**Лук'яненко Марина Володимирівна. Прогнозування та профілактика гіпогалактії у жінок з пізнім прикладанням новонародженого до грудей: дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2004**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Лук’яненко М.В. Прогнозування та профілактика гіпогалактії у жінок з пізнім прикладанням новонародженного до грудей.**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, 2004.  Наукова праця присвячена зниженню частоти і ступеня виразності гіпогалактії у жінок з пізнім прикладанням немовляти до грудей. Уперше вивчені особливості лактації і її стан у жінок з пізнім прикладанням немовляти до грудей у залежності від причин і клінічного перебігу вагітності, пологів, післяпологового і неонатального періодів. Уперше установлений взаємозв'язок між ступенем виразності гіпогалактії і станом фетоплацентарного комплексу у жінок з різними причинами пізнього прикладання до грудей з використанням ехографічних і ендокринологічних досліджень, що дозволило розширити наявні дані про патогенез первинної гіпогалактії. Уперше науково обґрунтована методика прогнозування і поетапної профілактики первинної гіпогалактії в жінок з пізнім прикладанням немовляти до грудей на основі використання медикаментозної корекції. | |
| |  | | --- | | В роботі наведені дані про частоту гіпогалактії при пізнім прикладанні новонароджених до грудей матері, про патогенезїї розвитку, про якісний склад та біохімічну і імунологічну характеристику молока та розроблені методи прогнозування, профілактики і лікування гіпогалактії у таких жінок.  1. Пізнє прикладання немовляти до грудей є однією з основних причин розвитку гіпогалактії з порушенням кількісного і якісного складу грудного молока.  2. Серед основних причин пізнього прикладання немовляти до грудей найчастіше мають місце плодові причини (48,0%): затримка внутрішньоутробного розвитку (14,0%); внутрішньоутробне інфікування (14,0%); важка асфіксія (8,0%); родова травма (6,0%) і гемолітична хвороба (6,0%). Материнські причини зустрічаються трохи рідше (32,0%): масивні травми м’яких тканин родових шляхів (12,0%); акушерські кровотечі (10,0%) і середньо-важкі форми прееклампсії (10,0%). У 20,0% спостережень відзначені сполучені причини: прееклампсія і затримка внутрішньоутробного розвитку плоду (10,0%); акушерські кровотечі і затримка внутрішньоутробного розвитку плоду (8,0%), а також травми м’яких тканин родових шляхів і гемолітична хвороба немовляти (2,0%).  3. В патогенезі розвитку гіпогалактії, поряд з пізнім прикладанням до грудей матері мають місце фетоплацентарна недостатність та дисгормональні порушення в організмі вагітної які починаються з 32-33 тижня вагітності і зберігаються до розродження у вигляді достовірного зниження вмісту естріолу (р < 0,05); хоріонічного гонадотропіну (р < 0,05); плацентарного лактогену (р < 0,05) і пролактину(р < 0,05).  4. У жінок з пізнім прикладанням новонародженого до грудей матері у післяпологовому періоді, починаючи з 3 доби, відзначене достовірне зниження рівня пролактину: 3 доба – до 3371,8±204,7 мМЕ/л (р < 0,05); 7 доба – 3581,9±188,8 мМЕ/л (р < 0,05) і 14 доба – до 3714,7±193,5 мМЕ/л (р < 0,05).  5. Гіпогалактія в жінок з пізнім прикладанням немовляти до грудей характеризується достовірним зниженням кількості виділюваного молока починаючи з 1 доби (до 40,8±4,2 мл; р < 0,05) і закінчуючи у 14 день пуерперального періоду (до 421,2±18,3 мл; р < 0,05). Якісні зміни грудного молока характеризуються в 1 добу після розродження достовірним зниженням наступних параметрів: лактоза (до 38,1±2,1 г/л; р < 0,05); загальний білок (до 15,1±1,2 г/л; р < 0,05); імуноглобуліни класів G (до 0,3±0,01 г/л; р < 0,05), А (до 1,9±0,1 г/л; р < 0,05) і М (до 0,1±0,01 г/л; р < 0,05). На 3 добу додатково відбувається достовірне зменшення ще ряду показників: лактоферін (до 2,6±0,2 г/л; р < 0,05); вітаміни С (до 72,4±3,1 мкмоль/л; р < 0,05) і Е (до 1,5±0,1 г/л; р < 0,05), а також секреторний імуноглобулін А (до 5,2±0,4 г/л; р < 0,05).  6. Розроблена методика прогнозування розвитку гіпогалактії та бальна оцінка ризику її розвитку. Найбільш інформативними критеріями прогнозування гіпогалактії в жінок з високим ризиком її розвитку є: вік; родиний стан; рівень матеріальної забезпеченості; вихідна генітальна патологія; репродуктивний анамнез; екстрагенітальна патологія; патологія молочних залоз; ускладнення вагітності (фетоплацентарна недостатність, прееклампсія, анемія, ізосенсибілізація); термін розродження; ускладнення в родах (аномалії пологової діяльності, кровотечі); спосіб розродження; стан немовляти (асфіксія, інфікування, гемолітична хвороба і вади розвитку) і відношення матері до грудного вигодовування.  7. Розроблена лікувально-профілактична методика для вагітних з високим ступенем розвитку гіпогалактії складається з призначення препарата «Кратал» з 36 тижня вагітності і не менш 30 днів після розродження.  8. Використання запропонованої прогностичної і лікувально-профілактичної методики в жінок з наявністю протипоказань для раннього прикладання немовлят до грудей в віддаленому періоді після розродження (до 9 місяців) дозволяє істотно поліпшити основні показники кількісного (об’єм молока) і якісного (вміст загального білка, ліпідів, казеїну і лактози) характеру, що позитивно позначається на розвиток дітей 1 року життя. | |