**Литвинова Олена Валеріївна. Корекція відновних процесів у породіль з прееклампсією після кесаревого розтину з урахуванням реактивності організму : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Донецький держ. медичний ун-т ім. М.Горького; НДІ медичних проблем сім'ї. - Донецьк, 2006.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Литвинова О.В. Корекція відновних процесів у породіль з прееклампсією після кесаревого розтину з урахуванням реактивності організму. – Рукопис.**  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, Донецьк, 2006 р.  Дисертація присвячена вивченню особливостей перебігу прееклампсії (ПЕ) вагітних залежно від неспецифічної резистентності їх організму, впливу початкового стану вагітних на вираженість стресової реакції після кесаревого розтину (КР) і особливостей перебігу відновних процесів в післяопераційному періоді, механізмів дії низькоінтенсивного лазерного випромінювання (НІЛВ) для його диференційованого призначення в комплексній реабілітації у породіль з ПЕ. Виділені особливості перебігу ПЕ при вагітності та після КР при гіпо- й гіперергічній реактивності організму за показниками вагосимпатичного балансу та вмісту стрес-індукувальних і стрес-лімітувальних гормонів.  In vitroвиявлена спрямованість дії НІЛВ на кров з метою визначення показань для призначення даного методу породіллям з ПЕ. Адаптогенна та біостимулювальна дія НІЛВ диктує необхідність його використання на фоні зниженої реактивності організму роділь з ПЕ. Диференційований підхід до призначення НІЛВ дозволив підвищити ефективність реабілітаційних заходів у роділь з ПЕ після КР. Нормалізація індексів рівноваги служила критерієм ефективності реабілітації. | |
| |  | | --- | | У дисертації приведене розв`язання актуальної задачі акушерства – підвищення ефективності реабілітації породіль з ПЕ після кесаревого розтину. На підставі комплексного вивчення стану адаптаційних систем пацієнток з ПЕ залежно від типу реактивності їх організму вдосконалена схема післяопераційної реабілітації шляхом диференційованого включення низькоінтенсивного лазерного випромінювання, що сприяло поліпшенню клінічних та біохімічних показників відновних процесів у породіль із зниженою реактивністю організму.   1. Встановлено, що ПЕ розвивається у 18-20% вагітних та супроводжується функціональною поліорганною недостатністю з формуванням дизадаптаційного синдрому. У 20-25% випадків спостерігається тяжкий перебіг ПЕ, що не піддається медикаментозній корекції та вимагає необхідності оперативного розродження. Додатковим інформативним показанням до проведення кесаревого розтину при ПЕможе служити різке падіння або зростання ПН4 сироватки крові при різних типах реактивності організму вагітних. Кесаревий розтин є додатковим стресовим чинником, який посилює дизадаптацію організму в післяопераційному періоді. Все це потребує необхідності удосконалення комплексної схеми реабілітації породіль з ПЕ після кесаревого розтину з урахуванням реактивності організму. 2. ПЕ на фоні гіпоергічного типу реактивності організму вагітних відрізняється клінічним превалюванням набряків (генералізовані набряки у 100% вагітних з тяжкою ПЕ, р<0,05) і гіпертензивного синдрому з високим тиском (165,7±1,5/ 128,5±4,7 мм рт. ст., р<0,05) особливо - діастоли, в основі яких лежить гормональний дисбаланс з переважною секрецією стрес-лімітувальних гормонів (ІГБ - 0,89±0,01, р<0,05); значне переважання парасимпатичної нервової системи (ІВСР - 0,82±0,01, р<0,05); зниження в'язкості та колоїдно-осмолярних властивостей крові, гіперволемія із зниженням показників статичного поверхневого натягу (ПН4) сироватки крові в порівнянні з фізіологічною вагітністю на 6% (р<0,05); інтенсифікація перекисного окислення ліпідів при зниженій активності антиоксидантної системи з підвищенням ІРОС в 1,4 рази (р<0,05); порушенням співвідношення біогенних амінів у бік серотоніну (ІРБА – 0,785±0,004, р<0,05); підвищенням рівня ендогенної інтоксикації із збільшенням коефіцієнтів ароматичного (у 1,68 рази, р<0,05) і пептидно-нуклеотидного (у 1,4 рази, р<0,05). 