**Талько Олександр Володимирович. Профілактика перинатальної патології у вагітних віком понад 40 років: дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2005**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Талько О.В. Профілактика перинатальної патології у вагітних віком понад 40 років. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство і гінекологія. - Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України, Київ. – 2005.Наукова праця присвячена зниженню частоти перинатальної патології у жінок, які народжують вперше та повторно у віці понад 40 років. Вперше вивчені особливості формування фетоплацентарного комплексу в залежності від клінічного плину вагітності, пологів і післяпологового періоду у вагітних віком понад 40 років з використанням ехографічних, доплерометричних та ендокринологічних досліджень. Розроблені та впроваджені практичні рекомендації щодо зниження частоти плацентарної недостатності та перинатальних ускладнень на підставі поетапної профілактичної методики і використання медикаментозної корекції. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове рішення наукової проблеми щодо пошуку шляхів оптимізації профілактики перинатальної патології. На основі комплексного клініко-статистичного та клініко-функціонального дослідження визначенні особливості перебігу вагітності та пологів, формування перинатальної патології, розвитку плацентарної недостатності у жінок віком понад 40 років, встановлені основні закономірності цих процесів та запропоновано удосконалену методику лікувально-профілактичних засобів.1. Вагітність та пологи, що відбуваються у пізньому віці, є наслідком, насамперед, вихідних порушень репродуктивної функції, - у 66 % першороділь та у 26 % жінок, які вже народжували. Причини соціального та соціально-економічного характеру (пізній шлюб, незадовільні матеріальні умови) посідають друге місце, - у 34 % першороділь.
2. Клінічний перебіг вагітності у жінок віком понад 40 років характеризується високою частотою анемії вагітних (у 48 % вперше народжуючих та у 58 % жінок, які вже народжували), загрози невиношування (41 % та 18 %), ранніх гестозів (13 % та 20 %), прееклампсії (18 % та 8 % відповідно).
3. Для вагітних старшої вікової групи характерною є дуже велика частота розвитку плацентарної недостатності (60,0 % серед першонароджуючих та 53,3 % серед народжуючих повторно). Основними її причинами є порушення репродуктивної функції: патологічні зміни менструального циклу (33,3 % та 26,7 % відповідно), первинна неплідність (40,0 % першонароджуючих), вторинна неплідність (13,3 % повторно народжуючих), патологія статевих органів (ерозія шийки матки у 23,3 % першонароджуючих, у 30,0 % жінок, які вже народжували) та висока частота екстрагенітальної патології (98 % та 96 % відповідно).
4. Формування плацентарної недостатності у вагітних старшої вікової групи відбувається частіше в ранні терміни гестації, - до 28 тижнів (у 80,0 % першонароджуючих та у 67,7 % повторно народжуючих). В структурі плацентарної недостатності в них переважають компенсована (60,0 %) та субкомпенсована (30,0 %) форми.
5. Функціональний стан фетоплацентарного комплексу у вагітних віком понад 40 років характеризується гемодинамічними змінами матково-плацентарних та плацентарно-плодових судин, що реєструються до 28 тижнів гестаційного періоду. Гемодинамичні зміни проявляються посиленням кровоплину в артерії пуповини та маткових артеріях на тлі одночасного зниження в середньомозковій артерії плоду.
6. За умов розвитку плацентарної недостатності у вагітних старшого віку з 32-34 тижня діагностуються фетометричні, плацентографічні, кардіотокографічні та ендокринологічні зміни. За наявності ознак затримки внутрішньоутробної затримки фетометрія плода перед розродженням визначає відставання біпарієтального розміру голівки, окружності черевця, довжини стегневої кістки.. Плацентографічно визначається невідповідність “ступеню зрілості плаценти” терміну гестації. Гормональні порушення проявляються зниженням вмісту естріолу, прогестерону, хоріонічного гонадотропіну і плацентарного лактогену при одночасному збільшенні вмісту кортизолу, що максимально проявляється напередодні розродження..
7. Розродження жінок старшого віку супроводжується значним рівнем аномалій пологової діяльності на тлі передчасного розриву плодових оболонок у 46,7 % першонароджуючих та 26,7 % повторно народжуючих, дистресу плода, - 20,0 % та 13,3 % відповідно, патологічного преламінарного періоду, - 13,3 % та 6,7 % відповідно. В структурі показань до оперативного розродження перевагає сукупність відносних показників в інтересах плода: плацентарна недостатність, крупний плід, тазове передлежання плоду, що призводить до високої частоти кесарського розтину, -у 80 % першонароджуючих та у 60 % народжуючих повторно.
8. Перинатальні наслідки розродження у вагітних старшої вікової групи характеризуються високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку плода за асиметричним варіантом, - у 53,3 % першонароджуючих, у 26,7 % народжуючих повторно; хронічної гіпоксії плода, - у 60,0 % та 33,3 % відповідно. Середній термін розродження у вагітних віком понад 40 років менший у порівнянні із фізіологічною вагітністю, - (36,9 ± 1,1) тижні проти (39,1 ± 0,9), p < 0,05, що відповідає частоті передчасних пологів та випадків гіпотрофії плода, - у 26,7 % першонароджуючих, у 13,3 % народжуючих повторно. Стан новонароджених в 20 % випадків оцінюється нижче 7 балів за Апгар, характеризується високою частотою порушень мозкового кровообігу та, як наслідок, розвитком постгіпоксичної енцефалопатії (33,3 % новонароджених у першонароджуючих, 20,0 % у жінок, які вже народжували).
9. Для профілактики перинатальної патології у вагітних віком понад 40 років розроблено удосконалений комплекс заходів з використанням нових медикаментозних засобів (актовегіну, мілдронату, хофітолу), який призначається упродовж вагітності профілактично 1-2 рази та при появі ознак плацентарної недостатності.
10. Застосування розробленої лікувально-профілактичної методики у першонароджуючих віком понад 40 років дозволяє знизити частоту різних поєднаних форм плацентарної недостатності у 1,5 рази; що сприяє зменшенню частоти тяжких перинатальних ускладнень: затримки внутрішньоутробного розвитку плода у 1,3 рази, хронічної гіпоксії плода у 1,9 рази, дистресу-плода в 1,5 рази, середньо-важких форм асфіксії в 3 рази, постгіпоксичної енцефалопатії з 33,3 % до 20,0 % та гіпотрофій з 26,7 % до 13,3 %.
11. Враховуючи надто обтяжений соматичний та гінекологічний анамнез, високу частоту розвитку плацентарної недостатності та гіпоксії новонароджених у вагітних старших вікових груп, слід вважити доцільнішім розродження шляхом операції кесарського розтину.
 |

 |