

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ім. М.І.ПИРОГОВА

**НЕРЯНОВ КИРИЛО ЮРІЙОВИЧ**

**УДК618.73-06:616.61-002.3**

**ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ЛАКТАЦІЇ У ЖІНОК З ПЄЛОНЕФРИТОМ**

14.01.01 – акушерство та гінекологія

**АВТОРЕФЕРАТ**  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

Вінниця – 2003

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Запорізькому державному медичному університеті МОЗ України.

**Науковий керівник:** кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри акушерства та гінекології Запорізького державного медичного університету МОЗ України **Жарких Анатолій Васильович**

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, професор **Мазорчук Борис Федорович**, завідувач кафедрою акушерства і гінекології №1 Вінницького національного медичного університету МОЗ України

Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор **Воронін Карнелі Валентинович**, кафедра акушерства і гінекології Дніпропетровської державної медичної академії МОЗ України

**Провідна установа:** Одеський державний медичний університет МОЗ України, кафедра акушерства і гінекології №2.

Захист відбудеться „27” травня 2003 р. о 14 год на засіданні спеціалізованої вченої ради К 05.600.01 при Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І.Пирогова МОЗ України (21018, м.Вінниця, вул. Пирогова, 56)

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (21018, м.Вінниця, вул. Пирогова, 56).

Автореферат розісланий 25.04.2003 року.

**Вчений секретар спеціалізованої вченої ради, кандидат медичних наук, доцент**

**М.І.Покидько**

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Здоров'я матері та її майбутньої дитини - це головна проблема сучасного акушерства. Виростити здорове покоління в нинішній час, багатий на екологічні катастрофи і соціальну напруженість - особливе акушерське завдання, яке вимагає пошуку нових шляхів і засобів для зниження перинатальної захворюваності та дитячої смертності (Тимошенко Л.В., 1989, Вихляева Е.М., Бадоева Ф.С., 1990).

При вагітності з фізіологічним перебігом розвиваються виражені анатомо-функціональні зміни сечовивідних шляхів і нирок. В результаті поєднання нейрогуморальних, гормональних і механічних впливів збільшуються розміри нирок, розширюються сечоводи, що сприяє уростазу і виникненню пієлонефриту вагітних. Частота гестаційного пієлонефриту досягає 11% і супроводжується низкою тяжких урологічних та акушерських ускладнень (загроза переривання вагітності, анемія, гестози першої і другої половини вагітності, внутрішньоутробне інфікування і передчасні пологи) (Лопаткина О.Н., Васильева З.В., Козлов В.А., 1990; Гайструк А.Н., Григоренко П.П., Шатковська Н.С., Костюк С.А., 1991; Бессонова Ю.В., 1996.).

Важливим фактором нормального розвитку новонародженого є грудне вигодовування, яке знаходиться в прямій залежності від стану лактації (Гайдуков С.Н., 1996, Морозов Н.А., 1998). У новонароджених грудне вигодовування є фізіологічною формою адаптації. Перевага грудного вигодовування не викликає сумніву. В той же час є дані про негативний вплив на лактаційну функцію різних екстрагенітальних захворювань. В літературі наведені дані про те, що найчастіше у жінок з гіпогалактією в анамнезі спостерігалися хронічний тонзиліт (72,7%), захворювання серцево-судинної системи (45,5%), хвороби нирок (36,4%), хвороби органів дихання (18,2%). Але в сучасній літературі відсутні матеріали про становлення лактації у жінок з пієлонефритом.

Виходячи з вище викладеного актуальність проблеми не викликає сумніву і служить підставою для проведення даного дослідження.

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Робота виконана в рамках НДР кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медичного університету „Вивчити вплив плацентарної недостатності в жінок з акушерсько-гінекологічною та екстрагенітальною патологією на внутрішньочеревний плід та новонародженого в умовах великого промислового міста” (№ державної реєстрації 0199U004267) і має безпосередній зв'язок з медичними аспектами програми Всесвітньої Організації Охорони здоров'я та Дитячого Фонду Об'єднаних націй „Сприяння грудному вигодовуванню в медичних закладах” та Національної програми „Репродуктивне здоров'я 2001-2005р.р.”

