**Шатилович Катерина Леонідівна. Диференційований підхід до надання допомоги при розладах стану функціональної системи мати-плацента-плід : Дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Львівський національний медичний ун-т ім. Данила Галицького. — Л., 2006. — 158арк. : рис., табл. — Бібліогр.: арк. 141-158.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Шатилович К.Л. Диференційований підхід до надання допомоги при розладах стану функціональної системи мати-плацента-плід**. *– Рукопис.*  *Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького МОЗ України, 2006 рік.*  Мета даного дослідження полягала у вдосконаленні технології надання допомогипри гіпоксичних станах у перинатальній медицині шляхом розробки нових підходів до комплексної оцінки та диференційованої терапії розладів гомеостазу ФСМПП.  Однією з причин високих показників перинатальної смертності при розладах стану ФСМПП є похибки у проведенні оцінки умов життєдіяльності плода, несвоєчасна діагностика прогресування фетального дистресу або необґрунтована активізація акушерської тактики.  В результаті проведених досліджень встановлено, що особливу діагностично-прогностичну цінність при розладах стану ФСМПП має визначення таких біопараметрів, як варіабельність ЧСС, кількість ГР і ДР плода, ІАР, ІСО в МА, СА, АП та СМА.  Доведено, що доплерометричне дослідження МПК та ППК має суттєве значення при виборі тактики ведення вагітних з розладами стану ФСМПП. У разі наявності компенсованого дистресу плода, зниженні тільки МПК та терміні гестації до 34 тижнів виправдане консервативно-вичікувальне ведення вагітності з проведенням моніторингу стану ФСМПП. Ізольоване порушення ППК незалежно від гестаційного терміну, а також поєднані зміни МПК та ППК після 34 тижнів вагітності спостерігаються при загрозі гіпоксичного ураження плода. Проведення доплерометричного дослідження особливостей гемодинамічної відповіді на інгаляцію -адреноміметика (сальбутамола) дозволяє визначити резервні можливості кровообігу у ФСМПП.  Показана роль порушення МПК урозладах підготовки материнського організму до пологів і виникненні аномалій родової діяльності.  На основікомплексного вивчення доплерометричних, ехографічних та кардіотахографічних параметрів розроблена шкала для визначення стану ФСМПП, у якій виключається імовірність домінуючого впливу одного показника на загальну оцінку.  Теоретично обгрунтована та практично підтверджена доцільність диференційованого підходу до надання допомоги при розладах стану ФСМПП. Дотримання основних принципів алгоритму пренатального моніторингу при розладах стану ФСМПП дозволяє знизити перинатальну захворюваність в 2,6 і смертність в 3 рази. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведене теоретичне узагальнення і вирішення наукової задачі, що виявляється у вдосконаленні технології допомоги при гіпоксичних станах у перинатальній медицині шляхом розробки нових підходів до комплексної оцінки та диференційованої терапії розладів гомеостазу ФСМПП з метою зниження перинатальної захворюваності і смертності.  1. Однією з причин високих показників перинатальної смертності (60) при розладах стану ФСМПП є похибки у проведенні оцінки умов життєдіяльності плода, несвоєчасна діагностика прогресування фетального дистресу або необґрунтована активізація акушерської тактики.  2. При розладах стану ФСМПП особливу діагностично-прогностичну цінність має визначення таких біопараметрів, як варіабельність ЧСС, кількість ГР і ДР плода, ІАР, ІСО в МА, СА, АП та СМА.  3. Бальна оцінка біофізичного профілю ФСМПП з урахуванням основних доплерометричних, ехографічних та кардіотахографічних показників дозволяє виключити імовірність домінуючого впливу одного показника на загальну уяву про умови життєдіяльності плода, надає максимально об’єктивну інформацію про перебіг пренатального періоду.  4. У разі наявності компенсованого дистресу плода, підвищення ІСО в МА та СА на 20-25% при терміні гестації до 34 тижнів, виправдане консервативно-вичікувальне ведення вагітності з проведенням моніторингу стану ФСМПП. Вказане підвищення опору кровоплину у басейні МА у даного контингенту вагітних може бути функціональним та минучим, оскільки пов’язане із сповільненням гестаційної трансформації СА.  5. При загрозі гіпоксичного ураження плода спостерігається підвищення ІСО в АП та МА на 35-45%. Проведення доплерометричного дослідження особливостей гемодинамічної відповіді на інгаляцію -адреноміметика (сальбутамола) дозволяє визначити резервні можливості кровообігу у ФСМПП.  6. Позитивний вплив на МПК при збільшенні ІСО в МА та СА має застосування дезагреганту аспірину, токолітика гініпралу, блокатора кальцієвих каналів верапамілу та венотоніка флебодіа 600. При порушенні ППК (збільшення ІСО в АП і Ао) доцільно використовувати антигіпоксант мілдронат та активатор тканинного обміну солкосерил.  7. Суттєвим фактором ризику виникнення патологічного перебігу підготовчого періоду до пологів та аномалій родової діяльності є розлади МПК, зниження діастолічної швидкості кровоплину у МА та СА.  8. Здійснення моніторингу основних біопараметрів біофізичного профілю ФСМПП дозволяє отримати об’єктивну інформацію про умови життєдіяльності плода, провести диференційовану терапію, обрати оптимальний час та тактику розродження, забезпечити зниження перинатальної захворюваності і смертності. | |