**Шадлун Дмитро Ростиславович. Прогнозування та профілактика перинатальних втрат: Дис... д-ра мед. наук: 14.01.01 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2002. - 353арк. - Бібліогр.: арк. 310-353.**

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

|  |
| --- |
| Шадлун Д.Р. Прогнозування та профілактика перинатальних втрат. - Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України, Київ, 2002.Дисертація присвячена проблемі перинатальної охорони плода та новонародженого у вагітних із груп високого ризику. Уточнені і конкретизовані основні медичні та соціальні фактори ризику перинатальних втрат на сучасному етапі. Вперше встановлено особливості генезу перинатальних втрат, що полягають у переважанні гіпоксичного пошкодження плода і новонародженого, особливо в інтранатальному періоді. Уточнено основні наукові аспекти впливу супутньої акушерської і екстрагенітальної патології на частоту, структуру і причини перинатальних втрат на сучасному етапі. Показано необгрунтованість значного росту частоти кесаревого розтину для зниження перинатальної смертності. Розроблена і впроваджена нова методика прогнозування плодових втрат на підставі бальної оцінки основних клінічних і лабораторно-функціональних показників. Показана можливість зміни тактики розродження з урахуванням одержаних прогностичних даних. Запропоновано диференційований підхід до профілактики і лікування фетоплацентарної недостатності на підставі використання сучасних лікарських засобів (хофітол, актовегін, мілдронат) у якості базисної терапії в поєднанні з ситуаційною (антибактеріальна, противірусна, гормональна, спазмолітична, седативна терапія, а також комплекси мікроелементів і вітамінів). Розроблена і впроваджена нова модель зниження перинатальних втрат, що дозволяє суттєво поліпшити безпосередні результати розродження жінок з високим перинатальним ризиком. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У дисертації наведено теоретичне узагальнення і пропонується нове вирішення наукової проблеми до визначення факторів ризику перинатальної патології та розробки моделі прогнозування перинатальних втрат, наукового обгрунтування системи організаційних та лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на зниження перинатальної смертності.
2. Клініко-статистичний аналіз виявив високу частоту перинатальної смертності, що складає 12,9. При цьому антенатальні втрати мають місце в 33,7%; інтранатальні - у 13,7% і постнатальні - у 52,6%. Головними причинами плодових втрат є внутрішньоутробна гіпоксія і асфіксія в пологах - 43,1%, а серед інших причин можна відзначити природжені вади розвитку (21,8%); синдром дихальних розладів (15,7%); внутрішньоутробну інфекцію (10,8%).
3. Встановлено, що рівень перинатальної смертності у жінок з недоношеністю складає 136,9; з пізніми гестозами - 67,6; з аномаліями пологової діяльності - 22,5; з екстрагенітальною патологією - 57,3; з урогенітальною інфекцією - 57,5, а при частоті кесарева розтину 12,9% - відповідно 18,6.
4. Основними клінічними факторами ризику перинатальних втрат є вихідна екстрагенітальна (82,7%) і генітальна патологія (52,8%); ускладнений перебіг попередніх вагітностей (репродуктивні втрати, пізні гестози, аномалії пологової діяльності, кесарів розтин) - 38,1% і вікові особливості (до 18 і старше 35 років) - 28,9%. При цьому, поєднання різноманітних факторів складає 2,5±0,2 на одну жінку.
5. Аналіз мікробного спектру показав, що у 36,4% випадків має місце дисбактеріоз ІІ-ІІІ ст., що проявляється значним зниженням лактобацил на фоні зростання трихомонад (24,1%), хламідій (17,1%) та грибів рода кандиди (27,2%). При загрозі переривання вагітності та фетоплацентарній недостатності порушення біоценозу було ще більш вираженим.
6. Ендокриний статус жінок з високим перинатальним ризиком характеризується достовірним зниженням з 20-21 тиж. вагітності вмісту у сироватці крові естріолу, прогестерону та плацентарного лактогену при одночасному підвищенні рівня кортизолу та альфа-фетопротеїну. В 28-29 тиж. додатково до цього зменьшується вміст хоріонічного гонадотропіну. Ці зміни зберігаються безпосередньо до розродження при загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходах, а при запропонованій нами методиці – всі показники нормалізуються відносно контрольної групи з 28-29 тиж. вагітності.
7. Стан гемодинаміки в фетоплацентарному комплексі характеризується підсиленням кровотоку з 20-21 тиж. вагітності в артерії пуповини та в маткових артеріях на фоні одночасного зниження кровотоку в середній мозковій артерії плода з 28-29 тиж. Ці порушення зберігаються до розродження. При використанні запропонованої нами методики всі показники кровотоку в системі мати-плацента-плод нормалізуються з 28-29 тиж. вагітності.
8. Використання запропонованої нами методики у жінок з високим перинатальним ризиком дозволяє зберегти морфометричні показники ворсинчастого дерева на рівні таких в контрольній групі: міжворсинчастий фібриноїд (0,4+0,02 б.); псевдоінфаркти (1,2+0,1 б.); зближені ворсини (0,4+0,02 б.); міжворсинчасті крововиливи (0,4+0,02 б.) та кальцифікати (1,3+0,1 б.).
9. При аналізі прогностичної ефективності різноманітних лабораторних і функціональних методів дослідження встановлена найбільш висока пряма корелятивна залежність перинатальних втрат і середнього показника стану плоду (r=+0,75); рівня естріолу в сечі (r=+0,71) і кортизолу в периферійній крові (r=+0,75), а також ступеня дозрівання плаценти (передчасне - r=+0,71 і відставання - r=+0,70).
10. Застосування диференційованого підходу до профілактики та лікування порушень у системі мати-плацента-плід дозволило достовірно знизити частоту фетоплацентарної недостатності в 2,6 рази; анемії вагітних - у 1,7 рази; пізніх гестозів - у 1,4 рази і загрози переривання вагітності - у 1,5 рази при одночасному попередженні декомпенсації гемодинамічних і ендокринологічних порушень і зменшення рівня плацентографічних, фетометричних та морфологічних змін.
11. Використання розробленого нами комплекса лікувально-профілактичних заходів при розродженні жінок з високим перинатальним ризиком сприяло зниженню частоти передчасного розриву плодових оболонок у 2,2 рази; аномалій пологової діяльності в 2,1; дистресу плода в пологах - у 2,6; кесаревих розтинів - у 2,8 рази; середньо-тяжких форм асфіксії новорождених - у 2,3; гіпотрофії плода - у 2,6 і перинатальних втрат - у 3 рази.
12. Впровадження нової моделі зниження перинатальної смертності дозволило зменшити частоту передчасних пологів у 1,6 рази; пізніх гестозів - у 1,6; аномалій пологової діяльності - у 1,7 і переношеної вагітності - у 5 разів, а також попередити ріст кесаревих розтинів (10,2%). Перинатальні втрати зменшилися в 2 рази (з 12,9 до 6,4), передусім за рахунок зниження питомої ваги гіпоксичного пошкодження плода і новонародженого в 2,1 рази (з 43,3% до 21,3%).
 |

 |