**Горбунова Ольга Володимирівна. Патологія репродуктивної системи у жінок з оперованою маткою : дис... д-ра мед. наук: 14.01.01 / Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України. — К., 2006. — 257арк. — Бібліогр.: арк. 227-257.**

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

|  |
| --- |
| **Горбунова О.В. Патологія репродуктивної системи у жінок з оперованою маткою.** – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. – Київ, 2007.Дисертація присвячена особливостям репродуктивної функції жінок з рубцем на матці різної етіології, а також можливостям зниження гінекологічної захворюваності, акушерської та перинатальної патології. Метою роботи є зниження частоти та ступеня прояву патології репродуктивної системи, акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з оперованою маткою на підставі вивчення клініко-функціональних, морфологічних, ендокринних і мікробіологічних аспектів, а також розробка та впровадження алгоритму прогностичних і лікувально-профілактичних заходів. Встановлено, що основними клінічними симптомами патології репродуктивної системи у жінок після кесарева розтину є больовий синдром, порушення менструального циклу, диспаревнія, зниження сексуальної активності, порушення мікробіоценозу статевих шляхів і нейроендокринна симптоматика. При цьому частота основних клінічних проявів зростає впродовж2 років після розродження. З’ясовано ехографічні особливості стану органів малого таза, щитовидної та молочних залоз, ендокринного статусу і мікробіоценозу статевих шляхів у жінок з оперованою маткою. Встановлено взаємозв’язок між клінічними, ехографічними, ендокринними і мікробіологічними особливостями у жінок, які розроджені абдомінальним шляхом та перенесли консервативну міомектомію. Вивчено аспекти клінічного перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину і консервативної міомектомії. З’ясовано особливості формування та функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з оперованою маткою. Розроблено та впроваджено алгоритм прогностичних та лікувально-профілактичних заходів у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину і консервативної міомектомії з метою зниження частоти патології репродуктивної системи та поліпшення перинатальних наслідків розродження. |

 |
|

|  |
| --- |
| В дисертації наведено дані та нове вирішення наукової проблеми сучасного акушерства та гінекології – патології репродуктивної системи у жінок з оперованою маткою на підставі вивчення клініко-функціональних, морфологічних, ендокринних і мікробіологічних аспектів, а також розробки і впровадження алгоритму прогностичних і лікувально-профілактичних заходів.1. У жінок після операцій на матці мають місце порушення в репродуктивній системі, такі, як порушення менструального циклу (30,0%), хронічні запальні процеси геніталій (30,0%), аденоміоз (10,0%) та гіперпластичні процеси ендометрія (6,7%).2. Кесарів розтин є фактором ризику розвитку патології репродуктивної системи у кожної третьої жінки.3. Основними клінічними симптомами патології репродуктивної системи у жінок після кесарева розтину є больовий синдром, порушення менструального циклу, диспаревнія, зниження сексуальної активності, порушення мікробіоценозу статевих шляхів і нейроендокринна симптоматика. При цьому частота основних клінічних проявів зростає впродовж 2 років після розродження: через 3 місяці – 1,8 на одну пацієнтку, через 6 місяців – 2,4, через 12 місяців – 3,2 і після 24 місяців – 4,1 на одну пацієнтку.4. Основні зміни гомеостазу у пацієнток після кесарева розтину характеризуються порушеннями ендокринного статусу (збільшення вмісту Е, ЛГ, ФСГ і К); імунологічного (зниження рівня СD3+; СD4+; СD16+ і СD20+ за одночасного збільшення числа СD8+ і СD23+) та мікробіологічного (зниження числа *Lactobacillus spp.*і*Bifidobacterium spp.* за одночасного збільшення числа*E. coli; Enterococcus spp., S. aureus,* а також поява *Bacteroides spp., Peptococcus spp.*і*Peptostreptococcus spp*.).5. Віддалені наслідки консервативної міомектомії характеризуються високою частотою рецидиву (20,0%) на фоні збереженої клінічної симптоматики: нейроендокринні прояви (46,7%), хронічний тазовий біль (36,7%), дисменорея (20,0%), диспаревнія (16,7%).6. Висока частота рецидиву лейоміоми матки після ендоскопічного лікування зумовлена збереженням ендокринних (збільшення вмісту Е, ЛГ і ФСГ) та імунологічних порушень (зниження числа СD3+ і СD4+ на фоні одночасного збільшення СD8+) впродовж 2 років після проведеної операції.7. Вагітність у жінок з рубцем на матці характеризується високою частотою плацентарної недостатності (57,5%); гестаційної анемії (50,0%) і загрози переривання вагітності (17,5%). В структурі плацентарної недостатності переважає хронічна гіпоксія плода (52,5%) порівняно зі зміною об'єму навколоплодових вод (37,5%) і ЗВУР плода за асиметричним варіантом (20,0%). Розвиток плацентарної недостатності у жінок з рубцем на матці починається з 28 тижнів (зниження вмісту ЕС, ХГ, ПЛ, SP1 на фоні одночасного збільшення рівня РР12 і РР14); в 32-33 тижні відбуваються ехографічні, біометричні та допплєрометричні зміни, що зберігаються до розродження.8. Перинатальні результати розродження жінок з рубцем на матці характеризуються високою частотою асфіксії новонароджених легкого (20,0%) і середньотяжкого ступенів (17,5%), а також постгіпоксичної енцефалопатії (25,0%).9. Частота післяопераційних ускладнень у жінок з рубцем на матці складає 25,0%: ранової інфекції – 15,0%, порушень контрактильної активності матки – 12,5% і ендометриту – 7,5%.10. Використання запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту патології репродуктивної системи і поліпшити результати розродження:після кесарева розтину знизити частоту порушень менструального циклу в 1,8 разу і хронічних запальних процесів – в 2,3 разу, а також запобігти розвитку гіперпластичних процесів ендометрія, аденоміозу і гнійно-запальних процесів матки і придатків;після консервативної міомектомії зменшити частоту рецидиву в 3 рази;під час вагітності та розродження знизити частоту плацентарної недостатності в 1,9 разу; ЗВУР плода – в 1,7, асфіксії новонароджених – в 2,5, ранової інфекції – в 3, порушень контрактильної активності матки – в 2,5 і ендометриту – в 2,5 разу. |

 |