3. Характерними особливостями перебігу ПЕ у вагітних з гіперергічним типом реактивності організму є гіпертензія з вираженим систолічним тиском (196,9±7,9/104,2±1,1 мм рт. ст., р<0,05), високий рівень протеїнурії (9,798±0,052 г/л, р<0,05), які розвиваються на фоні гормонального дисбалансу із збільшенням продукції стрес-індукувальних гормонів (ІГБ - 1,7±0,01, р<0,05); переважання активності симпатичної нервової системи (ІВСР - 1,78±0,02, р<0,05); підвищення в'язкості та колоїдно-осмолярних властивостей крові, гіповолемії із збільшенням поверхневого натягу (ПН4) на 7,5% (р<0,05) в порівнянні з фізіологічною вагітністю; надмірно висока інтенсифікація перекисного окислення ліпідів на фоні пониженої активності антиокислювальної системи з підвищенням ІРОС в 1,61 рази (р<0,05); зрушенням співвідношення біогенних амінів у бік значного підвищення рівня гістаміну (ІРБА – 1,607±0,031, р<0,05); вираженою ендогенною інтоксикацією із збільшенням коефіцієнтів ароматичного (у 1,91 рази, р<0,05) і пептидно-нуклеотидного (у 1,67 рази, р<0,05). 4. Відновні процеси у породіль з ПЕ після кесаревого розтину носять затяжний та ускладнений характер. Десинхронізована і неадекватна адаптивна реакція на операційний стрес у пацієнток з гіпореактивністю організму клінічно виявляється подовженням періоду нормалізації діастолічного артеріального тиску та зникнення набряків, затяжною субінволюцією матки, депресивними явищами, а у жінок з гіперреактивністю – подовженням періоду нормалізації систолічного артеріального тиску, тривалою протеїнурією, вираженим гіпертермічним синдромом, підвищеною емоційною лабільністю. Повної нормалізації біохімічних показників гомеостазу не відбувається, що вказує на недостатню ефективність проведеної традиційної реабілітації. 5. Дія низькоінтенсивного лазерного випромінювання інфрачервоного діапазону in vitro на кров породіль з ПЕ викликає істотніше в порівнянні з кров'ю здорових пацієнток підвищення статичного поверхневого натягу сироватки крові, інтенсифікацію перекисного окислення ліпідів із незначним підвищенням активності антиоксидантної системи, збільшення викиду біогенних амінів із зсувом їх співвідношення у бік серотоніну, що обґрунтовує можливість використання біостимулювального впливу лазеротерапії у роділь з ПЕ на фоні гіпореактивності організму з уповільненими адаптивними і репаративними процесами тавиключає її використання при гіперреактивності організму пацієнток. 6. Застосування вдосконаленої схеми комплексної реабілітації у породіль з ПЕ на фоні зниженої реактивності організму приводить до скорочення термінів перебування в стаціонарі в 1,23 рази (р<0,05), за рахунок скорочення періоду нормалізації діастолічного артеріального тиску в 1,61 рази (р<0,05), періоду зникнення набряків в 1,66 рази (р<0,05), зменшення кількості випадків субінволюції матки на 33,3% (р<0,05), поліпшення перебігу відновних процесів в результаті корекції балансу стрес-індукувальних і стрес-лімітувальних гормонів (первинне підвищення ІГБ в 1,12 рази, р<0,05, з подальшим зменшенням до 7-8-ї доби в 1,23 рази, р<0,05), симпатичної і парасимпатичної нервової системи (підвищення ІВСР в 1,33 рази, р<0,05, із зменшенням в 1,28 рази, р<0,05); підвищення в'язкості та колоїдно-осмолярних властивостей крові із збільшенням показника поверхневого натягу (ПН4) сироватки крові до кінця терміну спостереження на 3,2% (р<0,05); інтенсифікації перекисного окислення ліпідів з підвищенням активності антиокислювальної системи (зменшення ІРОС в 1,87 рази, р<0,05); встановлення балансу біогенних амінів (зменшення ІРБА в 2,1 рази, р<0,05); зниження рівня ендогенної інтоксикації із зменшенням коефіцієнтів ароматичного (у 2,18 рази, р<0,05) і пептидно-нуклеотидного (у 1,74 рази, р<0,05), що приводило до нормалізації біохімічних параметрів гомеостазу та служило критерієм ефективності реабілітації породіль. | |