**Мета дослідження.** Знизити частоту гіпогалактії у породіль з хронічним і гестаційним пієлонефритом, шляхом уточнення особливостей становлення у них лактації та удосконалення методів профілактики гіпогалактії.

Задачі дослідження

1. Вивчити якісно-кількісні показники молока породіль з хронічним і гестаційним пієлонефритом.
2. Дати оцінку ендокринної регуляції лактації породіль з хронічним і гестаційним пієлонефритом.
3. Встановити взаємозв'язок фетоплацентарної системи і характеру лактації породіль з пієлонефритом.
4. Вивчити вплив нетрадиційних методів санаторного оздоровлення вагітних з хронічним пієлонефритом в профілактиці гіпогалактії.

*Об'єкт дослідження:* вагітні та породіллі з хронічним і гестаційним пієлонефритом.

*Предмет дослідження:* лактація породіль з хронічним і гестаційним пієлонефритом.

*Методи дослідження:* загальноклінічні методи, гістологічні, біохімічні, фізико-хімічні, радіоімунні, статистичні.

**Наукова новизна отриманих результатів.** Вперше показана роль змін, які проходять під час лактопоезу та лактогенезу у жінок з пієлонефритом. Доведений взаємозв'язок стану фетоплацентарного комплексу і становлення лактації у даного контингенту жінок. Вперше була вивчена проблема становлення лактації з позицій детального і комплексного аналізу динаміки клінічних та параклінічних показників, таких як біохімічні, фізико-хімічні, гормональні, морфологічні. Визначена роль інсуліну в становленні лактації у породіль з пієлонефритом, його вплив на фізико-хімічні властивості молока даного контингенту породіль. Доведена позитивна роль санаторного оздоровлення вагітних з пієлонефритом в профілактиці гіпогалактії.

**Практичне значення отриманих результатів.** Визначення харчової цінності молока за якісними і кількісними змінами лактаційної функції жінок з пієлонефритом.

Доведення безсумнівної переваги природного вигодовування для новонароджених від матерів з пієлонефритом.

Розроблена комплексна методика профілактики гіпогалактії, включаючи санаторне оздоровлення, у жінок з пієлонефритом. За матеріалами дисертації надрукований інформаційний лист: „Вплив санаторного оздоровлення на становлення лактації у жінок з пієлонефритом”.

**Особистий внесок здобувача.** Науковий результат автор отримав самостійно. Особисто обстежив 138 вагітних і породіль на базі спеціалізованого відділення для вагітних профілакторію "Великий Луг", жіночої консультації, клінічного пологового будинку №5. Проведені клінічні, кардіотахографічні, радіоімуннологічні, фізико-хімічні дослідження 138 жінок, з яких у 108 мали

місце різні форми пієлонефриту. Пошукачем особисто проведена статистична обробка одержаних результатів. **Апробація результатів дисертації.** Основні положення і висновки дисертаційної роботи доповідались на Всеукраїнській науково-практичній конференції “Актуальні питання перинатології”, м.Чернівці, 2001р, на спільному засіданні кафедр акушерства і гінекології Запорізького державного медичного університету і Запорізького державного інституту удосконалення лікарів і на III міжнародній медичній конференції студентів і молодих вчених “Медицина – здоров'я 21 століття” м.Дніпропетровськ 2002р.

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 7 наукових робіт, з яких 4 - в журналах і збірниках, затверджених ВАК України, 4 роботи написано без співавторів.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертація викладена на 136 сторінках машинописного тексту, яка складається із вступу, огляду літератури, розділу "Методи дослідження", 4 розділів власних досліджень, обговорення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій і списку використаної літератури, який містить 202 найменування літературних джерел вітчизняних та зарубіжних авторів. Робота ілюстрована 33 таблицями і 45 малюнками.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Матеріали і методи дослідження.** Спостереження проводилось на 138 вагітних, роділлях і породіллях. Серед них контрольну групу склали 30 соматично здорових жінок з фізіологічним перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду. В основну групу ввійшли 108 жінок, в тому числі 40 - з гестаційним пієлонефритом, 40 - з хронічним пієлонефритом та 28 - з хронічним пієлонефритом, які проходили санаторне оздоровлення в другому триместрі вагітності в умовах відділення для оздоровлення вагітних в місцевому санаторії "Великий Луг". Всі жінки були розроджені через природні родові шляхи. Поряд з цим були обстежені 138 новонароджених від обслідуваних матерів.

