після штучного переривання першої вагітності сприяє зменшенню частоти патологічного перебігу наступних вагітностей на 13%, загрози їхнього переривання – на 7,6%, прееклампсії – на 11%, патологічного перебігу пологів – на 6,7%, частоти передчасних пологів – на 3,8%, а також зниженню частки патологічного неонатального періоду на 5,8%.
13. Впровадження запропонованої системи профілактичних заходів щодо збереження репродуктивного здоров'я забезпечує:

формування моделі поведінки жінок, спрямованої на профілактику непланованої вагітності;зниження абсолютної кількості абортів у 2000 р. у порівнянні з 1995 р. у 2 рази та зменшення відносного показника з 48,5 до 30,2 на 1000 жінок фертильного віку;поліпшення співвідношення пологів і абортів: з 100:186 (1995 р.) до 100:127 (2000 р.);зниження в 2 рази абсолютного числа підліткової вагітності, відношення пологів до абортів з 100:110 у 1995 р. до 100:82 у 2000 р. Зменшення відсотка підліткової вагітності з 3,6% до 2,8%, частоти пологів з 6,1% до 4,2%. |

 |