**Гончарук Наталія Петрівна. Особливості ведення вагітності та пологів у жінок із передчасним розривом плодових оболонок при недоношеній вагітності. : Дис... канд. наук: 14.01.01 – 2008**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Гончарук Н.П. Особливості ведення вагітності та пологів у жінок із передчасним розривом плодових оболонок при недоношеній вагітності.** — Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01. — акушерство та гінекологія. — Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, Київ, 2008.  Дисертацію присвячено питанням раціонального ведення вагітності й пологів у жінок із ПРПО при недоношеній вагітності.  При порівнянні мікробіоцинозів цервікального каналу у жінок із нормальним перебігом недоношеної вагітності, ускладненої ПРПО, виявлено значні відмінності у їхньому кількісному та якісному складі. Цервікальний канал значно заселений аеробними і анаеробними бактеріями, вірусами, простійшими та дріжджовими грибами.  В імунопатогенезі ПРПО при недоношеній вагітності виявлено дисбаланс цитокінів, які продукуються активованими Т-хелперами 1-го і 2-го типів: спостерігали тенденцію до підвищення продукції ІЛ-2 та значне зниження синтезу цитокінів із супресивними властивостями ІЛ-4 та ІЛ-10, що засвідчує активацію Т-хелперів 1-го типу й пригнічення гуморального типу імунної відповіді, зумовленого активністю Т-хелперів 2-го типу.  Дослідження рівня антифосфоліпідних антитіл, зокрема до кардіоліпіну, показало, що у обстежених не виявлено класичного АФС, але спостерігалося підвищення рівня аКЛ антитіл класів IgG і IgM, що є свідченням напруження імунітету та наявності імунозапальних реакцій.  Отримані здобувачем результати засвідчують, що очікувальна тактика ведення вагітності, ускладненої ПРПО, має позитивні переваги над активною тактикою, а саме: сприяє зростанню гістаційного терміну вагітності, дозріванню ШМ, що зменшує травматизм у пологах як у матері, так і плода, зменшує частоту розвитку РДС плода прямо пропорційно тривалості безводного періоду. Не виявлено негативного впливу збільшення його тривалості на частоту гнійно-септичних ускладнень у матері й плода. | |
| |  | | --- | | Проведено теоретичне узагальнення і запропоновано нове вирішення наукового завдання щодо зниження частоти перинатальної смертності та захворюваності новонароджених, частоти гнійно-запальних захворювань у породіль за рахунок розроблення раціональної системи ведення і розродження жінок із ПРПО при недоношеній вагітності.  1. За даними аналізу медичної документації пологового будинку № 7 м. Києва, частота ПРПО у терміні 28—37 тижнів вагітності у структурі ПП становить 43,5 % і залежить від хронологічних (добовий пік спостерігається в межах від 2.00 до 6.00), сезонних (припадає на весняний період), соціальних (вагітні вікових груп старше 36 років, що знаходяться поза шлюбом), так і медичних факторів ризику: повторновагітні, впершенароджуючі, котрі мали попередні медичні або мимовільні аборти, з пізньою першою явкою до жіночої консультації, серед гінекологічних захворювань, у яких превалюють запалення піхви і захворювання ШМ, мають місце хронічні та гострі інфекції).  2. При ПП на фоні ПРПО встановлено проміжний варіант мікроценозу виділень із цервікального каналу, при якому умовно-патогенна мікрофлора досягає помірної кількості (107 КУО/ мл). При розвитку хоріоамніоніту має місце клініка неспецифічного вагініту, який характеризується відсутністю росту лактобацил або їхня кількість є мінімальною (104 КУО/мл); ростом умовно-патогенної мікрофлори у високому титрі (107 КУО/мл). Аналіз мікробіологічного складу навколоплодових вод показав, що при розвитку хоріоамніоніту провідна роль належить знаходженню в навколоплодових водах умовно-патогенних мікроорганізмів у кількості 102 КУО/мл. Встановлено, що мікроби асоціюються, що сприяє підвищенню частоти ризику реалізації інфекції як у матері, так і у дитини.  3. Стан системного імунітету у жінок із ПРПО характеризується порушенням клітинної (підвищення кількості) (CD 3+, CD 8+, CD 25+, CD 4+ і ЦІК ланки імунітету), що є свідченням розвитку аутоімунних процесів. Спостерігається тенденція до підвищення продукції ІЛ-2 і до значного зниження синтезу цитокінів із супресивними властивостями ІЛ-4 та ІЛ-10, що відповідає дисбалансу цитокінів, який поряд із підвищенням рівня ІФН і ФНП засвідчує зростання запального процесу. Найвиражніші зміни виявлено у жінок, в яких пологи відбулися до 24 год безводного періоду.  4. При ПРПО у вагітних виявлено підвищення рівня аКЛ антитіл класів IgG та IgM, що свідчить на користь напруженості імунітету і наявності імунозапальних реакцій. Проведення комплексу лікувальних заходів зменшує запальний процес, на що вказує зниження рівня аКЛ антитіл, найістотніше IgM-аКЛ-антитіл, що сприяє пролонгуванню вагітності з ПРПО на фоні тривалого безводного періоду.  5. Під впливом застосованих заходів, які спрямовані на пролонгування вагітності, спостерігається зменшення клітинноопосередкованих імунних реакцій: зниження кисеньзалежного метаболізму фагоцитуючих клітин, експресії поверхневих антигенів лімфоцитів (CD 3+, CD 8+, CD 25+, CD 4+), поряд з цим знижуються рівні Th1-цитокінів і зменшується продукція ІЛ-4, сироваткового ІФН і ФНП.  У жінок із тривалим безводним періодом на фоні проведеної терапії відмічено зниження рівня СПР у вагітних із найвищими його значеннями, що вказує на зменшення системного запалення.  6. При недоношеній вагітності, ускладненої ПРПО, на фоні тривалого безводного періоду від 5 до 216 год у плаценті й амніотичній оболонці зберігається загальний план ультраструктурної організації. Разом з тим в амніоні ультраструктурні порушення розвиваються більшою мірою, ніж у плаценті, та набувають деструктивно-дистрофічного характеру. Це насамперед стосується епітеліальних клітин. Зростають ознаки запального процесу в амніоні, які мають локальний характер. Про що засвідчує наявність імунокомпетентних клітин.  7. Розроблено тактику ведення вагітних і пологів з недоношеною вагітністю у термін 28—37 тижні, ускладненої ПРПО, яка дала можливість пролонгувати вагітність у 65 % жінок, знизила показники розвитку РДС плода у 3,6 раза, зменшила травматизм матері у 6 раз і плода у 7 раз, при мінімальній кількості інфекційних ускладнень у плода (з 2,43 до 4,8 %; *Р* > 0,05) і у матері (з 12,26 до 16,03 %; *P* > 0,05).  8. На основі розгляду чинників захворюваності та смертності передчасно народжених дітей на фоні тривалого безводного періоду встановлено, що основними негативними прогностичними факторами для новонароджених були малий гестаційний вік, тяжка асфіксія під час народження, проведення реанімації новонародженого в повному обсязі, поліорганна недостатність, потреба у застосуванні свіжозамороженої плазми та еритроцитарної маси. Дослідження не виявило негативного впливу збільшення тривалості безводного періоду і пролонгації вагітності на частоту захворюваності і смертності новонароджених. | |