**Нерянов Кирило Юрійович. Особливості становлення лактації у жінок з пієлонефритом: дисертація канд. мед. наук: 14.01.01 / Вінницький національний медичний ун-т ім. М.І.Пирогова. - Вінниця, 2003**

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

|  |
| --- |
| Нерянов К.Ю. Особливості становлення лактації у жінок з пієлонефритом.- Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 - акушерство та гінекологія.Метою даного дослідження було зниження частоти гіпогалактії у породіль з хронічним і гестаційним пієлонефритом шляхом уточнення особливостей становлення їх лактації й удосконалення методів профілактики гіпогалактії.Вивчено перебіг вагітності та її результатів у 138 вагітних, а також стан їх новонароджених. Проведено комплексне вивчення лактаційної функції на 3 і 5 добу післяродового періоду, а також вивчено фетоплацентарний комплекс у третьому триместрі вагітності з використанням клінічних, ехографічних, гістологічних та радіоімунних методів дослідження, дані практичні рекомендації щодо ведення вагітних з пієлонефритом. Розвиток фетоплацентарної недостатності у жінок з різними формами пієлонефриту приводить до підвищеного вироблення гормонів в ФПК, що, в свою чергу, приводить до дезорганізації процесів лактації. Встановлено позитивний вплив санаторного оздоровлення на перебіг вагітності, пологів, стан ФПК у вагітних з різними формами пієлонефриту та відповідне зниження перинатального ризику, що дозволяє рекомендувати його у комплексі лікувально-профілактичних заходів у даного контингенту вагітних. |

 |
|

|  |
| --- |
| В дисертації приведені загальні положення становлення лактації у породіль з пієлонефритом, ролі ФПК у цьому процесі, а також розроблені методи профілактики гіпогалактії у цій групі жінок.1. Пієлонефрит вагітних є одним з факторів розвитку порушень у фетоплацентарному комплексі, що проявляється у розвитку ФПН у 8 разів частіше, ніж в групі контролю, і виражається підвищеним рівнем гормонів в сироватці крові жінок (кортизолу, прогестерону, естрадіолу, інсуліну).

Порушення лактаційної функції у жінок з пієлонефритом обумовлено гормональними змінами і, в першу чергу, в фетоплацентарному комплексі, що прояляється більш високим рівнем, в порівнянні з контролем, кортизолу (на 25%), прогестерону (на 26%), естрадіолу (на 30%), інсуліну (на 14%), але більш низьким рівнем пролактину (на 18%).У породіль з хронічним і гестаційним пієлонефритом відзначається дезорганізація процесу лактації, що проявляється початковим пригніченням лактогенезу, хоча в даних групах спостерігаються більші темпи приросту кількості молока, що секретується, на етапі становлення лактопоезу в середньому на 30%; добовий об’єм молока, що секретується, напряму залежить від концентрації пролактину в сироватці крові.Якісний склад грудного молока у породіль з хронічним і гестаційним пієлонефритом , поряд з іншими факторами, можливо, залежить від рівня інсуліну і кортизолу: при підвищенні рівня інсуліну на 14% в групі з хронічним пієлонефритом відмічається підвищення концентрації білка в молоці на 20%, ліпідів - на 9%. А при підвищенні рівня кортизолу на 25% рівень вуглеводів підвищується на 15%.При народженні маловагових дітей молоко матерів найбільш адаптовано під індивідуальні потреби новонародженого, що проявляється більш високим вмістом білків, ліпідів і вуглеводів у породіль з різними формами пієлонефриту.Питомий електричний опір грудного молока, який відображає його фізико-хімічні властивості, знаходиться в прямій залежності від концентрації ліпідів.У новонароджених від матерів з хронічним і гестаційним пієлонефритом відмічається збільшення фізіологічної втрати маси тіла плоду та уповільнене відновлення початкової маси, незважаючи на більш високий вміст білків, ліпідів, вуглеводів в молоці їх матерів.У групі з хронічним пієлонефритом після санаторного оздоровлення якісний і кількісний склад молока найбільш наближений до групи контролю. |

 |