

ПРОФИЛАКТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ МАТКИ И ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИИ ПЛОДА

Рахимова Камола Юлдашевна

Андижанский государственный медицинский институт, магистр кафедры акушерства и гинекологии

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7130216>

Аннотация. Внутриутробное инфицирование плода представляет собой антенатальный риск, длительную профилактику воспаления повышенной интенсивности перинатальных осложнений, возникновение внутриутробного инфицирования плода.

Ключевые слова: фетоплацентарная недостаточность, внутриутробное инфицирование плода, иммунопрофилактика.

PREVENTION OF CHANGES IN THE HEMODYNAMICS OF THE UTERUS AND PLACENTA IN FETAL INFECTIONS OF THE FETUS

Abstract. Intrauterine infection of the fetus is an antenatal risk, long-term prevention of inflammation of increased intensity of perinatal complications, the occurrence of intrauterine infection of the fetus.

Keywords: fetoplacental insufficiency, intrauterine infection of the fetus, immunoprophylaxis.

ВВЕДЕНИЕ

Внутриутробное инфицирование плода связано с высоким акушерским и перинатальным риском, с осложнениями беременности. Риск невынашивания беременности 76,3%, фетоплацентарной недостаточности 79,1%, преждевременного излития околоплодных вод 49,8%, аварийных родов 23,1%, хориоамнионита 25% и новорожденных по наличию опасности. Высокая частота перинатальных потерь к развитию врожденных пороков у 10-15% плодов. [1,3,6]

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДОЛОГИЯ

В результате перенесенных беременными инфекционно-воспалительных заболеваний возникает риск развития порока развития плода, ожидаемого развития плода, преждевременных родов плода и формирования фетоплацентарной недостаточности. 25% беременных подвержены риску внутриутробного инфицирования плода, а 27-75% новорожденных из этой группы беременных имеют высокий риск инфицирования. [15,17,18]

По данным частоты внутриутробного инфицирования плод составляет 29,2%. Нарушения функции плаценты играют важную роль в патогенезе инфекционных осложнений у плодов и новорожденных. Нарушения кровообращения и появление фетоплацентарной системы в период внутриутробного развития могут вызывать вторичные осложнения и перинатальную патологию [11,16].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Одной из эффективных мер профилактики внутриутробного инфицирования плода является разработка динамического наблюдения за беременными, входящими в группу повышенного риска инфицирования во время беременности.

С целью проведения пренатальной диагностики плановый профилактический осмотр беременных проводится в 3 этапа. Первый этап проводят в 10-14 недель

беременности, второй этап в 20-24 недели беременности и третий этап в 30-34 недели беременности. [2,4,9]

В случаях профилактики внутриутробного инфицирования плода необходима гинекологическая консультация и поэтапный подход в акушерстве стационарных: [5,9,12]

I. Этап: Анализ данных анамнеза беременных с высоким риском инфицирования.

II. Этап: Клиническая объективная оценка проявления инфицирования материи и плода.

III. Этап: Исследование экзогенных признаков фетоплацентарной системы на фоне внутриутробного инфицирования плода инструментальными методами.

IV. Этап: Контроль развития факторов риска с помощью клиничко-лабораторных методов диагностики.

Профилактика осложнений беременности внутриутробного инфицирования плода начинается с добеременного периода. Комплекс лечебных процедур включает коррекцию состояния организма, раннюю профилактику и лечение женщин, не подпадающих под действие хронической вирусной инфекции. Проводят санацию хронических очаговых заболеваний, повышение активности иммунной системы, иммунопрофилактику вирусов, вызывающих инфекционные заболевания, профилактику анемии и другие профилактические мероприятия.

При осмотре фетоплацентарной недостаточности в первую очередь необходима коррекция гемодинамических состояний плацентарно-плодовой системы, восстановление патологических изменений реологических и коагуляционных свойств крови, улучшение микроциркуляции и тонуса сосудов, расширенный артериальный и венозный кровоток. Профилактика фетоплацентарной недостаточности следует проводить в антенатальном периоде 14–16, 28–34 недель беременности у беременных, продолжительность такого курса должна составлять 3–4 недели. [6,14]

ОБСУЖДЕНИЕ

Лечение фетоплацентарной недостаточности, которая обусловлена гемодинамическими нарушениями матки, плацентами и плодами системы наружного инфицирования плода, сопряженной с проблемами, связанными с развитием, обусловленным многими факторами, лечение должно характеризоваться профилактическими мероприятиями, тогенетической и иной комплексной терапией. [4,14,19]

1. Улучшение кровообращения, микроциркуляции, реологических и коагуляционных свойств крови маточных и плацентарных сосудов.

2. Нормализация газообмена между игрой и плодом.

