**Барановська Галина Антонівна. Оптимізація тактики ведення вагітності у жінок з ВІЛ-інфекцією : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. — К., 2006. — 133арк. : табл. — Бібліогр.: арк. 113-133.**

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

|  |
| --- |
| **Барановська Г.А. Оптимізація тактики ведення вагітності у жінок з ВІЛ-інфекцією.** - 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 зниженню частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з ВІЛ-інфекцією на підставі вивчення клініко-вірусологічних особливостей та функціонального стану фетоплацен-тарного комплексу, а також розробки і упровадження методики оптимізації ведення вагітності. Вперше встановлено взаємозв'язок між функціональним станом фетоплацентарного комплексу і розвитком акушерської і перинатальної патології у жінок з ВІЛ-інфекцією з урахуванням поведінкових чинників і вживання наркотиків. Це дозволило розширити наявні дані про механізм формування і розвитку акушерської і перинатальної патології у жінок з ВІЛ-інфекцією, а також науково обгрунтувати необхідність оптимізації ведення вагітності. Встановлено необхідність проведення антиретровірусної і антигомотоксичної профілактики перинатальної ВІЛ-трансмісії з ІІ триместру вагітності, оскільки саме з цього періоду більш ефективно знижується частота розвитку ускладнень вагітності і плацентитів, а також поліпшується морфофункціональний стан плаценти і впливає негативно на клінічні, біохімічні, імунологічні та ендокринологічні показники крові. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено теоретичне обгрунтування та запропоновано нове вирішення важливого наукового завдання щодо зниження частоти перинатальної та акушерської патології у ВІЛ-інфікованих жінок на підставі розробки і впровадження комплексу оптимізації тактики ведення вагітності з використанням антирет-ровірусної і антигомотоксичної терапії.1. ВІЛ-інфекція діагностується найчастіше (87,14%) у стадії безсимптомного вірусоносійства (94,64%) під час вагітності у молодих жінок (26,02±1,03 року), причому без певного місця роботи (82,50%). Основними шляхами інфікування є парентеральний (внутрішньовенний прийом наркотиків) – 63,57% і статеві контакти - 35,71%, а лише в 0,72% інфікування відбувається в стаціонарі під час гемотрансфузії.2. Серед вагітних з ВІЛ-інфекцією 37,5% вживають наркотики, причому більшість (92,38%) – героїн. Безпосередньо під час вагітності систематично приймають наркотики 31,43% жінок і епізодично - 68,75%, а постійно палять 63,21% жінок. При цьому, крім ВІЛ-інфекції, в 61,07% мають місце різні варіанти вірусного гепатиту (С, В, В+С), в 13,57% - трихомоніаз, в 8,57% - сифіліс і в 6,43% - гонорея. Супутні гінекологічні захворювання зустрічаються в 91,0% випадків з переважанням кольпіту (43,93%) і псевдоерозії шийки матки (32,86%).3. Частота різних варіантів ПН складає 55,23% з переважанням затримки внутрішньоутробного розвитку (29,64%). Найчастішим ураженням плаценти є РНК-вірусний плацентит (десквамативно-фібринозний інтервілузит) – 62,86%.4. Розродження ВІЛ-інфікованих жінок характеризується високою частотою недоношування (10,71%) й абдомінального розродження (18,57%), в структурі показань до якого переважають акушерські ускладнення (тяжкі форми прееклампсії, передчасне відшарування плаценти, аномалії пологової діяльності) – 48,07%; гострий дистрес плода в пологах – 28,8% і висновок інфекціоніста – 23,08%.5. Рівень всіх акушерських і перинатальних ускладнень у ВІЛ-інфікованих залежить від регулярності прийому наркотиків під час вагітності (збільшення частоти ПН – в 2,14, аномалій пологової діяльності – в 1,98 і перинатальних втрат – в 2,14 раза), причому абстинентний синдром після розродження у матерів розвивається в 56,72% і у новонароджених – в 48,95% випадків.6. Комплексне використання антиретровірусної і антигомотоксичної терапії, починаючи з ІІ триместру вагітності, дозволяє знизити частоту невиношування в 2,12, недоношування – в 2,29, аномалій пологової діяльності – в 1,91, дистреса плода в пологах – 1,73, інтранатальної асфіксії – в 2,04, постгіпоксичної енцефалопатії – в 1,98 і перинатальних втрат – в 2,12 раза. |

 |