**Шелудченко Вікторія Валентинівна. Оптимізація тактики ведення вагітності у жінок з товстокишковим стазом. : Дис... канд. наук: 14.01.01 – 2009**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Шелудченко В. В. Оптимізація тактики ведення вагітності у жінок з товстокишковим стазом**. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністью 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України. – Київ, 2009.  Наукова робота присвячена зниженню частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з товстокишковим стазом на основі вивчення клініко-функціональних, імунологічних і мікробіологічних особливостей, а також оптимізації тактики ведення вагітності. Вивчено клінічні особливості гестаційного періоду, розродження й стану новонароджених, а також частоту й характер клінічного перебігу запорів в різний термін гестації. Дано оцінку стану біоценозу товстої кишки, урогенітального тракту й системного імунітету при запорах у вагітних. Розроблено й впроваджено методику ведення вагітності в жінок з різними варіантами запорів на основі використання спрямованої медикаментозної корекції. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведено дані і нове вирішення наукового завдання сучасного акушерства – зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень у жінок із товстокишковим стазом на підставі вивчення клініко-функціональних, імунологічних та мікробіологічних особливостей і розробки та впровадження методики оптимізації ведення вагітності.  1. Частота запорів у вагітних складає 26,4%, причому функціональні запори складають 46,9%, а гестаційні – 53,1%. Поглиблення функціо-нальних запорів відмічається у терміні 8-12 тижнів, в той час як явний прояв гестаційних запорів в 61,8% випадків відмічається в період з 17 по 20 тиждень гестації.  2. Перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду на тлі товстокишкового стазу часто ускладнюється загрозою переривання вагітності (52,3%), інтраамніальним інфікуванням (32,5%), передчасним розривом плодових оболонок (37,8%) та післяпологовим ендометритом (17,8%).  3. Стан новонароджених у жінок із запором характеризується високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку (26,9%), дистреса-плода (23,4%) й інтраамніального інфікування (17,8%) з відповідними ехографічними та доплерометричними змінами..  4. Фізіологічний процес гестації супроводжується природною реакцією імунної системи у вигляді позитивної взаємокомпенсуючої активації або пригнічення 57,7% параметрів імунної системи. Хронічні запори обох типів односпрямовано нівелюють фізіологічні коливання клітинної й гуморальної ланок імунітету (26,9%). Відхилення імунологічних параметрів відносно верхньої або нижньої межі норми при функціональних запорах в 2-3 рази більш тяжкі порівняно з гестаційними.  5. Базисною терапією хронічних запорів у вагітних є функціональне харчування в поєднанні з послаблюючим препаратом лактулоза. У разі відсутності запору, виникаючі відхилення в біоценозі товстої кишки та цервікального каналу, а також підвищена проникність кишкового бар’єру на тлі дисфункції імунної системи є серйозним фактором ризику невиношування вагітності та гнійно-септичних ускладнень в післяпологовому періоді.  6. Застосування розроблених лікувально-профілактичних заходів сприяє поліпшенню стану вагітних, зменшенню частоти запорів, нормалізації біоценозу статевих шляхів та кишечника, імунного статусу та зниженню частоти плацентарної недостатності на 16,8%; затримки внутрішньоутробного розвитку плода на 15,3%; дистреса-плода на 14,7%; інтраамніального інфікування на 12,7% та постнатальної інфекції новонароджених на 12,3% відповідно. | |