Вивчення гормональної взаємодії гіпоталамо-гіпофізарної системи та системи "мати-плацента-плід" вивчався вміст естрадіолу, прогестерону, кортизолу, пролактину, інсуліну в сироватці крові матері в третьому триместрі вагітності, на 3 і 5 добу післяпологового періоду.

Для вивчення лактаційної функції вивчався на 3 і 5 добу вміст білків, ліпідів, вуглеводів за загальноприйнятою методикою (Білоруського НДІ, 1984), а також визначався питомий електричний опір молока за методикою Євдокимова І.К. (1979) і Ререкіна І.А. (1990). З метою проведення статистичної обробки використовувався комп'ютер " Pentium 3-900"

**Основні результати дослідження.** Аналізуючи перебіг вагітності у обстежених жінок, ми виявили ускладнення у 92 вагітних, що склало 66,6%. В групі вагітних з гестаційним пієлонефритом ускладнення під час вагітності склали 20,2%, в групі з хронічним пієлонефритом - 23,2%, а у

вагітних з хронічним пієлонефритом, які оздоровилися в санаторії, і в контрольній групі патологія склала лише 11,6%. Поєднання низки ускладнень в перебігу вагітності нами відзначено в загальному підсумку у 10,7% жінок. Таким чином, найбільша частота ускладнень вагітності встановлена нами в групі з хронічним пієлонефритом, а найменша - в групі жінок з хронічним пієлонефритом, які пройшли санаторне оздоровлення. Найчастіше вагітність ускладнювалася анемією, невиношуванням, ранніми та пізніми гестозами у жінок з хронічним пієлонефритом. У вагітних після санаторного оздоровлення і в контрольній групі ці показники були більш низькими. Одержані нами дані збігаються з думкою ряду авторів (Лопатки Н.А., 1990; Матуа Г.Б., 1990; Довлатян А.А., 1993; Неймарк А.И., Шпак И.В., 1995).

У жінок з хронічним пієлонефритом клінічні ознаки ХФПН зустрічалися у 8 разів частіше, ніж в групі контролю, і в 1,2 рази частіше, ніж у жінок з гестаційним пієлонефритом. У вагітних після санаторного оздоровлення клінічні прояви ХФПН зменшилися в 1,5 рази у порівнянні з тими, які не перебували на санаторному оздоровленні, що підтверджується гістологічними дослідженнями плаценти. Частота ХФПН в наших дослідженнях підтверджується і даними літератури (Тимошенко Л.В., 1996).

Аналіз результатів кардіотахограм показав, що в групах вагітних з гестаційним і хронічним пієлонефритом достовірної різниці не мали лише показники середньої амплітуди і загальної тривалості повільних акселерацій в перерахунку на 60 хвилин. За всіма іншими параметрами, включаючи загальну бальну оцінку, в основних групах показники були достовірно нижче, ніж у здорових вагітних ( $p < 0,05$ ). При порівнянні КТГ у вагітних з хронічним пієлонефритом, які пройшли санаторне оздоровлення, з КТГ здорових жінок ми відзначили достовірну різницю лише в показниках середньої амплітуди миттєвих осциляцій. Це свідчить про те, що у цієї групи вагітних, незважаючи на загальну високу бальну оцінку, КТГ зберігає ундуляторну варіабельність, на відміну від контролю.

Всі жінки були розроджені через природні родові шляхи.

