**Баскаков Петро Миколайович. Релапаротомії при акушерських кровотечах (причини, прогнозування, профілактика та реабілітація): Дис... д-ра мед. наук: 14.01.01 / Кримський держ. медичний ун-т ім. С.І.Георгієвського. - Сімф., 2002. - 312арк. - Бібліогр.: арк. 270-312**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Баскаков П.М.  Релапаротомії при акушерських кровотечах: причини, прогнозування, профілактика та реабілітація.  Рукопис. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук.  Спеціальність 14.01.01 – акушерство та гінекологія.  Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України, Київ, 2002.  Дисертація присвячена проблемі акушерських кровотеч, а саме: зниженню материнської смертності та захворюваності при даній патології. Метою роботи є зниження ускладнень в ранньому та віддаленому післяпологовому періодах у жінок, які перенесли релапаротомії при акушерських кровотечах на основі підвищення ефективності прогностичних лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів. На підставі отриманих результатів розроблена та впроваджена нова математична модель прогнозування акушерських кровотеч, а також їх профілактики на основі корекції рівня плазменого фібронектину та рецепторів лімфоцитів до тромбіну, урокінази, плазміногену та тканинного активатора плазміногену. На підставі встановлених взаємозвязків між клінічними, ендокринологічними та імунологічними показниками у віддаленому післяпологовому періоді у жінок, які перенесли релапаротомії з приводу акушерських кровотеч, розроблена та впроваджена нова методика реабілітації постгеморагічних ускладнень з використанням спрямованої та заступної гормональної та імунологічної корекції, а також танакану. Все це в сукупності дозволило розробити та впровадити поетапні практичні рекомендації та алгоритм дії лікаря щодо зниження материнської смертності та захворюваності у жінок з акушерськими кровотечами. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведені дані і нове вирішення наукової проблеми сучасного акушерства – релапаротомії при акушерських кровотечах шляхом вивчення причин релапаротомій, стану системи гемостазу та розробки методів профілактики, лікування та прогнозування маткових кровотеч.   1. Основними причинами релапаротомій з летальним закінченням в акушерстві є кровотечі (70,4%) та перитоніт (29,6%) після кесарева розтину. Частота кесаревих розтинів у жінок з наступними релапаротоміями з приводу акушерських кровотеч складає 77,9%, при цьому в структурі показань до абдомінального розродження переважає передчасне відшарування плаценти (30,3%), тяжкі форми пізніх токсикозів (18,3%) та аномалії пологової діяльності (12,8%). 2. Показанням до релапаротомій у жінок з акушерськими кровотечами в 79,3% випадків є кровотеча, що продовжується та в 20,7% - наростання лабораторних проявів ДВЗ-синдрому. 3. Серед основних джерел кровотечі, що продовжується, та наростання ДВЗ-синдрому при акушерських кровотечах є в 26,4% випадків залишені яєчники чи придатки, а в 12,9% - кукса шийки матки чи їх поєднання, що потребує проведення релапаротомій. 4. Материнська смертність серед жінок, які перенесли релапаротомії з приводу акушерських кровотеч, в 37,9% випадків відбувається від геморагічного шоку на фоні масивної крововтрати, в 27,9% - внаслідок прогресуючої ниркової недостатності, в 12,1% - від гострої серцево-судинної та дихальної недостатності на фоні дистрес-синдрому, в 5,0% - від емболії навколоплідними водами та в 4,2% - тромбоемболії легеневої артерії. 