**Єщенко Олена Григорівна. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ шляхом раціонального ведення вагітності та пологів у ВІЛ-інфікованих жінок: дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. - К., 2004.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Єщенко О. Г. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ шляхом раціонального ведення вагітності та пологів у ВІЛ – інфікованих жінок -**рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01. - акушерство і гінекологія. - Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, 2004 рік.  Дисертація присвячена проблемі передачі ВІЛ від матері до дитини та можливостям її попередження, організації надання медичної допомоги вагітним з ВІЛ, а також питанню вибору методики розродження вагітних з ВІЛ, застосування якої дозволить максимально знизити ризик інфікування дитини.Встановлено високу частоту ускладнень вагітності та пологів у ВІЛ - інфікованих: анемії вагітних, загрози переривання вагітності, передчасних пологів, запальних захворювань статевих органів, несвоєчасного виливу навколоплідних вод, слабкість пологової діяльності, народження дітей з ознаками реалізаціції внутрішньоутробного інфікування. Розроблено спосіб моніторингу перинатальної передачі ВІЛ в Україні, який дозволяє відрегулювати взаємозв’язок між акушерськими закладами та центрами СНІДу, оцінити ефективність профілактичних заходів. У результаті проведених досліджень розроблено алгоритм ведення вагітної з ВІЛ та схему ведення пологів у ВІЛ – інфікованих через природні пологові шляхи, що дозволяє знизити ризик інтранатального інфікування плода. | |
| |  | | --- | | У даній дисертаційній роботі вирішено наукове завдання – забезпечення ефективної профілактики передачі вірусу імунодефіциту людини від матері до дитини під час вагітності та пологів у ВІЛ – інфікованих жінок шляхом удосконалення системи спостереження за вагітними з ВІЛ, застосування сучасних діагностичних засобів та раціонального розродження.  1. Перебіг вагітності та пологів у ВІЛ – інфікованих жінок супроводжується високою частотою ускладнень, серед яких домінують: анемія вагітних – 57,5%, загроза переривання вагітності – 30% та передчасних пологів – 14,2%, бактеріальний вагіноз – 28,3%, хронічна плацентарна недостатність – 25,8%.  Серед патології пологів у роділь з ВІЛ має місце несвоєчасний вилив навколоплідних вод у 51,7% та аномалії пологової діяльності переважно у вигляді слабкості пологової діяльності – 24,2%, що призводить до зростання безводного періоду, загальної тривалості пологів, збільшення часу контакту плода із кров’ю та пологовими шляхами матері, збільшення рівню травматизму під час пологів та, як наслідок, до значного підвищення ризику інфікування дитини під час пологів.  2. Для оцінки ефективності заходів, срямованих на попередження трансмісії ВІЛ від матері до дитини, які проводяться в Україні, необхідно проведення індивідуалізованого моніторингу. Це дасть можливість проаналізувати кожний конкретний випадок інфікування вагітної жінки та дитини, визначити максимально ефективну схему профілактики перинатальної трансмісії ВІЛ, відслідкувати подальшу долю дітей, народжених ВІЛ – інфікованими матерями в Україні, забезпечить достовірність інформації про стан надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим матерям та їх новонародженим з урахуванням конфіденційності; дозволить визначати стан використання та потреби в медичних препаратах для здійснення медикаментозної профілактики ВІЛ; сприятиме прийняттю адекватних управлінських рішень щодо покращення проведення профілактики перинатальної трансмісії ВІЛ.  3. Застосування у необстежених роділь імунохроматографічних експрес – тестів для діагностики на ВІЛ, результати яких можна вважати точними та достовірними, при виявленні позитивного ВІЛ – статусу дозволить провести профілактику трансмісії ВІЛ під час пологів і тим самим знизити ризик інфікування дитини.  4. Використання під час пологів простагландинів групи Е1 (мізопростол) сприяє фізіологічному перебігу пологів: прискорює динаміку дозрівання та розкриття шийки матки, зменшує кількість оперативного розродження у 2,57 разів, зменшує кількість ускладнень несвоєчасним виливом навколоплідних вод у 2,6 разів та виникнення аномалій пологової діяльності у вигляді слабкості та дискоординації пологової діяльності у 2,8 разів; тривалість безводного проміжку зменшує у 1,7 разів, загальну тривалість пологів у першонароджуючих вкорочує у 1,5 рази, для повторнонароджуючих – у 1,3 рази; знижує рівень травматизму в пологах у 3,2 рази та необхідність проведення інвазивних маніпуляцій (епізіотомія, перінеотомія) – у 1,6 разів, рівень крововтрати зменшує у 1,65 разів; зменшує кількість післяпологових ускладнень: субінволюція матки спостерігалася у 2,67 разів рідше, ендоміометрит – у 2 рази рідше. Кількість асфіксій новонароджених зменшується у 1,4 рази, рівень травматизму немовлят у вигляді кефалогематоми та перелому ключиці - у 2 рази, у 1,75 разів зменшується кількість ускладнень перебігу неонатального періоду у вигляді енцефалопатії, патологічної жовтяниці, гепатоспленомегалії.  5. Застосування простагландинів Е1 у кількості 50 мкг на початку пологів та при необхідності повторно через 4 години на фоні застосування антиретровірусної терапії та санації пологових шляхів розчином хлоргексидину є доцільним і дозволяє знизити ризик інтранатального інфікування плода вірусом імунодефіциту людини у 2,3 рази. | |