**Островський Олександр Йосипович. Ранній гесто: патогенетичні особливості, діагностика, лікування. : Дис... канд. наук: 14.01.01 - 2004.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Островський О.Й. Ранній гестоз: патогенетичні особливості, діагностика, лікування. –**Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ, 2004.  Досліджені особливості психоемоційного стану, функціонування вегетативної нервової, симпато-адреналової, серотонін-мелатонінової систем та міжтравної моторики шлунку у жінок з фізіологічни перебігом першого триместру вагітності та у разі захворювання на блювоту вагітних. На підставі результатів дослідження запропонований та науково обгрунтований комплекс терапевтичних заходів для індивідуалізованого лікування блювоти вагітних з урахуванням змін в центральній нервовій системі та міжтравній моториці шлунку.  Доведена доцільність та ефективність використання запропонованої схеми в лікуванні блювоти вагітних, що позитивно впливає на подальший перебіг вагітності та пологів. | |
| |  | | --- | | В дисертаційній роботі представлене теоретичне узагальнення та нове рішення наукової задачі – терапії блювоти вагітних – на підставі вивченя симпато-адреналової, вегетативної, серотонін-мелатонінових систем та шлунково-кишкового тракту у хворих.   1. Виникненню блювоти вагітних сприяють захворювання шлунково-кишкового тракту та вегетативної нервової системи, які зустрічаються в 53,2 ± 4,0*%* та 44,8 ± 4,0*%* випадків, відповідно. За медичною допомогою в 2 рази частіше звертаються повторновагітні первородящі, ніж повторновагітні повторнородящі. 2. Блювота вагітних є проявом психосоматичної дезадаптації. Психоемоційні навантаження підвищують рівень тривожності індивідуума, що сприяє виникненню тяжкого ступеня захворювання. Меланхолічний (33,8*%*) та холеричний (29,1*%*) типи характеру необхідно віднести до преморбідних характеристик психіки для прогнозу виникнення блювоти вагітних. 3. Для легкого ступеня тяжкості блювоти вагітних характерна парасимпатикотонічна активність вегетативного функціонування (індекс напруження 82 ум.од.). Тяжкий ступінь захворювання характеризується в 89,6*%* симпатикотонічним балансом та зменшенням вегетативної реактивності (в 47,9*%* – асимпатикотонічна реактивність). 4. Швидкість біосинтезу катехоламінів під час блювоти вагітних зростає, що призводить до зниження резервних можливостей симпато-адреналової системи, особливо у випадку тяжкого ступеня захворювання. Для хворих блювотою вагітних характерна гіперсеротонінемія, та низький вміст мелатоніну. Погіршення перебігу блювоти вагітних супроводжується зниженням коефіцієнту мелатонін/серотонін менше 0,4 ум.од., що може бути прогностичним маркером перебігу захворювання. 5. При блювоті вагітних спостерігається порушення міжтравної моторики шлунка. У випадку легкого ступеня блювоти вагітних – зростання міжтравної потужності шлунка, яка з погіршенням перебігу захворювання зменшується та з’являються дизрегуляторні криві електрогастрограм. 6. У жінок, що перенесли блювоту вагітних в подальшому частіше в 2,2 рази виникає прееклампсія, в 1,5 раз – ускладнення пологів і в 1,9 разів – оперативні втручання під час пологів. 7. Базисна терапія при блювоті вагітних, яка включає антигістамінні, седативні, вітамінні препарати, розчини електролітів, повністю не ліквідує порушення в центральній нервовій та вегетативній нервовій системі, симпато-адреналовій та серотонін-мелатоніновій системі, міжтравної моторики шлунку, тому не достатньо ефективна. Включення до комплексу терапевтичних заходів електросну з електрофорезом натрю броміда препаратів по корекції психоемоційного стану (магне В6, сульпірид, міртазапін), моторики шлунку (но-шпа, папаверина гідрохлорид, новокаїн, метоклопромід) ефективно коригує психоемоційний стан, моторику шлунку, припиняє блювоту, що скорочує термін лікування та частоту рецидиву захворювання, покращує перебіг вагітності, зменшує кількість ускладнень та оперетивних втручань під час пологів. Все це дає підстави для впровадження запропонованої терапії.   **Практичні рекомендації**   1. В жіночій консультації при постановці на диспансерний облік доцільно проводити скринінг-обстеження вагітних за тестом Ч. Спілберга для виявлення високотривожних суб’єктів і формування групи підвищеного ризику по виникненню тяжкого ступеня блювоти вагітних. Для визначення характеру моторних порушень шлунку з метою подальшої індивідуальної корекції та контролю ефективності, використовувати неінвазивний метод електрогастрографії. 2. Для прогнозування перебігу блювоти вагітних визначається співвідношення мелатонін/серотонін. Коефіцієнт менший за 0,4 вказує на легкий перебіг захворювання, менший 0,3 – середній ступінь, менший 0,2 – тяжкий ступінь блювоти вагітних. У разі блювоти вагітних легкого та середнього ступеня тяжкості лікування можна проводити в умовах жіночої консультації. Терапію тяжкого ступеня блювоти вагітних – тільки в умовах стаціонару. 3. Хворим на блювоту вагітних, додатково до базисної терапії (лікувально-охоронний режим, усунення гіповолемії, корекція водно–електролітного балансу та кислотно-лужного середовища, нормалізація обміну речовин, десенсибілізуюча та вітамінна терапія) доцільно призначати корекцію психоемоційгних порушень. Низький рівень тривоги – електросон з електрофорезом натрію броміду 5*%*, магне В6 по 2 таб. 2-3 рази на добу. Помірна тривожність – сульпірид по 100 мг на добу внутрішньовенно, або орально, високий рівень тривоги – міртазапін по 7,5 мг на ніч в середину. Гіпермоторну дисфункціюї шлунку коригувати електрофорезом новокаїну 2*%* на епігастральну ділянку, спазмолітичними препаратами (но-шпа по 20 мг 3-4 рази на добу, папаверина гідрохлорид 40 мг 3-4 рази на добу). У випадку гіпомоторної дисфукції шлунку призначати прокінетик метоклопромід по 20 мг двічі на день. | |