Пологи в строк були у 131 вагітної (94,9%), передчасні пологи - у 7 (5,1%). Найбільшу кількість передчасних пологів відмічено в групі з хронічним пієлонефритом (4 - 57,1%), найменшу - у жінок з хронічним пієлонефритом, які пройшли санаторне оздоровлення (1 - 14,3%), що узгоджується з даними літератури (Тертична И.О., 1998). Передчасні пологи в групі контролю нами не зафіксовані.

Середня тривалість безводного проміжку достовірно вище в групі з хронічним пієлонефритом ( $4,35 \pm 0,21$ ;  $p < 0,01$ ), ніж в групі з гестаційним пієлонефритом ( $4,12 \pm 0,18$ ;  $p < 0,01$ ) і після санаторного оздоровлення ( $4,23 \pm 0,22$ ;  $p < 0,01$ ), в порівнянні з групою контролю ( $3,66 \pm 0,24$ ). Збільшення безводного проміжку в основних групах ми пов'язуємо з більш частою наявністю в даних групах несвоєчасного відходження навколоплідних вод, що склало 12% проти 3,3%

контролю. Найбільший відсоток цієї патології виявлено нами в групі жінок з хронічним пієлонефритом (57%), найменший - серед вагітних, які пройшли санаторне оздоровлення (14%).

Найчастіше пологи ускладнювалися прееклампсією різного ступеню тяжкості (11,6%) та аномаліями родової діяльності (10,1%). Пізні гестози ускладнили пологи у жінок з гестаційним і хронічним пієлонефритом з однаковою частотою: 37,5%; у жінок, які пройшли санаторне оздоровлення - 18,75%, в контролі - 6,25%. Аномалії родової діяльності мали місце у породіль з хронічним пієлонефритом (42,9%), рідше - з гестаційним пієлонефритом (28,6%), а після проведеного санаторного оздоровлення і в контрольній групі - 14,3%. Таким чином, ускладнення в пологах більш часто виникають у жінок з хронічним пієлонефритом, однак у вагітних з хронічним пієлонефритом, які пройшли курс санаторного оздоровлення, число ускладнень значно менше.

Аналізуючи тривалість родового акту, ми не виявили достовірної різниці в тривалості 1 і 2 періоду пологів між основними та контрольною групами. Достовірна різниця відмічена в тривалості 3-го періоду пологів між основними групами (жінки з хронічним пієлонефритом -  $15,9 \pm 0,26$ хв ( $p < 0,001$ ); жінки з гестаційним пієлонефритом -  $12,6 \pm 0,35$  ( $p < 0,001$ ); жінки з хронічним пієлонефритом, які пройшли санаторне оздоровлення -  $9,9 \pm 0,6$  ( $p < 0,001$ )) і контрольною.

Крововтрата в пологах в основних групах, хоча й не перевищувала гранично допустиму, але була достовірно вище, ніж в групі контролю. Таким чином, збільшення тривалості 3-го періоду пологів та об'єму крововтрати пояснюються затримкою частки плацентарної тканини в 3,6% випадків в основних групах. Це стало показом для ручного обстеження порожнини матки. В контрольній групі ускладнень не спостерігалось.

В пізньому післяродовому періоді ускладнення склали 5,5% у породіль основних груп, з яких 3,7% припадають на долю породіль з хронічним пієлонефритом. В групах після санаторного оздоровлення і в контрольній групі післяродовий період пройшов без ускладнень.

Проведення плацентометрії показало - маса плаценти в грамах в групі з гестаційним і хронічним пієлонефритом достовірно вище, ніж у здорових жінок ( $p < 0,05$ ). Порівняння маси плаценти у породіль після санаторного оздоровлення та у здорових породіль контрольної групи достовірної різниці не виявило. Можна припустити, що збільшення маси плаценти викликано компенсаторно-приспосувальними процесами на тлі хронічного запалення. Суперечливими є дані літератури, які вказують на зниження маси плаценти при наявності у вагітної клінічних проявів пієлонефриту (Балаш О.В., 1987).