5. Акушерські кровотечі супроводжуються достовірним зниженням рівня фібронектину (до 211,0±11,7мкг/мл; р<0,05) при одночасному збільшенні його кріопреципітуючої активності (до 45,4±4,3%; р<0,05), а також підвищенням числа лімфоцитів з рецепторами до тромбіну (до 4,2±0,2%; р<0,05) на фоні зниження кількості цих клітин з рецепторами до урокінази (до 12,3±0,8%; р<0,05), тканинного активатора плазміногену (до 16,1±1,3%; р<0,05) та кровяному активатору плазміногену (до 2,1±0,1%; р<0,05), що супроводжується переходом гіперкоагуляції в гіпокоагуляцію з підвищеною кровоточивістю тканин. 6. Основними нейроендокринними симптомами у жінок, які перенесли релапаротомії внаслідок акушерських кровотеч, через 2 роки після розродження є: неспання (66,0%), депресії (66,0%), зайва маса тіла (52,0%), порушення ламкості волосся та нігтів (46,0%), “гарячі” приливи (46,0%), диспареунія (46,0%), остеопороз з переломом кінцівок (20,0%) та порушення функції мязів тазового дна у вигляді цисто- та ректоцеле (20,0%). 7. Ендокринологічний статус жінок, які перенесли релапаротомії внаслідок акушерських кровотеч, через 0,5 року після розродження характеризуються достовірним зниженням вмісту естрадіолу (до 210,4±12,5 нмоль/л; р<0,05), ЛГ (до 44,7±3,3 нмоль/л; р<0,05) та ТТГ (до 1,02±0,10 мМО/л; р<0,05) на фоні підвищення рівня ФСГ (до 137,2±11,4 нмоль/л; р<0,05), пролактину (до 22,8±1,4 мкг/л; р<0,01), кортизолу (до 432,7±29,5 нмоль/л; р<0,05), альдостерону (до 587,5±30,4 пмоль/л; р<0,05), Т3 (до 2,61±0,14 нмоль/л; р<0,05) та Т4 (до 170,5±12,1 нмоль/л; р<0,05). Крім того, через 1 рік достовірно знижується вміст прогестерону (до 0,6±0,01 нмоль/л; р<0,05), а через 1,5 року - і тестостерону (до 0,8±0,1 нмоль/л; р<0,05). 8. Рецепторний апарат моноцитів та лімфоцитів у жінок, які перенесли релапаротомії внаслідок акушерських кровотеч, вже через 0,5 року після розродження характеризуються достовірним зниженням числа моноцитів з рецепторами до Fc –фрагменту IgG (до 33,1±2,8%; р<0,05) та С3-компонента комплементу (до 30,3±1,5%; р<0,05), а також зменшенням CD3+ (до 53,2±3,9%; р<0,05) та CD4+ (до 39,2±2,8%; р<0,05) при одночасному збільшенні CD8+ (до 36,1±1,2%; р<0,05). 9. Для прогнозування акушерських кровотеч з імовірністю наступних релапаротомій найбільш інформативним є вивчення преморбідного фону (10,8%), перенесена генітальна (7,5%) та екстрагенітальна патологія (10,8%), ускладнення вагітності (43,2%), спосіб розродження (24,6%) та показання до абдомінального розродження (від 2,4 до 9,0%). 10. У жінок з акушерськими кровотечами та прогресуванням ДВЗ-синдрому можна розширити обєм оперативного втручання, крім тотальної екстирпації та перевязки магістральних судин, до тотальної оваріоектомії при наступних ситуаціях: підвищеній кровоточивості листків широких звязок або безпосередньо яєчників, наявності значних крововиливів (більше 50% від усієї поверхні) на яєчниках, варикозному розширенні вен широких та воронко-тазових звязок, а також підвищеній кровоточивості всіх тканин малого тазу, в тому числі й лігованих звязок. 11. Використання розробленої нами профілактичної методики (оптимальний обєм операції, а також кореляція рівня плазменого фібронектину та рецепторного апарата лімфоцитів) дозволяє знизити частоту релапаротомій у жінок з акушерською кровотечею від 40,0% до 12,0% (р<0,01), на фоні нормалізації гемостазіологічних показників. 12. Використання у комплексі реабілітаційних заходів заступної спрямованої гормонотерапії, а також танакан та імунокорекція дозволяє знизити ступінь виразності нейроендокринної патології в 3-5 разів, ризик розвитку нової соматичної захворюваності - в 3-4 рази, а також нормалізувати рецепторний апарат моноцитів та лімфоцитів і зупинити прогресуючі зміни ендокринологічного статусу. | |