**Форостяна Олена Вікторівна. Профілактика акушерських та перинатальних ускладнень у жінок з плацентарною недостатністю при попередній гестації : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2006**

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

|  |
| --- |
| **Форостяна О.В. Профілактика акушерських та перинатальних ускладнень у жінок з плацентарною недостатністю при попередній гестації.** - 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, 2006.Наукова робота присвячена знижению частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з плацентарною недостатністю при попередній гестації на основі вивчення клініко-ехографічних особливостей, функціонального стану вегетативної нервової системи, психоемоційного статусу, вмісту гормонів і плацентарних білків, а також мікробіологічних особливостей і удосконалення лікувально-профілактичних заходів. Показано, що розвиток акушерської і перинатальної патології у жінок з плацентарною недостатністю при попередній гестації відбувається на фоні виражених змін психоемоційного статусу і функціонального стану вегетативної нервової системи. Розроблені і упроваджені практичні рекомендації щодо зниження частоти акушерської і перинатальної патології у жінок з плацентарною недостатністю при попередній гестації на основі диференційованого підходу для проведення лікувально-профілактичних заходів.**Форостяная Е.В. Профилактика акушерских и перинатальных осложнений у женщин с плацентарной недостаточностью при предыдущей гестации.** - Рукопись.Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. - Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика МЗ Украины. - Киев, 2006.Научная работа посвящена снижению частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин с плацентарной недостаточностью при предыдущей гестации на основе изучения клинико-эхографических особенностей, функционального состояния вегетативной нервной системы, психоэмоционального статуса, содержания гормонов и плацентарных белков, а также микробиологических особенностей и усовершенствования лечебно-профилактических мероприятий. Показано, что развитие акушерской и перинатальной патологии у женщин с плацентарной недостаточностью при предыдущей гестации происходит на фоне вираженных изменений психоэмоционального статуса и функционального состояния вегетативной нервной системы. Разработаны и внедрены практические рекомендации по снижению частоты акушерской и перинатальной патологии у женщин с плацентарной недостаточностью при предыдущей гестации на основе дифференцированного подхода для проведения лечебно-профилактических мероприятий.Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины с плацентарной недостаточностью при предыдущей гестации составляют группу высокого риска по развитию повторных нарушений в системе мать-плацента-плод (54,2%); анемии беременных (58,3%); угрозы невынашивания и недонашивания (40,8%) и преэклампсии (20,8%). Повторная плацентарная недостаточность чаще развивается до 32 нед. (80,8%); различного генеза (инфекционно-воспалительный – 38,5%; сочетанный – 34,6% и эндокринопатия – 26,9%) с преобладанием суб- (30,8%) и декомпенсированных форм (11,5%). Родоразрешение женщин с плацентарной недостаточностью при предыдущей гестации сопровождается высоким уровнем преждевременых родов (12,5%); дистресса плода (45,7%); преждевременного разрыва плодных оболочек (43,8%) и различных аномалий родовой деятельности (41,3%), что приводит к значительной частоте абдоминального родоразрешения (31,3%). Перина-тальные исходы родоразрешения женщин с плацентарной недостаточностью при предыдущей гестации характеризуются высокой частотой задержки внутриутробного развития плода (31,3%); средне-тяжелых форм асфиксии (20,8%) и интраамниального инфицирования (10,4%) при суммарных перинатальных потерях 63,0. Изменения психоэмоционального статуса женщин с плацентарной недостаточностью при предыдущей гестации сопровождаются ухудшением памяти, сообразительности и внимания (48,0%); физическим и психологическим дискомфортом (34,0%); психотравмирующими ситуациями во время настоящей беременности (30,0%); беспокойством за состояние своего здоровья (30,0%); опасением за исход родов, здоровья будущего ребенка и трудностей, связанных с уходом за новорожденным (24,0%); снижением настроения и чувством подавленности (22,0%); беспокойством за материальное и социальное положение, а также за отношения с родственниками (22,0%); проявлениями напряженности (18,0%); различными нарушениями сна (14,0%) и ощущениями чувства паники, страха и отчаяния (10,0%). Изменения со стороны вегетативной нервной системы у женщин с плацентарной недостаточностью при предыдущей