**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. |

 |