У кожної другої жінки мікроскопічне дослідження плаценти дозволило виявити ознаки інфікування з однаковою частотою як в групі з гестаційним пієлонефритом, так і в групі з хронічним пієлонефритом. У кожній третій жінки підтверджено інфікування у вигляді базального децидуїту. Жінки, які пройшли санаторне оздоровлення і в контрольній групі ознаки інфікування відмічені в 2 рази рідше. При дослідженні морфологічних особливостей плаценти в групі з

хронічним і гестаційним пієлонефритом ми відзначили порушення морфології плаценти, яке виражається в склерозі ворсин хоріону, набряку плідних оболонок, наявності ділянок петрифікатів і гіповаскуляції, вогнищ ішемії та інфарктів в 2,5 рази частіше, ніж в групі, яка пройшла санаторне оздоровлення, та в контрольній групі. Таким чином, проведені дослідження плацент показали, що гестаційний і хронічний пієлонефрит негативно впливають на перебіг вагітності, а проведене санаторне оздоровлення дозволяє знизити клінічні прояви ХФПН, що підтверджується і морфологічними даними.

Особливості перебігу вагітності і пологів при пієлонефриті впливають і на процеси адаптації новонароджених в неонатальному періоді. Всього народилося 138 живих дітей, з них хлопчиків - 71 (51,4%), дівчаток - 67 (48,6%). Аналізуючи дані шкали Апгар при народженні, ми відмітили, що достовірно більш низькі бальні показники і на 1-й, і на 5-й хвилині мали діти від матерів з хронічним пієлонефритом ( $7,38 \pm 0,22$  - на першій хвилині;  $8,32 \pm 0,09$  - на п'ятій хвилині) і гестаційним ( $7,39 \pm 0,22$  - на першій хвилині;  $8,39 \pm 0,18$  - на п'ятій хвилині) в порівнянні з групою жінок після санаторного оздоровлення ( $7,45 \pm 0,12$  - на першій хвилині;  $8,42 \pm 0,08$  - на п'ятій хвилині) і з групою контролю ( $7,96 \pm 0,08$  та  $8,65 \pm 0,1$  відповідно). Саманізська середня маса новонароджених в групі породіль як з хронічним, так і з гестаційним пієлонефритом в порівнянні із здоровими породіллями ( $p < 0,01$ ). При порівнянні середньої маси новонароджених в групі з хронічним пієлонефритом до і після санаторного оздоровлення відмічено, що новонароджені у матерів, які пройшли курс санаторного оздоровлення, мали достовірно більш високу масу при народженні. Максимальна втрата маси тіла відмічена у всіх групах на 3-ю добу з достовірно більш високими втратами у дітей від матерів з гестаційним пієлонефритом, хоча достовірної різниці між групою жінок з хронічним і гестаційним пієлонефритом не виявлено. Дефіцит маси тіла на день виписки також був вище в групах з хронічним і гестаційним пієлонефритом, ніж в інших групах. Показники росту не мали достовірної різниці в основних групах в порівнянні з контролем ( $p > 0,05$ ). Неонатальний період у всіх дітей проходив без відхилень від норми. Таким чином, в основних групах відмічаються більш високі адаптаційні можливості у новонароджених матерів з хронічним пієлонефритом, які пройшли санаторне оздоровлення.

Досліджуючи лактаційну функцію, нами встановлено достовірне зниження добового об'єму лактації на 3 і 5 добу в усіх групах в порівнянні з контрольною ( $p < 0,01$ ) з достовірно більш низькими показниками у жінок з гестаційним і хронічним пієлонефритом. Добовий об'єм лактації на 5 добу в усіх групах збільшується вдвічі, з максимальними показниками, близькими до контролю в групі жінок, які пройшли санаторне оздоровлення. Швидкість приросту добового об'єму молока в групі з гестаційним пієлонефритом в 2,3 рази перевищує приріст в контрольній групі; при хронічному пієлонефриті - в 2 рази, що, очевидно, пов'язано з компенсаторними можливостями організму. Так, при більш низьких об'ємах лактації, в основних групах відбувається більший



приріст об'єму молока у процентному співвідношенні від третьої до п'ятої доби. Виходячи з вищевикладеного, можна говорити про те, що, незважаючи на зниження об'єму лактації у жінок основних груп у всі досліджені дні лактації, поступово він наближається до величин показників в контрольній групі (мал.1).