гестации происходят в условиях автономного контура, контролирующего нормальную работу сердца и вегетативной нервной системы. В дальнейшем, возникает выраженное напряжение регуляторних механизмов, проявляющееся централизацией управления сердечной деятельности и резким повышением активности симпатической нервной системы, а на заключительном этапе влияние центрального контура значительно уменьшается и снова формируется патофункциональнае вегетативное равновесие. Развитие повторной плацентарной недостаточности у женщин с данной патологией при предыдущей гестации происходит на фоне изменений эндокринологического статуса (снижение уровня ПЛ и Е3) и содержания плацентарных белков (увеличение уровня РР12 при одновременном уменьшении SР1 и РР14). Использование предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий у женщин с плацентарной недостаточностью при предыдущей гестации повзоляет существенно снизить частоту акушерских (повторной плацентарной недостаточности в 2,7 раза; невынашивания и недонашивания – в 3,1 раза; дистресс плода в 2,3 раза; аномалий родовой деятельности в 2,0 раза) и перинатальных осложнений (задержки внутриутробного развития плода в 2,7 раза; средне-тяжелых форм асфиксии в 3,5 раза; интраамниального инфицирования в 2,6 раза и перинатальных потерь в 3,1 раза); нормализовать состояние психоэмоционального статуса, вегетативной нервной системы и предупредить эндокринологические, дисметаболические и микробиологические нарушения. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Жінки з плацентарною недостатністю при попередній гестації складають групу високого ризику щодо розвитку повторних порушень в системі мати-плацента-плід (54,2%); анемії вагітних (58,3%); загрози невиношування і недоношування (40,8%) та прееклампсії (20,8%). Повторна ПН частіше розвивається до 32 тиж. (80,8%); різного генезу (інфекційно-запальний – 38,5%; поєднаний – 34,6% і ендокринопатія – 26,9%) з переважанням суб- (30,8%) і декомпенсованих форм (11,5%).
2. Розродження жінок з ПН при попередній гестації супроводжується високим рівнем передчасних пологів (12,5%); дистресу плода (45,7%); передчасного розриву плодових оболонок (43,8%) і різних аномалій пологової діяльності (41,3%), що приводить до значної частоти абдомінального розродження (31,3%).
3. Перинатальні результати розродження жінок з ПН при попередній гестації характеризуються високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку плода (31,3%); середньо-тяжких форм асфіксії (20,8%) і інтраамніального інфікування (10,4%) при сумарних перинатальних втратах 63,0.
4. Зміни психоемоційного статусу жінок з ПН при попередній гестації супроводжуються погіршенням пам'яті, кмітливості і уваги (48,0%); фізичним і психологічним дискомфортом (34,0%); психотравмуючими ситуаціями під час справжньої вагітності (30,0%); турботою за стан свого здоров'я (30,0%); побоюванням за результат пологів, здоров'я майбутньої дитини і труднощів, пов'язаних з доглядом за новонародженим (24,0%); зниженням настрою і відчуттям пригніченості (22,0%); турботою за матеріальне і соціальне положення, а також за відносини з родичами (22,0%); проявами напруженості (18,0%); різними порушеннями сну (14,0%) і відчуттями відчуття паніки, страху і відчаю (10,0%).
5. Зміни з боку вегетативної нервової системи у жінок з ПН при попередній гестації відбуваються в умовах автономного контуру, який контролює нормальну роботу серця та вегетативної нервової системи. Надалі, виникає виражена напруга регуляторних механізмів, що проявляється централізацією керування серцевої діяльності та різким підвищенням активності симпатичної нервової системи, а на заключному етапі вплив центрального контуру значно зменшується та знову формується патофункціональна вегетативна рівновага.
6. Розвиток повторної ПН у жінок з даною патологією при попередній гестації відбувається на фоні змін ендокринологічного статусу (зниження рівня ПЛ і Е3) і вмісту плацентарних білків (збільшення рівня РР12 при одночасному зменшенні SР1 і РР14).
7. Використання запропонованих лікувально-профілактичних заходів у жінок з ПН при попередній гестації дозволяє істотно понизити частоту акушерських (повторної ПН в 2,7 рази; невиношування і недоношування – в 3,1 рази; дистресу плода в 2,3 рази; аномалій пологової діяльності в 2,0 рази) і перинатальних ускладнень (затримки внутрішньоутробного розвитку плода в 2,7 рази; середньо-тяжких форм асфіксії в 3,5 рази; інтраамніального інфікування в 2,6 рази і перинатальних втрат в 3,1 рази); нормалізувати стан психоемоційного статусу, вегетативної нервової системи і попередити ендокринологічні, дисметаболічні і мікробіологічні порушення
 |

 |