**Чернова Ганна Вікторівна. Профілактика аномалій пологової діяльності у жінок з інтраамніальним інфікуванням : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. — К., 2006. — 150арк. — Бібліогр.: арк. 125-150**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Чернова Г.В. Профілактика аномалій пологової діяльності у жінок з інтраамніальним інфікуванням.**– Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ, 2007.  Наукова робота присвячена вирішенню актуального питання сучасного акушерства – зниженню аномалій пологової діяльності у жінок із високим ризиком інтраамніального інфікування. Автором встановлений взаємозв'язок між аномаліями пологової діяльності, функціональним станом системи мати-плацента-плід, мікробіоценозу статевих шляхів. Показана роль корекції плацентарної недостатності і мікробіоценозу статевих шляхів для профілактики аномалій пологової діяльності у жінок з інтраамніальним інфікуванням. Розроблені і впроваджені практичні рекомендації щодо зниження аномалій пологової діяльності на основі використання антигомотоксичних препаратів. | |
| |  | | --- | | Проведені дослідження дозволяють зробити наступні висновки.  1. АПД у жінок з інтраамніальним інфікуванням зустрічались у 76,19*%* випадків. Перше місце займають ДПД (50,00*%*), на другому – первинна СПД (36,25*%*), на третьому – надмірна пологова діяльність (7,50*%*) і найменшу частину (6,25*%*) займає вторинна СПД. Основними факторами ризику інтраамніального інфікування у вагітних є: наявність хронічних запальних процесів репродуктивної системи (68,57*%*), хронічної урогенітальної інфекції (58,49*%*); хронічних запальних процесів сечовивідної системи (23,81*%*), а також репродуктивні втрати інфекційного генезу: невиношування, передчасні або термінові пологи мертвим плодом (32,38*%*) та неплідності в анамнезі (17,14*%*).  2. Клінічний перебіг вагітності в жінок з інтрамніальним інфікуванням характеризується високою частотою ПН (66,67*%*), у структурі якої переважають компенсована (44,76*%*) і субкомпенсована форми (20,00*%*); значним рівнем гестаційної анемії (60,95*%*); порушенням мікробіоценозу статевих шляхів (37,14*%*); загостренням урогенітальної інфекції (34,29*%*).  3. Клінічний перебіг пологів у жінок з інтраамніальним інфікуванням характеризується досить високою частотою АПД (76,19*%*); передчасним розривом плодових оболонок (41,90*%*); дистрес-синдромом плода (11,43*%*) і акушерськими кровотечами (8,57*%*), внаслідок чого абдомінальне розродження досягає 25,71*%*.  4. Стан новонароджених дітей у жінок з інтраамніальним інфікуванням характеризуються високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку (60,00*%*); інтранатальною асфіксією (56,19*%*), реалізацією інтраамніальної інфекції (26,67*%*).  5. Особливості формування і функціонального стану плацентарного комплексу у жінок з інтраамніальним інфікуванням характеризуються значним рівнем порушень плаценти (75,24*%*) та навколоплодових вод (маловоддя – 18,10*%*, багатоводдя – 12,38*%*) на фоні виражених гемодинамічних і ендокринологічних порушень.  6. Протягом гестації стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок з інтраамніальним інфікуванням характеризується прогресивним зниженням кількості лактобацил і біфідобактерій (в 1,6 рази), молочнокислих стрептококів (в 1,4 рази) на фоні одночасного зростання (в 1,8 рази) рівня штамів стафілококів.  7. Використання запропонованої нами лікувально-профілактичної методики дозволяє знизити частоту ПН (у 2,2 рази), порушення мікробіоценозу статевих шляхів (у 2,8 раз), загострення урогенітальної інфекції (у 2 рази), випадків прееклампсії (у 1,8 рази), завдяки чому зменшились усі ускладнення при розродженні у тому числі АПД (у 3,1 рази), що дозволило в цій групі вагітних знизити частоту абдомінального розродження (у 2,7 рази), різних форм асфіксії новонароджених дітей (у 3 рази) при відсутності перинатальних втрат.  **Практичні рекомендації**  Складність перинатальної діагностики інтраамніальної інфекції, спричиненої неспецифічністю її клінічних проявів, зумовлює важливість чіткого дотримання алгоритму обстеження вагітних з високим інфекційним ризиком, який повинен включати дані анамнезу та результати клініко-лабораторних методів дослідження.  1. До групи високого ризику щодо інтраамніального інфікування слід відносити жінок з такими факторами:  наявність хронічних запальних процесів органів сечовидільної системи, захворювань травного каналу, інших екстрагенітальних захворювань (із даних соматичного анамнезу);  ранній початок статевого життя, часта зміна статевих партнерів, які мали епізоди урогенітальних інфекцій;  запальні захворювання матки, придатків матки, кольпіт в анамнезі;  тривала внутрішньоматкова контрацепція;  неодноразові штучні переривання вагітності, штучне переривання вагітності з ускладненим післяабортним періодом, мимовільне переривання вагітності в різні терміни, непрогресуюча вагітність;  плацентарна недостатність, дистрес-синдром, затримка розвитку плода, антенатальна загибель плода, ускладнений перебіг післяпологового періоду попередніх пологів;  кольпіти та бактеріальний вагіноз, діагностовані під час вагітності, хірургічна корекція істміко-цервікальної недостатності під час цієї вагітності, несвоєчасний вилив навколоплодових вод, аномалії пологової діяльності та відділення посліду, виражений травматизм м’яких тканин пологових шляхів.  2. Жінки з наявністю інтраамніального інфікування, які входять до груп високого акушерського і перинатального ризику, підлягають ретельному диспансерному нагляду та досконалому розродженню згідно з діючими стандартами.  Для зниження частоти АПД у жінок з інтраамніальним інфікуванням необхідно використовувати комплексні АГТП коензим-композитум і вібуркол:  **Для ранньої профілактики**, яка включає три курси лікування (в 16-18, 24-26 та 30-32 тижні вагітності) за такою схемою:  коензим-композитум, в/м, 2,2 мл (1 ампула), через день, № 10;  вібуркол, інтравагінально, по 1 свічці, на ніч, № 12.  **Допологова підготовка**, починаючи з 38 тиж. вагітності:  коензим-композитум, в/м, 2,2 мл (1 ампула), через день, № 5-7;  вібуркол, інтравагінально, по 1 свічц,і на ніч, № 12.  ***У разі появи несправжніх переймів***:  вібуркол, кожні 1-3 години, по 1 свічці, до зникнення болю або початку пологової діяльності.  **Розродження та знеболювання пологів:**  ***Під час патологічного прелімінарного періоду та першого періоду пологів:***  коензим-композитум, в/м або в/в 2,2 мл. (1 ампула), кожні 3-4 години, № 3-5.  ***У першому та на початку другого періоду пологів****:*  вібуркол, ректально або інтравагінально/ інтрацервікально (вводить лікар під час огляду), по 1 свічці, кожні 1-3 години.  ***Під час******ДПД****:*  вібуркол ректально або інтравагінально по 1 свічці, кожну годину.  ***У разі надмірної пологової діяльності****:*  вібуркол, ректально або інтравагінально, по 1 свічці, кожні 30 хвилин. | |