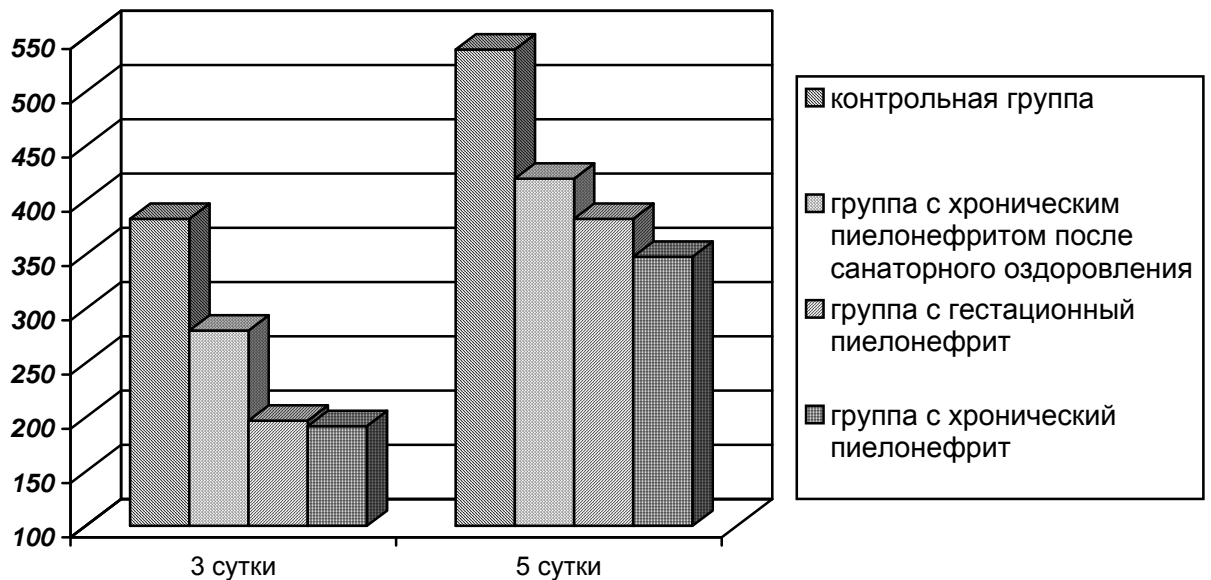


Рис.1 Об'єм лактації в групах, які порівнюються, на 3 і 5 добу післяродового періоду (мл).

Якісні показники грудного молока харчової цінності молока за вмістом білка, ліпідів і вуглеводів вище в групі жінок з хронічним піелонефритом, ніж в групі з гестаційним піелонефритом і хронічним піелонефритом після санаторного оздоровлення, а також в контрольній групі, в усі досліджені дні лактації (табл.1).

При порівнянні якісних показників групи з хронічним піелонефритом після санаторного оздоровлення з показниками контрольної групи достовірної різниці ми не виявили. Такі високі показники якісного складу молока у жінок з хронічним і гестаційним піелонефритом, можливо, пов'язані з більш високим рівнем інсуліну і кортизолу в сироватці крові. Більш швидкий приріст молока і більш високі показники його якісного складу в основних групах можна зв'язати з адаптаційними процесами в організмі матері при народженні у неї маловагої дитини. Досліджуючи грудне молоко як біологічну рідину зі складним складом, ми стандартизували якісний склад молока з величинами УЕС. Дослідження показали, що на 3 добу лактації показники УЕС молока вище в групі породіль з хронічним піелонефритом, а найбільш низькі - в контрольній групі. Дослідження транзиторного молока на 5 добу в усіх групах відзначена аналогічна картина. порівнення даних про

вмісту білка з величинами УЕС в усіх групах показало, що білок у породіль в динаміці лактації знижується, а УЕС, навпаки, зростає, одночасно зі збільшенням рівня ліпідів на 5 добу післяродового періоду.

