**Дрінь Тарас Миколайович. Обґрунтування тактики ведення недоношеної вагітності та пологів у жінок з передчасним розривом амніональних оболонок (клініко-параклінічне дослідження) : Дис... д-ра наук: 14.01.01 – 2003**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Дрінь Т.М. Обґрунтування тактики ведення недоношеної вагітності та пологів у жінок з передчасним розривом амніональних оболонок (клініко-параклінічне дослідження). - Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство і гінекологія. Івано-Франківська державна медична академія МОЗ України. Івано-Франківськ, 2003.  Дисертацію присвячено питанням раціонального клінічного ведення та розродження жінок з передчасним розривом амніональних оболонок (ПРАО) при недоношеній вагітності. Дана проблема актуальна тому, що безпосередньо зв’язана з проблемами недоношування вагітності, перинатальної смертності і материнської захворюваності. Однією з основних ланок етіопатогенезу ПРАО при недоношеній вагітності є інфікування плідних оболонок і розвиток субклінічного амніоніту.  Досліджено якісні і кількісні показники мікробіоценозу біотопів шийки матки, амніональної порожнини та новонароджених немовлят у жінок з ПРАО, виявлено особливості асоціативних зв’язків у цих біотопах, встановлено зміни цих показників під впливом антибіотиків. Проведено дослідження стану плода, ендокринних та морфологічних змін у фетоплацентарному комплексі, а також особливостей імунної відповіді у жінок з недоношеною вагітністю упродовж тривалості безводного проміжку. У хронічному експерименті на живих, ненаркотизованих тваринах (кролицях) методом реєстрації пікових потенціалів міометрію досліджено особливості впливу окситоцину, простагландинів F2a і Е2 на біоелектричну активність матки при недоношеній вагітності.  На основі співставлення даних епідеміологічних, клінічних, бактеріологічних, гормональних, імунологічних і гістологічних досліджень розроблено тактику клінічного ведення жінок з передчасним розривом амніональних оболонок і недоношеною вагітністю і обґрунтовано метод індукції передчасних пологів з застосуванням препаратів пірацетаму і простагландину Е2. Доведено, що запропоновані клінічні заходи призводять до суттєвого зниження показників перинатальної захворюваності і смертності недоношених немовлят і пуерперальних захворювань у породіль. | |
| |  | | --- | | У дисертації зроблено теоретичні узагальнення і запропоновано нове вирішення наукової проблеми щодо зниження частоти перинатальних втрат і пуерперальних ускладнень у жінок з передчасним розривом амніональних оболонок при недоношеній вагітності шляхом дослідження особливостей перебігу вагітності та пологів, основних показників гомеостазу, стану недоношеного плода та новонароджених і створено нову технологію веденя вагітності і розродження при даній акушерській патології.  1. Встановлено, що передчасний розрив амніональних оболонок є причиною передчасних пологів у 41,08% жінок з недоношуванням вагітності, серед яких переважають первовагітні з низьким соціальним положенням і запальними захворюваннями геніталій та повторновагітні жінки з високими показниками паритету і репродуктивних втрат.  2. Основною причиною передчасного розриву амніональних оболонок при недоношеній вагітності є наявність інфекції на тлі зниженої імунологічної реактивності, про що свідчать виявлені у кожної вагітної чинники інфікування (епідемічні вірусні захворювання, пневмонія, гайморит і ін.), мимовільні інфекційні викидні, запальні гінекологічні і гестаційні захворювання. У 80% таких вагітних наявне поєднання декількох чинників інфікування.  3. У жінок з передчасним розривом амніональних оболонок і недоношеною вагітністю протягом тривалості безводного проміжку виникає прогресуюча фетоплацентарна недостатність і вірогідне погіршання стану плода про що свідчать дані інструментальних методів дослідження (у 51,1% вагітних спостерігається різке маловоддя, у 41,1% - патологічні зміни ехо-структури плаценти, у 14,2% - затримка розвитку плода, поступове зниження кардіотокографічної оцінки його стану аж до важкого дистресу), ендокринологіних досліджень (рівень прогестерону знижується на 33,4%, естрадіолу на 24,6%), морфологічних досліджень (у тканинах посліду виникають запальні, дегенеративно-деструктивні і циркуляторні порушення).  