**Саада Фірас Ахмад. Профілактика аномалій пологової діяльності у багатородящих жінок: дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2004**

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

|  |
| --- |
| Фірас Ахмад Саада.Профілактика аномалій пологової діяльності у багатородящих жінок.Рукопис. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.Спеціальність 14.01.01 – акушерство та гінекологія.Київська медична академія післядипломної освіти ім П.Л.Шупика МОЗ України.Київ, 2003.Наукова робота присвячена вивченню особливостей аномалій пологової діяльності в багатородящих жінок і розробці на основі отриманих даних методики їхньої профілактики. Вивчено порівняльні аспекти клінічного перебігу вагітності і пологів, а також аномалій пологової діяльності в залежності від паритету. Вперше проведена оцінка функціонального стану вегетативної нервової системи і фетоплацентарного комплексу в багатородящих жінок. Науково обгрунтована і розроблена методика профілактики аномалій пологової діяльності в багатородящих жінок на основі використання антигомотоксичної терапії. Впровадження розробленої методики дозволило істотно знизити частоту і ступінь виразності аномалій пологової діяльності і поліпшити безпосередні результати розрдження багатородящих жінок. |

 |
|

|  |
| --- |
| В дисертації зроблено теоретичне узагальнення і запропоновано нове вирішення наукового завдання щодо зниження частоти аномалій пологової діяльності у багатородящих жінок на підставі результатів вивчення клініко-ендокрінологічних, ехографічних та кардіотокографічних особоливостей, а також розробки і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів.1. Клінічний перебіг вагітності у багатородящих жінок характеризується високою частотою ускладнень як у І її половині (анемія - 84,0% і погіршення супутньої екстрагенітальної патології - 16,0%), так і в ІІ (анемія - 92,0%; прееклампсія - 22,0% і фетоплацентарна недостатність - 41,0% відповідно), що призводить до високого рівня передчасного розродження (10,0%).
2. Частота патологічних пологів у багатородящих жінок складає 96,0% за рахунок високого рівня передчасного розриву плодових оболонок (42,0%); аномалії пологової діяльності (32,0%) і акушерських кровотеч (22,0%). У свою чергу, це призводить до збільшення частоти кесаревих розтинів (20,0%). У структурі аномалій пологової діяльності переважають дискоординація (46,9%) і первинна слабість (31,3%), а кожний другий кесарів розтин (50,0%) здійснюють в зв'язку з неефективним лікуванням порушень скорочувальної функції матки.
3. Перинатальні наслідки розродження багатородящих жінок характери-зуються високою частотою асфіксії новонароджених різноманітного ступеня тяжкості (18,0%) і значним рівнем дитячого пологового травматизму (3,0%). У ранньому неонатальному періоді це призводить до постгіпоксичної енцефалопатії (18,0%); реалізації внутрішньоутробного інфікування (7,0%); геморагічного синдрому (3,0%) і гіпербілірубінемії (3,0%). Перинатальні втрати у багатородящих жінок складають 40,0, а в їхній структурі мають місце респіраторний дистрес-синдром на фоні глибокої недоношеності (20,0); гостра інтранатальна асфіксія (10,0) і постнатальні інфекції (10,0).
4. Стан вегетативної нервової системи у багатородящих жінок напередодні розродження характеризується високим рівнем психоемоційних розладів (88,0%); вегетативною дисфункцією (44,0%) і судинними порушеннями (40,0%), що клінічно виявляється підвищеною стомлюваністю (56,0%); тривожністю (46,0%); болями в серце (38,0%); серцебиттями (36,0%) і 50,0%), що підтверджується на кардіоінтервалографії високими значеннями індексу вегетативної рівноваги (421,08±19,17; р<0,05) і вегетативного показника ритму (11,43±1,42; р<0,05). При вивченні корелятивної залежності встановлено пряму залежність між рівнем дискоординації пологової діяльності і підвищеної втомлюваності (r=+0,74), а також із частотою порушень сну (r=+0,71).
5. Функціональний стан фетоплацентарного комплексу у багатородящих жінок, напередодні розродження, характеризується високою частотою плацентографічних змін: контрастування базальної пластини (30,0%); наявність гіперехогенних включень у плаценті (26,7%); варикозне розширення судин (26,7%) і гіпертрофія плаценти (26,7%), а також розвитком асиметричної затримки внутрішньоутробного розвитку плода (зменшення параметрів голівки плода, обсягу живота і довжини стегнової кістки).
6. Ендокринна функція плаценти порушується з 29-30 тиж. вагітності, що виявляється спочатку зниженням вмісту естріолу (р<0,05) і хоріонічного гонадотропіну (р<0,05) при одночасному збільшенні рівня кортизолу (р<0,05), а напередодні розродження відзначається додатково достовірне зменшення вмісту прогестерону (р<0,05) і плацентарного лактогену (р<0,05).
7. Скоротлива функція матки багатородящих жінок характеризується у фазу збудження відсутністю достовірних розходжень із боку її інтенсивності (р>0,05) при одночасному зниженні частоти (р<0,05) і ОМ (р<0,05). У І і ІІ стабільні фази першого періоду пологів у багатородящих жінок була відзначена відсутність достовірних розходжень тільки з боку частоти маткової активності (р>0,05) на фоні росту її інтенсивності (р<0,05) і ОМ (р<0,05). В другому періоді пологів, маткова активність якого характеризується достовірним збільшенням всіх параметрів: інтенсив-ності (р<0,05); частоти (р<0,05) і ОМ (р<0,05).
8. Використання запропонованої лікувально-профілактичної методики дозволяє знизити у багатородящих жінок частоту анемії вагітних у 1,9 рази; прееклампсії - у 1,8 рази; фетоплацентарної недостатності - у 1,7 рази; передчасних пологів - у 2,5 рази; передчасного розриву плодових оболонок - у 1,8 рази; аномалій пологової діяльності - у 2,5 рази; дистреса плода - у 1,6 рази; кесаревих розтинів – у 2 рази; асфіксії новонароджених і постгіпоксичної енцефалопатії - у 2,5 рази і перинатальних втрат - у 2 рази.
 |

 |