**Шлапак Ігор Михайлович. Корекція фетоплацентарної недостатності при високому ризику внутрішньоутробного інфікування: дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2004**

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

|  |
| --- |
| **Шлапак І.М. Корекція фетоплацентарної недостатності при високому ризику внутрішньоутробного інфікування. -**Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. - Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України. Київ, 2004.Наукова робота присвячена рішенню актуального питання сучасного акушерства - зниженню перинатальноъ патології в жінок із високим ризиком внутрішньоутробного інфікування. Автором встановлений взаємозв'язок між перинатальними наслідками розродження, функціональним станом системи мати-плацента-плід, системного імунітету і мікробіоценозу статевих шляхів у жінок із високим ризиком внутрішньоутробного інфікування. Показано роль корекції фетоплацентарної недостатності і мікробіоценозу статевих шляхів у профілактиці перинатальної патології в жінок із високим ризиком внутрішньоутробного інфікування. Розроблені і впроваджені практичні рекомендації щодо зниження перинатальної патології в жінок із високим ризиком внутрішньоутробного інфікування на основі використання медикаментозної терапії і корекції мікробіоценозу статевих шляхів.**„Ключові слова”**: внутрішньоутробне інфікування, фетопла-центарна недостатність, профілактика. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Основними факторами ризику внутрішньоутробного інфікування є: урогенітальна інфекція до вагітності (60,0%); хронічні запальні процесів репродуктивної системи (38,0%) і нирок (20,0%), а також репродуктивні втрати інфекційного генезу: невиношування, передчасні або термінові пологи мертвим плодом (22,0%).2. Перебіг вагітності в жінок із високим ризиком внутрішньоутробного інфікування характеризується високою частотою фетоплацентарної недостатності (82,0%), у структурі якої переважають компенсована (58,5%) і субкомпенсована форми (34,1%), а також значним рівнем гестаційної анемії (52,0%); загостренням урогенітальної інфекції (32,0%); порушенням мікробіоценозу статевих шляхів (30,0%) і прееклампсією (18, 0%).3. Розродження жінок із високим ризиком внутрішньоутробного інфікування супроводжується високою частотою передчасних пологів (10,0%); передчасним розірванням плодових оболонок (34,0%); аномаліями пологової діяльності (26,0%); дистресом плода (18,0%) і акушерськими кровотечами (12,0%), що призводить до значного рівня пологозбуджень і половикликань (22,0%), а також кесаревих розтинів (28,0%).4. Перинатальні наслідки розродження при високому ризику внутрішньоутробного інфікування характеризуються значною частотою затримки внутрішньоутробного розвитку плода по асиметричній формі (60,0%); інтранатальною асфіксією (34,0%), інтраамніальним інфікуванням (22,0%), постгіпоксичною енцефало-патією (26,0%), геморагічним синдромом (8,0%) і гіпербілірубі-немією (8,0%), що призводить до значного рівня перинатальних втрат (40,0).5. Зміни у фетоплацентарному комплексі при високому ризику внутрішньоутробного інфікування супроводжуються значним рівнем порушень із боку функціонального стану плода (зміни серцевого ритму (16,0%); дихальної (20,0%) і рухової активності плода (26,0%), а також його тонусу (10,0%), плаценти (передчасне дозрівання плаценти з одночасною патологією міометрія в зоні плацентації (28,0%) і поєднання виснаження плаценти із випередженням дозрівання (10,0%) і об”єму навколоплідних вод (мало-(18,0%) і багатоводдя (12,0%) на фоні виражених гемодинамічних (посилення кровотоку в артерії пуповини й у маткових артеріях при одночасному зниженні в середньомозковіой артерії) і ендокринологічних (зниження вмісту естріолу, прогестерону, хоріонічного гонадотропіну і плацентарного лактогену на фоні збільшення рівня кортизолу) порушень.6. Стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок із високим ризиком внутрішньоутробного інфікування характеризується протягом гестаційного періоду прогресивним зниженням кількості лактобацил (із 80,0% до 48,0%), біфідобактерій (із 62,0% до 40,0%) і молочнокислих стрептококів (із 40,0% до 30,0%) на фоні одночасного росту рівня штамів стафілококу (із 40,0% до 80,0%) і інших мікроорганізмів (уреа- і мікоплазми, хламідії, ешерихії і протей).7. Використання запропонованої нами лікувально-профілактичної методики дозволяє знизити частоту фетоплацентарної недостатності в 2,1 разу; затримки внутрішньоутробного розвитку плода - 1,9 разу; загострення урогенітальної інфекції під час вагітності - у 2 рази; бактеріального вагінозу - у 2,1 разу; передчасних пологів - у 2,5 разу; аномалій пологової діяльності - у 1,9 разу; дистреса плода - у 2,3 разу; інтранатальної асфіксії - у 2,1 разу; інтраамніального інфікування - у 2,2 разу і перинатальних утрат - у 2 рази. |

 |