3. Улучшение метаболических функций плаценты.

4. Восстановление поврежденных функций плацентарной клеточной мембраны.

Фетоплацентарная система включает устранение последствий, возникновение нарушений гемодинамики, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.

Лечебные мероприятия должны быть направлены на нормализацию сократительной способности и тонуса матки, достижение антиоксидантной защиты, оптимизацию метаболических процессов, улучшение кровообращения в маточно-плацентарно-плодовой системе. Для восстановления тонуса матки рекомендуются спазмолитики, токолитики. Для улучшения кровообращения в системе мать-плацента-

плод снижения антикоагулянтов и антиагрегантов. При применении на практике антиагрегантов восстанавливается микроциркуляция в фетоплацентарном комплексе, уменьшается межворсинчатый объем, предупреждаются межворсинчатые кровоизлияния и инфаркт плаценты. Для борьбы с гипоксией плода антиоксиданты, антигипоксанты, витамины, а также интоксикационная инфузионная терапия. Антибактериальную терапию проводят и при внутриутробном инфицировании плода. [7,8,17]

ВЫВОДЫ

Комплексные методы исследования включают диагностику цитологического возбудителя, биофизический профиль продукции, образование плаценты, специфические маркеры антигенов и антител, гистологические исследования, а также дополнительные методы диагностики и профилактическое лечение в неонатальном периоде.

REFERENCES

1. Буданов П.В., Стрижаков А.Н. Этиология, патогенез, диагностика и лечение внутриутробной инфекции // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – М., 2010. – Т. 9. №3. – С.61-71.
2. Белоцерковцева Л.Д., Каспарова А.Э., Коваленко Л.В., Мордовина И.И. Перинатальные инфекции: настоящий взгляд на проблему. Современные методы профилактики вертикального пути передачи ВИЧ: Учеб. пособ. – Сургут: Изд-во СурГУ, 2008.
3. Бочарова И.И., Аксенов А.Н., Башакин Н.Ф. и др. Итоги и перспективы научных исследований по проблеме внутриутробной инфекции новорожденных // Рос. Вест. акушера-гинека. – 2007. – № 5. – С. 60–63
4. Долгушина Н.В. Патогенез и профилактика плацентарной недостаточности и синдрома потери плода у беременных с вирусными инфекциями. Автореф. Дис. Д-ра мед. Наук. М. 2009. 40.
5. Игнатко И.В., Рыбин М.В., Дуболазов В.Д. Профилактика плацентарной недостаточности у беременных группы высокого риска // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006. – № 5(1). – С. 11-20.
6. Качалина Т.С. и др. Хроническая плацентарная недостаточность: учеб.-метод. пособие. – Н.Новгород: изд-во Нижегород. гос. мед. академии, 2008. – 72 с.
7. Кривчик Г.В. Диагностика и прогнозирование внутриутробной инфекции современные возможности и перспективы. Акуш и гин. 2018. 10-12.
8. Новикова С.В., Шугинин И.О., Малиновская В.В., Паршина О.В., Гусева Т.С. Иммунокоррекция как компонент фармакотерапии плацентарной недостаточности // Фармакотерапия. – 2008. – № 2. – С. 10–12.
9. Матвиенко Н. А. Профилактика внутриутробных инфекций. Вопр гин акуш и перинатол. 2016. 53-58.
10. Самсыгина Г.А. Современные проблемы внутриутробных инфекций. // Педиатрия. 2010. С. 34-35.
11. Серов В.Н. Плацентарная недостаточность // Трудный пациент. – 2005. – Том 3. – № 2. – С. 17-20.
12. Серов В.Н. Современные принципы диагностики и лечения плацентарной недостаточности // Акушерство. – 2006. – № 1. – С. 30-

13. Сидорова И.С., Макаров И.Ю., Матвиенко Н.А. Внутриутробные инфекции. – М.: МИА, 2006. – 176 с.
14. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Ранняя профилактика и лечение плацентарной недостаточности у беременных высокого риска перинатальной патологии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Том 4. – № 3. – С. 1-13.
15. Стрижаков а.Н., Тимохина Т.Ф., Баева О.Р. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика, лечение //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003 – Т.2 – №.– С.2-11
16. Costerton W., Veeh R., Shirtliff M. The application of biofilm science to the study and control of chronic bacterial infections. Clin Invest 2003; 112: 1466–1477.
17. Murth V., Kennea N.L. Antenatal infection inflammation and fetal tissue injury // Clin. Obstet. Gynaecol. – 2007. – Vol. 21. №3. – P.479-489.
18. Piazze J. et al. // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2005. Vol. 91. № 3. P. 233–237.
19. Park Y.W. et al. // Yonsei Med. J. 2005. Vol. 31. № 46 (5). P. 652–657.