Досліджуючи гормональну функцію плаценти в кінці ІІІ триместру вагітності, ми відзначили більш високі показники рівня естрадіолу, прогестерону, інсуліну і кортизолу (що можна пов'язати з компенсаторною гіперфункцією плаценти) і більш низькі показники рівня пролактину у вагітних з гестаційним і хронічним пієлонефритом у порівнянні з контролем.

В групі вагітних після санаторного оздоровлення достовірна різниця з контрольною групою виявлена лише у вмісті естрадіолу і кортизолу ( $p < 0,05$ ).

При порівнянні рівня естрадіолу і прогестерону між групами з хронічним і гестаційним пієлонефритом і контрольною групою на 3 і 5 добу достовірної різниці ми не виявили. Рівень кортизолу достовірно вище в групах з хронічним і

Таблиця 1.

Вміст білків, ліпідів, вуглеводів в молоці на 3-ю та 5-у добу післяродового періоду (г/л)

		Група з хронічним пієлонефритом після санаторного оздоровлення	Група з хронічним пієлонефритом	Група з гестаційним пієлонефритом	Контрольна група
		n=28	n=40	n=40	n=30
3 доба	Білки	23,8±1,2	27,2±1,3	24,3±0,8	22,5±1,1
	p	>0,05	<0,05	<0,05	
	Ліпіди	33,8±0,7	35,77±1,0	34,9±0,9	32,87±1,0
	p	>0,05	<0,05	<0,05	
	Вуглеводи	44,2±1,4	47,6±1,5	45,9±1,2	41,8±1,8
	p	>0,05	<0,05	<0,05	
5 доба	Білки	18,9±0,8	21,2±1,2	19,7±0,7	17,6±0,8
	p	>0,05	<0,05	<0,05	
	Ліпіди	37,5±0,9	40,3±1,4	39,0±1,0	35,8±1,2
	p	>0,05	<0,01	<0,05	
	Вуглеводи	47,9±1,8	51,6±1,9	48,7±1,3	44,2±1,6
	p	>0,05	<0,01	<0,05	

гестаційним пієлонефритом в порівнянні з контролем. Як відомо, для кортизолу характерний вплив на вуглеводний обмін: підсилення глікогенезу, гальмування розпаду вуглеводів і перетворення їх в жири, збільшення цукру крові, зниження чутливості організму до інсуліну. З цим можна пов'язати більш високі показники вуглеводів в молоці жінок з хронічним і гестаційним пієлонефритом. Рівень пролактину зростає на 3 добу в усіх групах з достовірно більш високими цифрами в контрольній групі по відношенню до груп жінок з хронічним і гестаційним пієлонефритом, потім на 5 добу відмічається зниження цих показників. З цим, очевидно, і пов'язані більш низькі об'єми лактації в основних групах порівняно з групою контролю.

В літературі є дані про те, що рівень інсуліну зворотно пропорційний рівню клубочкової фільтрації. Так, при зниженні клубочкової фільтрації відзначається підйом рівня інсуліну, що і виявлено в наших дослідженнях. Крім того, більш високі цифри рівня інсуліну можуть бути зв'язані з більшим рівнем кортизолу в групах з хронічним і гестаційним пієлонефритом в порівнянні з групою контролю. Рівень інсуліну зростає на третю і п'яту добу в усіх досліджених групах, хоча достовірної різниці між третьою і п'ятою добою не виявлено, але, на відміну від пролактину, більш високі цифри відмічаються в групах з хронічним і гестаційним пієлонефритом в порівнянні з групою контролю, з чим можна зв'язати більш високі показники білків і ліпідів в молоці жінок даних груп (Потемкин В.В., 1986).

В групі після санаторного оздоровлення на 3 і 5 добу достовірна різниця виявлена лише в рівні кортизолу ( $p < 0,01$ ).

В результаті проведеного клінічного спостереження виявлено позитивний вплив санаторного оздоровлення на стан фетоплацентарного комплексу вагітних жінок з різними формами пієлонефриту.

