**Колесніков Андрій Миколайович. Особливості патогенезу та критерії адекватності інтенсивної терапії поліорганних порушень при важкому гестозі: Дис... канд. мед. наук: 14.01.30 / Донецький держ. медичний ун-т. - Донецьк, 2002. - 152арк. - Бібліогр.: арк. 139-152.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Колесніков А.М. Особливості патогенезу та критерії адекватності інтенсивної терапії поліорганних порушень при важкому гестозі .— Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.30 — анестезіологія та інтенсивна терапія.— Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровськ, 2002.  В процесі виконання наукової роботи проведено оцінку клінічного, біохімічного та імунологічного статусу у пацієнток з прееклампсією різного ступеня важкості та еклампсією. З метою виявлення основних клініко — діагностичних критеріїв, характеризуючих поліорганну недостатність при гестозі, нами проведено багатофакторний аналіз та розроблено метод бальної оцінці ступеня важкості органної та поліорганної недостатності.  За допомогою запропанованого методу діагностики є можливість призначити індивідуальну посиндромну терапію в залежності від ступеня поліорганної недостатності та недостатності окремого органа чи системи. При зниженні кількості балів від попередніх значеннь оцінювали терапію як адекватну, при підвищенні — як неадекватну та корегували її призначенням ліків спрямовано до визначеного декомпенсованого органа чи системи  Розроблені діагностичні критерії і запропонована терапія дозволили підвищити ефективність лікування вагітних, роділей та породілей із важким гестозом, знизити відсоток виникнення ГПМК з 6,2% до 1,5%, знизити відсоток розвитку еклампсії з 18,5% до 3,6%, за рахунок зниження відсотка післяпологової еклампсії з 7,4% до 0%. | |
| |  | | --- | | 1. За даними комплексного обстеження функцій органів і систем (ЦНС, ССС, системи дихання, печінки й системи гемостазу, нирок, імунної системи) в пацієнток із важким гестозом розроблено методику визначення ступеня важкості ПОН, відповідно до якої сума балів менш, ніж 10 відповідала нормальній вагітності; від 10 до 30 — легкому ступеню ПОН; від 30 до 50 — середньому ступеню ПОН; від 50 до 80 — важкому ступеню ПОН і більш, ніж 80 — вкрай важкому ступеню ПОН. 2. Визначено, що у формуванні синдрому ПОН в пацієнток із важким гестозом важливу роль грає церебральна недостатність, генез якої, вважаємо, пов'язаний з порушенням захисної функції ГЕБ та аутоімунним ураженням структур головного мозку. Порушення захисної функції ГЕБ в пацієнток із важким гестозом виявляли за ступенем алергізації до нейротканини: при ПЕ легкого ступеня функція ГЕБ відносно збережена та визначається фонова й легкого ступеня алергізація до аутонейротканини, при ПЕ середнього та важкого ступеня — спостерігається прорив ГЕБ та сильний ступінь алергізації, а при еклампсії визначається тотальне порушення захисної функції ГЕБ з аутоімунним ураженням структур головного мозку сильного ступеня. 3. На підставі виявлених неврологічних дефіцитів, об'єднаних терміном токсико-дисциркуляторна енцефалопатія (ТДЕ) та даних імунологічного обстеження, розроблено методику раннього виявлення церебральної недостатності у пацієнток із важким гестозом, за якою при ПЕ легкого ступеня діагностується ТДЕ I ступеня, при ПЕ середнього ступеня — ТДЕ I–II ст., при ПЕ важкого ступеня — ТДЕ II–III ст, при еклампсії — ТДЕ III–IV ст. 4. За допомогою клініко-біохімічних та імунологічних методів (алергізація середнього й сильного ступеня до бактеріальних антигенів за даними РІЛ, підвищені значення ЛІІ, НСТ-тесту) встановлена можлива «пускова» роль бактеріальної алергізації у розвитку ССЗВ при важкому гестозі. Причому при ПЕ важкого ступеня відзначалось загострення хронічної інфекції (високий рівень IgG), а при еклампсії — приєднання гострої інфекції (високий рівень Ig M). 5. Критерієм адекватності інтенсивної терапії ПОН в пацієнток із важким гестозом являється регресія суми балів за запропанованою шкалою діагностики ступеня важкості ПОН. Основними клініко — діагностичними критеріями адекватності проведеної ІТ були виявлені такі: регресія менінгеального синдрому, регресія пірамідної недостатності, зниження ступеня аутоімунного ураження головного мозку, регресія бактеріальної стимуляції ССЗВ, перехід від гіпо — та еукінетичного типу кровообігу до гіперкінетичного, підвищення рівня білків крові, нормалізація показників імунограми, регресія проявів ГНН, нормалізація гемостазіологічних показників. 6. Провідними напрямками ІТ ПОН при важкому гестозі пропонуються: посиндромне призначення ліків, оптимізація об’єму і якості інфузійної терапії, рання антибактеріальна терапія, заповнення дефіциту білків, терапія набряку головного мозку, профілактика та лікування ДВЗ — синдрому. 7. Розроблені методи оптимізації ІТ у пацієнток досліджуваних груп дозволили запобігти летальних випадків, знизити відсоток поліорганних порушень важкого і вкрай важкого ступеня (у пацієнток із ПЕ важкого ступеня з 24,4% і 3,12 % до 0%, у пацієнток з еклампсією з 35,36% і 9,88% до 0%), щодо збільшення відсотка пацієнток без порушень (при ПЕ важкого ступеня від 0 до 63,4% та при еклампсії від 0 до 47,8%) та знизити відсоток виникнення ГПМК з 6,2% до 1,5%, знизити відсоток розвитку еклампсії з 18,5% до 3,6%, за рахунок зниження відсотка післяпологової еклампсії з 7,4% до 0% (за даними ВОСЦЕАД). | |