**Гончарук Світлана Миколаївна. Профілактика прееклампсії в жінок із неспецифічною патологією легень: Дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2002. - 174арк. - Бібліогр.: арк. 161-174**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Гончарук С.М.  Профілактика прееклампсії в жінок з неспецифічною патологією легень.  Рукопис. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.  Спеціальність 14.01.01 – акушерство та гінекологія.  Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України.  Київ, 2002.  Вивчено особливості клінічного перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених в жінок з неспецифічною патологією легень. Показана роль хронічного обструктивного бронхіту та бронхіальної астми в розвитку прееклампсії. Вивчено причини, структура та терміни розвитку основних акушерських та перинатальних ускладнень в жінок цієї групи. Розроблені та впроваджені практичні рекомендації щодо зниження частоти та ступеня тяжкості прееклампсії в жінок з неспецифічною патологією легень на підставі використання медикаментозної корекції та фізичних факторів впливу. | |
| |  | | --- | | В дисертації зроблено теоретичне узагальнення і запропоновано нове вирішення наукового завдання щодо зниження частоти прееклампсії та фетоплацентарної недостатності у вагітних з неспецифічними захворюваннями легень шляхом вивчення особливостей зовнішнього подиху, показників гемостазу, токсичності крові, стану фетоплацентарного комплексу та удосконалення методів профілактики.   1. В структурі хронічних неспецифічних захворювань легень у вагітних жінок переважають хронічний бронхіт (55,2%) порівняно з бронхіальною астмою (26,6%) та бронхоектатичною хворобою (18,2%). 2. Жінки з хронічним бронхітом складають групу високого ризику (36,0%) щодо розвитку прееклампсії із перевагою артеріальної гіпертензії (78,0%), що розвивається з 28 тижнів вагітності після попереднього загострення основної соматичної патології. Після 31 тижнів приєднується гестаційна анемія і після 33 тижнів - порушення в системі мати-плацента-плід. 3. При хронічному бронхіті поряд з цим спостерігаються фетоплацентарна недостатність (40,0%); аномалії пологової діяльності (32,0%) і дистрес плода (30,0%). 4. Функціональний стан зовнішнього подиху у вагітних із хронічним бронхітом характеризується після 20-21 тижнів вагітності і до розродження достовірним зниженням життєвої ємності легень, обсягу форсованого видиху за першу секунду, пікової і максимальної об'ємної швидкості видиху. Встановлені порушення вентиляційно-перфузійних взаємовідносин у легенях можуть бути однією з причин розвитку мікроциркуляторних порушень гіпоксичного генезу і призводять до появи клінічної симптоматики прееклампсії із перевагою артеріальної гіпертензії. 5. Стан гемостазу у вагітних жінок із хронічним бронхітом характеризується в 20-21 тиж. достовірним зниженням кількості тромбоцитів; збільшенням їх спонтанної агрегації при одночасному зниженні агрегації тромбоцитів із рістоміцином, з АДФ і тромбіном; достовірним збільшенням протромбінового індексу, укороченням активованого часткового тромбопластинового часу і різкого збільшення етанолового і протамінсульфатного тестів. В 29-30 тиж. додатково до цього відбувається зменшення вмісту антитромбіну ІІІ при одночасному підвищенні кількості фібриногену. Встановлені порушення гемостазу свідчать про одночасну активацію тромбоцитарної і прокоагулянтної ланок, що можна трактувати як хронічний синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання на фоні якого підвищений ризик розвитку прееклампсії. 6. Гестаційний процес в жінок із хронічним бронхітом протікає на фоні збільшення токсичних властивостей крові, про що наочно свідчить вже в 20-21 тиж. достовірне збільшення показника середніх молекул і лейкоцитарного індексу інтоксикації, а напередодні розродження ступінь токсичності стає на порядок вище, про що наочно свідчить зниження коефіцієнта достовірності з 0,05 до 0,01. Виявлене чітке збільшення токсичних властивостей крові є одним із пояснень високого ризику розвитку акушерської і перинатальної патології в жінок даної групи. 7. З метою зниження частоти прееклампсії і зниження фетоплацентарної недостатності розроблений метод профілактики – хофітол та поляризоване світло низької енергії. 8. Внаслідок використання розробленого методу профілактики мали місце поліпшення показників функції зовнішнього подиху (збільшення ЖЄЛ на 9,4%; МОШ 25 на 9,7% і ПОШ на 11,3%); нормалізація основних показників системного гемостазу (збільшення вмісту тромбоцитів; показника їх агрегації з рістоміцином, АДФ і тромбіном, а також вмісту АТ ІІІ і значення АЧТЧ на фоні одночасного зниження спонтанної агрегації тромбоцитів, ПІ, вмісту фібриногену і різкого зменшення етанолового і протамінсульфатного тестів); зниження виразності ендотоксикозу (зменшення рівня СМ і ЛІІ); нормалізація функціонального стану фетоплацентарного комплексу (збільшення основних біометричних розмірів плода, збільшення вмісту естріолу при одночасному зниженні рівня кортизолу). 9. Розроблена лікувально-профілактична методика дозволила знизити частоту загострень легеневої патології і респіраторної вірусної інфекції у жінок в 2,5 разу, а також знизити частоту прееклампсії у 2,2 разу; аномалій пологової діяльності в 2,7 разу, дистреса плода в 3 рази; кесаревих розтинів у 2,4 разу; асфіксії новонароджених у 3,3 разу; постгіпоксичної енцефалопатії в 4,0 рази і попередити перинатальні втрати. | |