**Тихолаз Олег Юрійович. Прогнозування та профілактика перинатальної патології при абдомінальному розродженні: Дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Кримський держ. медичний ун-т ім. С.І.Георгієвського. - Сімферополь, 2002. - 134арк. - Бібліогр.: арк. 108-134.**

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

|  |
| --- |
| Тихолаз О.Ю.Прогнозування та профілактика перинатальних втрат при абдомінальному розродженні.Рукопис. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.Спеціальність 14.01.01 – акушерство та гінекологія.Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України.Київ, 2002.На підставі клініко-лабораторних та функціональних методів дослідження вивчені основні причини перинатальних втрат при абдомінальному розродженні. Це дозволило науково обгрунтувати та розробити нову методику прогнозування перинатальних втрат у жінок, розроджених шляхом операції кесарева розтину. Крім того, розроблені та впроваджені практичні рекомендації щодо зниження перинатальних втрат у жінок, прооперованих з приводу рубця на матці та гострої гіпоксії плода на підставі використання нового антигіпоксанта – мілдроната. Це дозволило знизить частоту плодових втрат у жінок груп високого ризику. |

 |
|

|  |
| --- |
| В дисертації наведені дані про особливості перебігу вагітності та пологів, стану фетоплацентарного комплексу у жінок, розроджених абдомінальним шляхом та розробки необхідних заходів по прогнозуванню та профілактиці цієї патології.1. Перинатальні втрати при абдомінальному розродженні частіше всього зустрічаються при такій структурі показань: передчасне відшарування плаценти (20,0%); рубець на матці (20,0%); гостра гіпоксія плода (20,0%); тяжкі форми пізніх гестозів (13,3%); цукровий діабет (13,3%); передлежання плаценти (10,0%) і міома матки (3,4%).
2. Серед плодових втрат при кесаревому розтині недоношені новонароджені складають 66,7%, а доношені - 33,3%. В структурі перинатальної летальності аненатальні втрати складають 20,0%; інтранатальні - 36,7% і рання неонатальна смертність - 43,4%.
3. З безпосередніх причин плодової летальності в кожному другому випадку (46,7%) мають місце гіпоксичні ураження, у кожному п'ятому (20,0%) - синдром респіраторних розладів, а в інших - вроджені вади розвитку (10,0%), діабетична фетопатія (6,7%), вроджена пневмонія (6,7%), пологова травма (3,3%) і масивна меконіальна аспірація (3 ,3%).
4. Розроблена та впроваджена нами бальна шкала прогнозування перинатальних втрат при абдомінальному розродженні базується на таких ознаках, як маса плоду, термін гестації, вік жінки, клінічний перебіг вагітності, супутня екстрагенітальна патологія, репродуктивний анамнез, ехографічні особливості фетоплацен-тарного комплексу і показання до операції кесарева розтину.
5. Профілактика перинатальної патології у вагітних з рубцем на матці полягає в використанні препарату мілдронат по 0,5 г на добу протягом 10 днів у такі терміни: 20-22 тиж., 28-30 тиж. і 36-37 тиж. під контролем ехографії і ендокринологічних досліджень.
6. Для зниження перинатальної патології на фоні гострого фетального дистреса необхідно використовувати внутрішньо-венне введення 1 г мілдроната (10,0 10% розчину на 200,0 фізіологічного розчину за 20-30 хвилин до оперативного розродження під контролем кардіотокографічних досліджень.
7. Запропонований підхід до зниження частоти перинатальних втрат при абдомінальному розродженні дозволив знизити рівень середньо-тяжких та тяжких форм асфіксій в 2 рази і постгіпоксичної енцефалопатії - в 2,6 рази.
 |

 |