**Ляшенко Олена Миколаївна. Профілактика передчасних пологів при внутрішньоутробному інфікуванні : Дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Кримський держ. медичний ун-т ім. С.І.Георгієвського. — Сімф., 2004. — 149арк. — Бібліогр.: арк. 129-149**

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

|  |
| --- |
| **Ляшенко О.М. Профілактика передчасних пологів при внутрішньоутробному інфікуванні**. - 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, 2005.Наукова робота присвячена рішенню актуального питання сучасного акушерства – зниженню частоти передчасних пологів при внутрішньоутробному інфікуванні. Автором встановлено взаємозв'язок між частотою, термінами і причинами передчасних пологів, змінами мікробіологічного і вірусологічного статусу, системного імунітету і функціонального стану фетоплацентарного комплексу при внутрішньоутробному інфікуванні. Показана роль корекції мікробіоценозу статевих шляхів, системного імунітету і порушень в системі „мати-плацента-плід” в профілактиці передчасних пологів. Розроблені і упроваджені практичні рекомендації по зниженню частоти передчасних пологів при внутрішньоутробному інфікуванні на основі використовування диференційованого підходу до проведення лікувально-профілактичних заходів. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Серед основних причин інтраамніального інфікування на предгравідарному етапі необхідно виділити наявність урогенітальної інфекції (60,0 %); хронічні запальні процеси репродуктивної системи (44,0 %) і нирок (30,0 %), а також репродуктивні втрати інфекційного генезу: невиношування, передчасні і термінові пологи інфікованими плодами (34,0 %).2. Клінічний перебіг вагітності в жінок з інтраамніальним інфікуванням ускладнюється ФПН (62,0 %); гестаційною анемією (52,0 %); загостренням урогенітальної інфекції (34,0 %) і порушенням мікробіоценозу статевих шляхів (38,0 %).3. Частота ПП у жінок з інтраамніальним інфікуванням складає 28,0 %, причому в 28-32 тиж. недоношеність мала місце в 57,1 % спостережень, а в 33-36 тиж. - відповідно в 42,9 % випадків. Передчасний розрив плодових оболонок відзначено в 71,4 % обстежених, а регулярна пологова діяльність, що не піддається корекції – у 28,6 % пацієнток.4. Перинатальні наслідки розродження при інтраамніальному інфікуванні характеризуються високою частотою інтранатальної асфіксії (44,0 %); ЗВУР плода (60,0 %); макроскопічніми ознакими внутрішньоутробного інфікування (28,0 %) і респіраторним дистрес-синдромом (28,0%). У неонатальному періоді має місце значна частота постгіпоксичної енцефалопатії (28,0 %); реалізації інтраамніального інфікування (22,0 %); геморагічного синдрому (8,0 %) і гіпербілірубінемії (8,0 %). Сумарні перинатальні втрати склали серед жінок із високим рівнем внутрішньоутробного інфікування 60,0 (дистрес плода на фоні недоношеності і постнатальний менінгоенцефаліт).5. У жінок з інтраамніальним інфікуванням порушення мікробіоценозу статевих шляхів починаються з 18-20 тиж. вагітності і характеризуються зниженням кількості лактобацил (76,0 %); біфідобактерій (64,0 %) і молочнокислих стрептококів (42,0 %) при одночасному рості штамів стафілокока (44,0 % - переважливо золотавого) і появі невисокої частоти хламідій (16,0 %); кандид (16,0 %); ешерихій (14,0 %); протея (10,0 %); уреаплазм (10,0 %) і мікоплазм (8,0 %). Крім того, відзначена наявність гострих форм хламідій (6,0 %); герпетичної (6,0 %) і цитомегаловірусної інфекції (4,0 %), а носійство цих же мікроорганізмів - у кожному десятому спостереженні (10,0 %). Ці зміни зберігаються аж до розродження.6. Використання запропонованої методики дозволяє знизити частоту ФПН (з 62,0 до 30,0 %); загострення урогенітальної інфекції (з 34,0 до 16,0 %); порушень мікробіоценозу статевих шляхів (з 38,0 до 14,0 %); ПП (з 28,0 до 12,0 %); асфіксії новонароджених (із 34,0 до 16,0 %); ЗВУР плода (з 60,0 до 32,0 %); интраамніального інфікування (з 28,0 до 10,0 %) і сумарних перинатальных втрат (з 60,0 до 20,0 ). |

 |