**Шевченко Олександр Анатолійович. Диференційована інтенсивна терапія прееклампсії з урахуванням змін вегетативного тонусу вагітних : Дис... канд. мед. наук: 14.01.30 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. — К., 2003. — 171арк. — Бібліогр.: арк. 127-148**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Шевченко О.А. Диференційована інтенсивна терапія прееклампсії з урахуванням змін вегетативного тонусу вагітних.- Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.30 – анестезіологія та інтенсивна терапія.- Київська медична академія післядипломної освіти ім..П.Л.Шупика МОЗ України, Київ, 2003.  Дисертація присвячена вивченню патогенетичних механізмів розвитку прееклампсії, обґрунтуванню та впровадженню до практичної медицини нового підходу до діагностики та лікування прееклампсії з урахуванням змін вегетативного тонусу вагітних. Науково обґрунтована і розроблена методика аміназинового тесту. Визначені стадії розвитку прееклампсії(компенсована, декомпенсована). Вперше встановлені зміни об’єму внутрішньосудинної рідини (плазма) у разі застосування розчинів для інфузій для попередження наростання набряків та дефіциту ОЦК. В роботі визначено, що у випадку тяжкої прееклампсії розвиток гіпоосмотичних станів відображає прогресування набрякового синдрому і супроводжується зменшенням концентрації антидіуретичного гормону в плазмі. Визначені концентрації антидіуретичного гормону при різних ступенях тяжкості прееклампсії, що необхідно враховувати в лікуванні. Впровадження розробленої методики дозволило уникнути розвиток тяжких форм прееклампсії і поліпшити підготовку жінок до розродження. | |
| |  | | --- | | У дисертації запропоновано нове вирішення наукового завдання щодо підвищення ефективності лікування прееклампсії з попередженням розвитку її ускладнених форм на підставі розробки патогенетично обумовленого підходу до діагностики ступеня її тяжкості та інтенсивної терапії.  1. У разі позитивного аміназинового тесту діагностують компенсовану стадію прееклампсії зі збереженням вегетативного впливу на судинне русло з відповідністю ОЦК до ємкості судин, у разі негативного – декомпенсовану стадію, що свідчить про розлади вегетативної реактивності й виявляє часткову втрату вегетативного впливу на приведення у відповідність ОЦК до ємкості судин.  2. Характеристики аміназинового тесту мають зв'язок зі ступенем клініко-неврологічних проявів прееклампсії та патологічною спрямованістю вегетативних рефлексів у разі негативного аміназинового тесту.  3. Аміназиновий тест з подальшим внутрішньовенним титрованим введенням аміназину необхідно використовувати при лікуванні прееклампсії з метою діагностики та забезпечення вегетокоригуючого ефекту, як важливого компоненту інтенсивної терапії.  4. У разі тяжкої прееклампсії відбувається формування гіпоосмотичних станів зі зменшенням осмотичного тиску плазми та сечі, наростанням набряків, що потребує відповідної корекції з приведенням до нормоосмотичного стану.  5. Використання розробленої методики інфузійної терапії з урахуванням осмотичного стану плазми крові і осмолярності інфузійних розчинів дозволяє визначити склад, кількість інфузійних розчинів і послідовність їхнього введення, й забезпечити профілактику ускладнень інфузійної терапії.  6. Клінічна ефективність розробленої методики інтенсивної терапії прееклампсії підтверджується попередженням розвитку її ускладненого перебігу, скороченням термінів лікування (в основній групі – 11,1±0,9 днів, в контрольній – 15,56±1,04 днів), зменшенням кількості оперативного родозавершення і збільшенням кількості самостійних пологів. | |