**Громанчук Світлана Петрівна. Репродуктивна функція, перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду в жінок з дефіцитом маси тіла екзогенного генезу : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Одеський держ. медичний ун-т. - О., 2005. Грунтовський Андрій Геннадійович. Діагностика та хірургічне лікування стенозувального диспластичного спондилолістезу : дис... канд. мед. наук: 14.01.21 / Інститут патології хребта та суглобів ім. М.І.Ситенка АМН України. - Х., 2005.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Громанчук С.П. Репродуктивна функція, перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду в жінок з дефіцитом маси тіла екзогенного генезу.**- Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.01 - акушерство і гінекологія, - Одеський державний медичний університет МОЗ України, Одеса, 2005.  Обстежені жінки, які мають ДМТ, поза та під час вагітності. Встановлено зниження рівня гіпофізарних і яєчникових гормонів та підвищення рівня кортизолу, яке прогресує зі ступенем ДМТ. Перебіг вагітності у жінок з ДМТ характеризується збільшенням частоти невиношування вагітності, гестозів 1-ї і 2-ї половини вагітності, анемії і порушенням фетоплацентарного комплексу. Пологи при ДМТ супроводжуються збільшенням частоти несвоєчасного відходження навколоплідних вод, аномалій пологової діяльності, кровотеч в послідовому і ранньому післяпологовому періоді, травматизма в пологах, гіпогалактії, знижується маса, довжина тіла та оцінка за шкалою Апгар у новонароджених, зростає частота порушень мозкового кровообігу.  Запропоновано лікування, як превентивна терапія під час планування вагітності: зниження фізичних навантажень, підвищення загальної калорійності раціону, додатково харчові суміші, застосування ферментів, седативних засобів, полівітамінотерапія з мікроелементами протягом місяця трьома курсами з перервою 25-30 днів до планованої вагітності. У результаті лікування поліпшується гормональний фон і зменшується кількість ускладнень під час вагітності, пологів і післяпологового періоду, як з боку матері так і новонародженого. | |
| |  | | --- | | В дисертації зроблено теоретичне обґрунтування і запропоноване нове вирішення актуальної задачі сучасного акушерства — удосконалення і підвищення ефективності профілактики ускладнень під час вагітності і пологів у жінок з ДМТ шляхом превентивного лікування під час планування вагітності на підставі виявлених деяких ланок етіопатогенетичних механізмів розвитку синдрому ДМТ з метою корекції гормонального статусу жінки і поліпшення перинатальних наслідків.  1. Жінкам із ДМТ екзогенного генезу властива висока екстрагенітальна захворюваність (анемії, ГРЗ, хвороби нирок) на фоні високої загальногінекологічної захворюваності (запальні захворювання, пухлини і передопухлинні захворювання, порушення оваріально-менструальної функції, безплідність), високої акушерської патології (спонтанні аборти, передчасні пологи, мертвонароджуваність, рання неонатальна смертність, зниження фертильності).  2. При ДМТ екзогенного генезу має місце порушення гормонального балансу (зниження Е2, П, ФСГ, ЛГ і підвищення К), причому, чим більш високий ступінь ДМТ, тим більш глибокі і значні порушення балансу. У залежності від етіопатогенетичного генезу найбільш значними є тривала психоемоційна напруга і недостатнє харчування в кількісному і якісному відношенні, в той час як тривалі фізичні перевантаження і ведення нездорового способу життя є більш м'якими схильними причинами, що викликають зміни гомеостазу при ДМТ різних ступенів.  3. Частота і характер ускладнень під час вагітності залежать від ступеня ДМТ. У разі ДМТ 1-2 ступенів в залежності від тяжкості синдрому йде збільшення частоти зустрічаємості невиношування (загроза переривання вагітності, мимовільні аборти, передчасні пологи). При цьому в групі «недостатнє харчування» і «психоемоційна напруга» відзначається також зростання частоти гестозів 1-ї і 2-ї половини вагітності, що говорить про порушення адаптації у цього контингенту вагітних, при порушенні функціонування фетоплацентарного комплексу (зростання частоти СЗРП, хронічної гіпоксії плоду) у групі жінок «психоемоційна напруга». У разі ДМТ 3-4 ступенів відзначається прогресування процесів невиношування, дезадаптації, явне порушення фетоплацентарного комплексу в усіх досліджуваних групах жінок.  4. Пологи при ДМТ відрізняються збільшенням кількості частоти ускладнень таких як: несвоєчасне відходження навколоплідних від, аномалії пологової діяльності, кровотечі в послідовому і ранньому післяпологовому періоді, травматизм в пологах, гіпогалактія. Знижується маса, довжина тіла та оцінка по шкалі Апгар у новонароджених, зростає частота порушень мозкового кровообігу. Частота ускладнень збільшується з прогресуванням ступеня ДМТ, причому найбільші зміни виявляються у жінок в групах «тривала психоемоційна напруга» і «недостатнє харчування», у меншому ступені - «тривалі фізичні навантаження» і «нездоровий спосіб життя».  5. У залежності від етіопатогенетичного фактору виникнення ДМТ екзогенного генезу найбільш агресивною і значною причиною при відповідних ступенях ДМТ, що провокує ускладнення під час вагітності і пологів, виходячи з причинно-наслідкового зв'язку, є на першому місці «психоемоційна напруга», потім «недостатнє харчування в кількісному і якісному відношенні», «нездоровий спосіб життя» і «тривалі фізичні навантаження».  6. Запропонований терапевтичний комплекс при плануванні вагітності позитивно впливає на організм жінки, корегуючи гормональну дисфункцію, сприяє зниженню кількості ускладнень під час вагітності і пологів, поліпшує функцію фетоплацентарного комплексу. | |