**Павлюченко Михайло Іванович. Роль переривистої нормобаричної гіпоксії в профілактиці пізнього гестозу у вагітних з хронічним пієлонефритом: дисертація канд. мед. наук: 14.01.01 / Харківський держ. медичний ун-т. - Х., 2003**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Павлюченко М.І. “Роль переривистої нормобаричної гіпоксії в профілактиці пізнього гестозу у вагітних з хронічним пієлонефритом”.- Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01. – акушерство та гінекологія. Харківський державний медичний університет, м. Харків, 2003.  Спільні патогенетичні механізми клінічних проявів хронічного пієлонефриту та пізнього гестозу дозволяють віднести вагітних із цією екстрагенітальною патологією до групи високого перинатального ризику і обумовлюють застосування у них ефективних засобів профілактики цього ускладнення вагітності.  У результаті дослідження показників центральної гемодинаміки, гормонального та імунного профілю, а також комплексної комп’ютерної кардіоінтервалографії у вагітних із хронічним пієлонефритом доведено, що застосування на доклінічній стадії курсу переривистої нормобаричної гіпоксії вірогідно знижує частоту пізнього гестозу у жінок із цією екстрагенітальною патологією, за рахунок поширення компенсаторних можливостей організму. До того ж механізми адаптації до дії гіпоксичного фактору формуються як у більшості систем материнського організму, так і у внутрішньоутробного плода. | |
| |  | | --- | | 1. Розвиток пізнього гестозу у вагітних з хронічним пієлонефритом спостерігається у середньому в 26,42±0,48 тижнів, характеризується важким клінічним перебігом, зниженою ефективністю терапевтичних заходів та призводить до порушення внутрішньоутробного стану плода і збільшення кількості перинатальних ускладнень, що і обумовлює необхідність застосування у жінок з цією екстрагенітальною патологією профілактичних засобів. 2. З метою своєчасного призначення профілактичних засобів стан фетоплацентарного комплексу у вагітних з хронічним пієлонефритом повинен досліджуватися у 24-26 та у 34-36 тижнів вагітності як у терміни максимального навантаження систем організму. 3. Застосування переривистої нормобаричної гіпоксії у вагітних з хронічним пієлонефритом поширює адаптаційні можливості внутрішньоутробного плода до дії гіпоксії, що підтверджується збільшенням загальної тривалості повільних акцелерацій до 10,59±0,14 хв. за рахунок збільшення їх кількості до 12,06±0,23 при 60-и хвилинному кардіотокографічному дослідженні, а також вірогідно більш високими оцінками новонародженого за шкалою Апгар. 4. Під впливом переривистої нормобаричної гіпоксії у вагітних з хронічним пієлонефритом зростання показників серцевого індексу вище 3 мл/(хвм2) компенсується зниженням значень загального периферичного опору нижче 1500 динс/см-5, що є свідченням поширення компенсаторних можливостей серцево-судинної системи організму. 5. При застосуванні метода переривистої нормобаричної гіпоксії використання комп’ютерної кардіоінтервалографії дозволяє контролювати компенсаторні можливості вагітних протягом всього гестаційного періоду. У вагітних з хронічним пієлонефритом під впливом цієї методики встановлено зміщення акценту вегетативної регуляції у бік парасимпатичного компоненту, яке характеризується зниженням показників індексу напруги нижче 300 одиниць та зростанням загальної потужності спектру вище 1500 мс, що є маркером підвищення рівня компенсаторно-пристосувальних реакцій у цих вагітних. 6. Метод переривистої нормобаричної гіпоксії позитивно впливає на стан показників природнього імунітету за рахунок активації моноцитарно-макрофагальної системи та поширення компенсаторних можливостей організму. 7. У вагітних з хронічним пієлонефритом метод переривистої нормобаричної гіпоксії найбільш доцільно використовувати в терміни гестації 20-30 тижнів, що при необхідності дає можливість проведення повторного курсу профілактики пізнього гестозу. | |