**Шкоба Людмила Станіславівна. Профілактика інтраамніального інфікування у вагітних після допоміжних репродуктивних технологій : Дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. — К., 2004. — 161арк. : рис., табл. — Бібліогр.: арк. 137-161.**

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

|  |
| --- |
| **Шкоба Л.С. Профілактика інтраамніального інфікування у вагітних після допоміжних репродуктивних технологій.** – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України, Київ, 2005.Робота присвячена питанням зниження акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних із високим ризиком розвитку інтраамніального інфікування, які завагітніли після допоміжних репродуктивних технологій.Проведено вивчення клінічного перебігу вагітності, пологів і стану новонароджених; функціонального стану фетоплацентарного комплексу; особливостей системного імунітету та мікробіоценозу статевих шляхів.На основі отриманих результатів запропоновані та впроваджені практичні рекомендації щодо зниження перинатальної патології у вагітних із високим ризиком розвитку інтраамніального інфікування, які завагітніли після допоміжних репродуктивних технологій на основі використання медикаментозної профілактики плацентарної недостатності та корекції мікробіоценозу статевих шляхів. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Основними факторами ризику інтраамніального інфікування у вагітних після ДРТ є: наявність неплідності та хронічних запальних процесів геніталій (100,0%), хронічної урогенітальної інфекції (36,0%); хронічних запальних процесів сечевивідної системи (22,0%), а також репродуктивні втрати інфекційного генезу: невиношування, передчасні або термінові пологи мертвим плодом (32,0%).2. Клінічний перебіг вагітності в жінок із високим ризиком інтраамніального інфікування після ДРТ характеризується високою частотою фетоплацентарної недостатності (78,0%), у структурі якої переважають компенсована (58,9%) і субкомпенсована форми (35,9%); значним рівнем гестаційної анемії (62,0%); загостренням урогенітальної інфекції (38,0%); порушенням мікробіоценозу статевих шляхів (30,0%).3. Клінічний перебіг пологів у жінок із високим ризиком інтраамніального інфікування після ДРТ характеризується досить високою частотою передчасних пологів (16,0%); передчасним розривом плодових оболонок (38,0%); аномаліями пологової діяльності (16,0%); дистресом плода (22,0%) і акушерськими кровотечами (14,0%), внаслідок чого абдомінальне розродження досягає 88,0%.4. Стан новонароджених у жінок із високим ризиком інтраамніального інфікування після ДРТ характеризуються високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку плода (16,2%); інтранатальної асфіксії (39,9), інтраамніального інфікування (14,4%), постгіпоксичної енцефалопатії (27,2%), геморагічного синдрому (12,7%) і гіпербілірубінемії (10,9%), що призводить до значного рівня перинатальних втрат (36,4).5. Особливості формування і функціонального стану ФПК у жінок із високим ризиком інтраамніального інфікування після ДРТ характеризуються значним рівнем порушень функціонального стану:- плода: зміни серцевого ритму (30,0%); дихальної (22,0%) і рухової активності плода (24,0%), а також його тонусу (18,0%); - плаценти 40,0%; - навколоплідних вод: маловоддя – 20,0%; багатоводдя – 12,0%; на фоні виражених гемодинамічних і ендокринологічних порушень.6. У вагітних із групи ризику інтраамніального інфікування після ДРТ спостерігається імунний дисбаланс вже з ранніх термінів гестації, що підтверджується збільшенням імунорегуляторного коефіцієнту до 2,4.7. На протязі гестації стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок із високим ризиком інтраамніального інфікування після ДРТ характеризується прогресивним зниженням кількості лактобацил (із 78,0% до 42,0%), біфідобактерій (із 60,0% до 36,0%) і молочнокислих стрептококів (із 42,0% до 24,0%) на фоні одночасного росту рівня штамів стафілококу (із 42,0% до 84,0%) та і інших мікроорганізмів (уреа- і мікоплазми, хламідії, ешерихії і протей).8. Використання запропонованої нами лікувально-профілактичної методики дозволяє знизити частоту фетоплацентарної недостатності майже в 2 рази; затримки внутрішньоутробного розвитку плода - 2,2 разу; загострення урогенітальної інфекції під час вагітності - у 3,2 разу; бактеріального вагінозу - у 2,5 разу; передчасних пологів - у 2,6 разу; передчасного розриву плодових оболонок – у 3,2 разу; дистреса плода - у 2,2 разу; інтранатальної асфіксії - у 2,2 разу; інтраамніального інфікування - у 2,7 разу, що дозволило в цій групі вагітних знизити частоту абдомінального розродження 1,8 разу при відсутності перинатальних втрат. |

 |