**Хаща Іван Іванович. Прогнозування і профілактика порушень лактації у жінок групи ризику : дис... д-ра мед. наук: 14.01.01 / Ужгородський національний ун-т. — Ужгород, 2006. — 316арк. — Бібліогр.: арк. 275-316.**

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

|  |
| --- |
| **Хаща І.І. Прогнозування та профілактика порушень лактації у жінок групи ризику.**– Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. – Київ, 2006.Дисертація присвячена проблемі порушень лактації у жінок з чинниками ризику. Метою роботи є зниження частоти порушень лактації на підставі вивчення клініко-морфологічних, біохімічних та ендокринологічних чинників в їх патогенезі, а також розробки та упровадження прогностичних і лікувально-профілактичних заходів. Вивчено нові аспекти патогенезу порушень лактації, що полягають в участі лімфоїдних клітин у розвитку цитотоксичних реакцій, а кіллерна активність лейкоцитів тісно пов’язана з їх здатністю до адгезії на поверхні клітин, що видаляються. Це дозволяє припустити, що інтенсивна реакція клітин лімфоїдної системи за фізіологічного перебігу лактації сприяє швидкому видаленню зруйнованих клітин з порожнини альвеол і вивідних проток молочної залози. Показано, що якісні зміни грудного молока у жінок з чинниками ризику розвитку порушень лактації залежать від способу розродження і характеризуються після кесарева розтину достовірним зниженням вмісту лактози, лактоферину, церулоплазміну, трансферину, загального білка, казеїну, ліпідів, вітамінів С і Е, а також імуноглобулінів класів А, М і G. Після природного розродження якісні зміни грудного молока носять менш виражений характер і полягають в достовірному зменшенні рівня лактоферину, загального білка, ліпідів та імуноглобуліну класу А. Все це в сукупності дозволило розробити і впровадити поетапні практичні рекомендації та алгоритм дій лікаря щодо зниження частоти порушень лактації у жінок з чинниками ризику. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено дані та нове вирішення наукової проблеми сучасного акушерства щодо зниження частоти порушень лактації у породілей на підставі вивчення особливостей їх патогенезу та розробки системи прогнозування, профілактики та лікування.1. Основними факторами ризику порушень лактації є: вік до 18 років (12,0%) і понад 30 років (40,0%); соматична (38,0%) і генітальна (36,0%) патологія ендокринного генезу; гестаційна анемія (61,0%); плацентарна недостатність (55,0%); прееклампсія (19,0%); аномалії пологової діяль-ності (22,0%); дистрес плода (18,0%) та акушерські кровотечі (12,0%).
2. Частота розвитку порушень лактації у жінок групи ризику має зв’язок із способом розродження: після природного розродження – 80,0%, після кесарева розтину – 100,0%. У структурі порушень лактації після природних пологів І ступ. складає 22,0%, ІІ ступ. – 40,0%, ІІІ ступ. – 30,0% і IV ступ. – 8,0%. Після абдомінального розродження в структурі порушень лактації І ступ. складає 16,0%, ІІ ступ. – 30,0%, ІІІ ступ. – 28,0% і IV ступ. – 26,0% відповідно.
3. У жінок з факторами ризику порушень лактації мають місце порушення в системі мати-плацента-плід, які характеризуються дисгормональними та дисметаболічними порушеннями, що починаються з 28 тижнів і проявляються достовірним зниженням вмісту естріолу (до 501,4±31,2 нмоль/л), хоріонічного гонадотропіну (до 152,8±15,1 нмоль/л), пролактину (до 3081,5±195,3 нмоль/л) та б-мікроглобуліну фертильності (до 131,8±16,2 нг/мл) на фоні одночасного збільшення рівня кортизолу (до 1974,2±113,5 нмоль/л), плацентарного б1-мікроглобуліну (до 21,4±1,6 нг/мл), трофічного Я-глікопротеїду (до 114,1±12,1 мкг/мл) і тестостерон-естрадіолзв’язуючого глобуліну (до 679,1±16,2 нмоль/л).
4. У жінок з факторами ризику розвитку порушень лактації встановлено характерні відмінності структури агрегатів клітин молозива, їхньої форми і рельєфу клітинної поверхні, що полягають в сплощенні клітин, які мають злегка хвилеподібну поверхню і прилягають безпосередньо до підкладки.
5. В передлактаційному періоді та на ранніх стадіях лактогенезу, коли завершується формування альвеолярної структури залози, встановлено активність кислої фосфатази і мієлопероксидази, що вказує на посилення деструктивних процесів у молочній залозі, причому їхня інтенсивність закономірно вища у жінок з нормальною лактацією та помітно знижена у жінок з факторами ризику порушень лактації.
6. Якісні зміни грудного молока у жінок з факторами ризику порушень лактації залежать від способу розродження та характеризуються після кесарева розтину достовірним зниженням вмісту лактози, лактоферину, церулоплазміну, трансферину, загального білка, казеїну, ліпідів, вітамінів С і Е, а також імуноглобулінів класів А, М і G. Після природного розродження якісні зміни грудного молока носять менш виражений характер і полягають у достовірному зменшенні рівня лактоферину, загального білка ліпідів та імуноглобуліну класу А.
7. В молочних залозах наприкінці вагітності встановлено зміни кровонаповнення судин, які за даними реограм характеризуються високою швидкістю, що слід розглядати як компенсаторну реакцію, спрямовану на посилення доставки кисню до тканин. Зміни регіонарного кровоплину залежать від способу розродження з переважанням порушень еластичності й тонусу судин молочних залоз після кесарева розтину.
8. Найбільш інформативними діагностичними критеріями в оцінці передлактаційної підготовки молочних залоз у жінок з факторами ризику розвитку порушень лактації є дослідження агрегатного стану лейкоцитів молозива, проведення реографічних досліджень молочних залоз та визначення кислої фосфатази та мієлопероксидази в молозиві.
9. Використання запропонованих лікувально-профілактичних заходів у жінок з факторами ризику розвитку порушень лактації дозволяє знизити їх частоту після природного розродження з 80,0 до 50,0%, а після кесарева розтину – з 100,0 до 70,0% з переважанням І-ІІ ступ. вираженості на фоні одночасного посилення кровоплину в молочних залозах і поліпшення якісного складу грудного молока.
 |

 |