4. При передчасному розриві амніональних оболонок та недоношеній вагітності частота перинатальних захворювань корелює з тривалістю безводного проміжку: при його тривалості до 24 годин у недоношених новонароджених спостерігається висока частота респіраторного дистрес синдрому та асфіксії (до 58,5%), при тривалості безводного проміжку більше 72 годин у недоношених новонароджених зростає частота неонатального сепсису (до 13,3%), водночас у 42,7% таких новонароджених розвивається гіпоксично-ішемічна енцефалопатія, у 44,1% - внутрішньоутробна інфекція.  5. У жінок з передчасним розривом амніональних оболонок і недоношеною вагітністю якісний склад біотопу шийки матки характеризується зростанням на 60% частоти колонізації умовно-патогенними і патогенними бактеріями серед яких преваліюють анаеробні; при цьому загальна кількість штамів бактерій підвищується на 18,2%, а їх концентрація на 30,6%. Із зменшенням терміну вагітності, при якому відбувся передчасний розрив амніону, підвищується ймовірність виявлення у цервікальних культурах патогенних штамів бактерій.  6. У жінок з передчасним розривом амніональних оболонок і недоношеною вагітністю спостерігається зниження імунологічної реактивності організму за гіперсупресорним варіантом.  7. У вагітних з недоношуванням протягом безводного проміжку між біотопом шийки матки та біотопом носоглотки їх новонароджених встановлюється корелятивний зв’язок за кількістю штамів бактерій, складом їх асоціацій, та log КУО. Профілактичне призначення антибіотиків таким вагітним не призводить до ерадикації бактерій у їх новонароджених, а між тривалістю безводного проміжку та кількістю виділених у новонароджених штамів бактерії і їх log КУО встановлюються відповідні корелятивні зв’язки у вигляді гіперболічної та лінійної регресії.  8. Електрогістерографічні дослідження в експерименті дозволили виявити, що одноразове довенне введення окситоцину у дозі 0,083 ОД/кг викликає швидке зростання біоелектричної активності матки, вслід за чим у 20% дослідів наступає фаза її пригнічення, а у 15% - повторне підвищення електричної активності матки; введення ПГF2a у дозі 0,083 мг/кг супроводжується швидким підвищенням біоелектричної активності матки, у 16,16% дослідів повторно наступає збудження електричної активності матки вагітних тварин. Застосування ПГЕ2 у дозі 0,0125 мг/кг викликає поступове підвищення активності матки з наступним повільним зниженням її біоелектричної активності до вихідного рівня, проте повторних хвиль збудження або пониження електричної активності матки після введення ПГЕ2 не спостерігається, що підтверджує переваги застосування цього препарату у клінічній практиці.  9. Розроблена нова технологія ведення недоношеної вагітності та пологів у жінок з передчасним розривом амніональних оболонок і зниженою імунологічною реактивністю організму у сучасних умовах покращує перинатальні наслідки шляхом скорочення терміну пролонгування вагітності: при відсутності протипоказань вагітність доцільно пролонгувати не менш ніж на 24 години після розриву амніону, а далі, в залежності від терміну гестації, стану плода, акушерської ситуації провести розродження протягом наступних 48 годин. Індукцію пологів доцільно проводити з використанням пірацетаму і ПГЕ2, що підтверджується експериментальними та клінічними дослідженнями.  10. Застосування розробленої тактики ведення недоношеної вагітності та пологів у жінок з передчасним розривом амніональних оболонок забезпечує оптимізацію перинатальних наслідків: покращується неонатальна адаптація недоношених новонароджених, знижується частота первинної асфіксії до 17,4% проти 58,5%, гіпоксично-ішемічної енцефалопатії до 30,5% проти 42,7%, внутрішньоутробної інфекції до 26,1% проти 44,1%, показник перинатальної смертності знижується до 85,3%0 проти 149,4 %0. | |