**Тучкіна Ірина Олексіївна. Етапна реабілітація підлітків з гінекологічними захворюваннями та юних вагітних з екстрагенітальною патологією : дис... д-ра мед. наук: 14.01.01 / Харківський держ. медичний ун-т. — Х., 2007. — 348арк. — Бібліогр.: арк. 300-348.**

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

|  |
| --- |
| Тучкіна І.О. Етапна реабілітація підлітків з гінекологічними захворюваннями та юних вагітних з екстрагенітальною патологією. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Харківський державний медичний університет МОЗ України, Харків, 2007.Робота присвячена підвищенню рівня репродуктивного здоров’я підлітків з акушерсько-гінекологічною патологією при наявності екстрагенітальних захворювань, шляхом розробки і впровадження комплексної етапної реабілітації на підставі сучасних технологій діагностики з визначенням патогенетичних механізмів її формування. За допомогою клініко-лабораторних, біохімічних, генетичних, імуноферментних, імуноморфологічних, променевих (рентгенографічних, ультразвукових, в тому числі доплерометричних, томографічних) методів досліджень дано комплексну оцінку перебігу пубертату при наявності вагітності і гінекологічних порушень у 520 дівчат-підлітків. Встановлено, що у 89,9 % вагітних і 91,9% гінекологічних хворих, які потребують акушерсько-гінекологічної допомоги, спостерігається екстрагенітальна патологія, що поглиблює акушерські ускладнення та порушення статевого розвитку і менструальної функції. На підставі аналізу одержаних результатів визначено патогенетичну роль гормональних, генетичних, біохімічних, доплерографічних змін в розвитку ускладнень вагітності і пологів та формуванні гінекологічних розладів у підлітків. Створено алгоритми діагностики патології пубертату у гінекологічних хворих та прогнозу акушерських ускладнень у юних вагітних. Розроблено і впроваджено комплексну етапну систему реабілітації, яка включає у лікувальні схеми природні та преформовані фізичні фактори для санаторно-курортного та позакурортного використання, що нормалізує функції статевої системи і стан соматичного здоров’я. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертаційній роботі проведено наукове обґрунтування та теоретичне узагальнення нового вирішення проблеми розвитку механізмів дизадаптації підліткового організму у пубертаті при гінекологічних порушеннях і вагітності на тлі екстрагенітальної патології, клініко-параклінічних особливостей їх перебігу із створенням алгоритмів діагностики та прогнозу. Оптимізовано спеціалізовану допомогу шляхом розробки і застосування нової системи комплексної етапної реабілітації дівчат-підлітків та юних жінок для збереження їх репродуктивного здоров’я.1. У формуванні патологічного перебігу пубертату і акушерських ускладнень у підлітків значну роль відіграє ЕП, яка виявляється у 91,9% хворих з ПСР і ПМФ та у 89,9% юних вагітних. Дизадаптація організму підлітка в процесі пубертатогенезу детермінована комплексом взаємодії ендо- і екзогенних факторів: спадкових, преморбідних, соматичних, нейрогуморальних, що обумовлює розвиток і відповідні клінічні прояви акушерсько-гінекологічної патології.2. Для 70% підлітків вагітність є незапланованою і небажаною, у 94,3% виникає на несприятливому соціальному тлі: 57,6% - із малозабезпечених, 31,9% – з неповних, 4,8% – асоціальних родин, при наявності шкідливих звичок (19,5%), як наслідок раннього статевого дебюту, проміскуїтету та низької санітарної культури, поза шлюбом, при порушенні у 82,3% з них психоемоційного стану (вірогідно частіше на тлі ЕП), що обумовлює запізнілий і непостійний лікарняний нагляд.3. Ускладнення вагітності в неповнолітніх з ЕП виявляються у 88,8% (проти 45% у соматично здорових юних вагітних), виникають на фоні обтяженої спадковості з порушень РС (75%), обтяженого гінекологічного анамнезу (44,7%), несприятливого преморбідного тла (38,2%), характеризуються високою частотою ЗДА (86,4%), НВ (63,9%), ПН (47,6%), ранніх ГВ і прееклампсії (42,9%), клінічна симптоматика яких проявляється раніше, а маніфестація тяжкого стану формується скоріше, ніж у жінок фертильного віку.4. У неповнолітніх вагітних з ЕП відхилення у стані ФПК проявляються зниженням БПП (75%), зміненнями матково-плацентарно-плодової гемодинаміки (77,4%), вираженими порушеннями гормонального гомеостазу. Характерні знижені рівні Е3 (31,5±0,7) у II і (48,5±0,6) у III триместрах, Е2 (42,5±0,5) у III триместрі, ПРГ (110,9±12,4) у II та (279,4±24,6) нмоль/л у III триместрах відповідно, ПРЛ – на протязі всієї вагітності, ПЛ - у 47,8%. Підвищені рівні К (650,64±48,1 нмоль/л) та ПЛ у 32,2% у II триместрі, їх зв’язок (r = 0,55), кореляція підвищеного рівня ПЛ із масою новонароджених (r=0,74), є результатом активації наднирок плода і метаболічних процесів у плаценті, як адаптаційно-компенсаторної реакції, направленої на пролонгацію вагітності. Значне зниження вмісту ПЛ характерно для підлітків із ХГП, НВ, ЗДА, що перенесли ГРВІ під час вагітності.5. Пологи у юних з ЕП ускладнюються у 86,5%: ГП у 28,9%, несвоєчасне вилиття навколоплідних вод у 27,5%, слабкість пологової діяльності у 24,16%, акушерське травмування у 45,6%. Характерні висока частота оперативного родорозродження (16,8%) та передчасних пологів (10,7%), субінволюція матки у післяпологовому періоді (44,3%), асфіксія (43,7%) та СЗРП (15,9%) у дітей.6. Морфофункціональні особливості плацент у 88,1% юних жінок з ЕП проявляються інволютивно-дистрофічними і склеротичними процесами, що компенсується гіперплазією, прискореним дозріванням термінальних ворсин і змінами плацентарної гемодинаміки, які посилюються при ускладненнях вагітності і переважають при патології ССС. У 30% випадків при пізніх ГВ, ВУІ на тлі патології органів дихання і сечовидільної системи встановлено інфікування плаценти. При ЗДА, ПН, НВ розвивається її функціональна недостатність, що свідчить про зрив місцевих компенсаторних механізмів і несприятливо позначається на плині вагітності і стані плоду.7. Розроблені алгоритми виникнення акушерських ускладнень і діагностики гінекологічної патології в пубертаті дозволяють запропонованій системі індивідуально виявляти формування несприятливого акушерського прогнозу та різних форм гінекологічних розладів в підлітковому віці. Оптимальним є обстеження із визначенням гормонального профілю, генетичного полу, ЯМР і КТ, ехографічних та доплерометричних маркерів, проведення диференціально-діагностичних проб. Застосовані критерії ефективності лікування гінекологічних хворих дотримують принципів наступності з урахуванням характеру патології на кожному етапі для підвищення інформативності їх використання.8. У підлітків при ПСР і ПМФ на тлі ЕП виражена дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної системи залежить від характеру реалізації спадкової детермінації і соматичного стану організму, що обумовлює відповідну клінічну картину та проявляється дискореляцією продукції ЛГ і ФСГ (80% при АМ, 86% при ПМК, 90% при ЗСР та 100% при ДГ), порушеннями лакто- і тіреотропної функції гіпофізу, продукції і метаболізму стероїдних гормонів (гіпоестрогенія при ЗСР, ДГ, АМ; гіпо-, нормо- та гіперестрогенія при ПМК, ДМ, зниження ПРГ та зміни К і Т при змінах ендогенних нейрогуморальних взаємовідносин).9. Для дівчат з ПСР і ПМФ характерно порушення вмісту лептину в крові. Рівень гормону залежить від особливостей гінекологічних розладів і гормонального дисбалансу, а не від віку, як у здорових дівчат: вищий визначається при ДГ (29,5±0,3), нижчий - при ЗСР (1,21±0,02) мкг/л. Концентрація Л тісно корилює з ІМТ (r=0,98 при ЗСР; r=0,91 при ДГ; r=0,68 при ПМК) та з Е2 (при ЗСР r=0,64; при АМ r=0,71; при ПМК r=0,76; при ДГ r=-0,58). МФ як маніфестна у пубертатогенезі, певною мірою пов’язана із вмістом Л і його взаємовідносинами з естрогенами, що є важливою ланкою в патогенезі патології періоду статевого дозрівання.10. Візуалізація судин внутрішніх статевих органів найвища при ПМК та ДМ (86-92%). Особливості Д показників у підлітків залежать від характеру гінекологічної патології та гормонального профілю: високі ПІ та ІР при ЗСР (2,2±0,05; 0,89±0,01) та ДГ (3,4±0,05; 0,96±0,02); пов’язані із гіпоестрогенією та гіпергонадотропінемією, що підтверджується кореляцією між Е2та ПІ (r=-0,70); Е2 та ІР (r=-0,74); ЛГ та ІР (r=0,62); ФСГ та ІР (r=0,69;). Зниження ПІ та ІР при ПМК визначені на фоні дисбалансу Е2 і ПРГ; високі ПІ і ІР при ДМ (3,2±0,04; 0,88±0,02) обумовлені ідіопатичною простагландинемією.11. У вагітних і гінекологічних хворих підлітків з ЕП доцільно застосування етапної системи реабілітації, що нормалізує функції статевої системи і стан соматичного здоров’я. Реабілітація юних вагітних ефективна у 84%, у гінекологічних хворих із санаторно-курортним етапом - у 96,9% випадків, при застосуванні нових фізіотерапевтичних та фармакологічних методик у позакурортних умовах – у 84,6-86%, в залежності від характеру патології. Клінічна ефективність супроводжується нормалізацією гормональних показників, що доказує її патогенетичну доцільність. Введення розробленої системи в якості четвертого ступеня до спеціалізованої акушерсько-гінекологічної допомоги підліткам сприяє її вдосконаленню на якісно новому рівні. |

 |