Таким чином, проведення санаторного оздоровлення вагітних з хронічним пієлонефритом сприяє профілактиці ускладнень вагітності і пологів, покращенню функції фетоплацентарного комплексу, що проявляється збільшенням об'єму лактації і підвищенням адаптаційних процесів в цій групі новонароджених.

## **ВИСНОВКИ**

В дисертації приведені загальні положення становлення лактації у породіль з пієлонефритом, ролі ФПК у цьому процесі, а також розроблені методи профілактики гіпогалакції 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).

2. Порушення лактаційної функції у жінок з пієлонефритом обумовлено гормональними змінами і, в першу чергу, в фетоплацентарному комплексі, що проявляється 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%).
3. 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.
4. 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%.
5. 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.
6. Питомий електричний опір грудного молока, який відображає його фізико-хімічні властивості, знаходиться в прямій залежності від концентрації ліпідів.
7. 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.
8. У групі з хронічним пієлонефритом після санаторного оздоровлення якісний і кількісний склад молока найбільш наближений до групи контролю.

## **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Враховуючи високий ризик розвитку у вагітних з різними формами пієлонефриту ускладнень вагітності та пологів, а також недостатні адаптаційні процеси у їх новонароджених, необхідно виділити цю групу жінок і їх новонароджених в групу підвищеного ризику за розвитком фетоплацентарної недостатності, пізніх гестозів, патології родового акту, перинатальної захворюваності та смертності з метою оптимізації їх диспансерного нагляду.

2. Для прогнозування та оцінки стану лактації доцільно проводити дослідження фетоплацентарного комплексу в 3 триместрі вагітності з визначенням рівня пролактину, кортизолу, прогестерону, естрадіолу та інсуліну в динаміці.
3. Профілактику порушення процесу лактації у жінок з хронічним пієлонефритом доцільно проводити з проведенням санаторного оздоровлення у відділеннях для вагітних, санаторіях-профілакторіях.
4. Визначення питомого електричного опору грудного молока з метою оцінки харчової цінності проводити в процесі становлення лактації, як простого та доступного методу дослідження.

### **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Нерянов К.Ю. Взаимосвязь удельного электрического сопротивления молока и его качественного состава у женщин с пиелонефритом //Запорожский медицинский журнал.-2001.- №5-6.- С.15-16.
2. Нерянов К.Ю. Особенности лактации и состояние новорожденных у родильниц с пиелонефритом //Збір наук статей: Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики. Запоріжжя - 2001.- Випуск 7.- С. 241- 244.
3. Жарких А.В., Нерянов К.Ю. Качественный и количественный состав молока у родильниц с пиелонефритом //Буковинський медичний вісник: Український науковий журнал.- Чернівці - 2001.-Т5.-№2-3.- С.71-72.
4. Нерянов К.Ю. Влияние хронического пиелонефрита на течение беременности, родов и послеродового периода //Збірник наукових праць: Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики. Київ-Луганськ - 2002. Випуск 8.- С. 51- 54.
5. Жарких А.В., Нерянов К.Ю., Павлюченко М.И.. Современные аспекты клинического течения и ведения беременности, родов и послеродового периода на фоне пиелонефрита //Збірник наукових статей.: Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики. Запоріжжя - 1999.- Випуск 3.- С. 191- 199.
6. Жарких А.В., Шапран Н.Ф., Барковський Д.Е., Нерянов К.Ю. Вплив санаторного оздоровлення на стан гормональної функції вагітних з екстрагенітальною патологією //Природні лікувальні ресурси: склад властивості, механізми дії, питання охорони, розробки та раціонального використання. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 50-річчю Трускавецької ГРЕС та ГП „Укргеокаптажмінвод”. Трускавець 1999. С 19-20.

7. Нерянов К.Ю. Влияние санаторного оздоровления на становление лактации у родильниц с пиелонефритом //Збір тез: III міжнародна медична конференція студентів та молодих учених „Медицина – здоров'я – XXI сторіччя”. Дніпропетровськ, 2002.- С. 165-166.

#### **Анотація**

Нерянов К.Ю. Особливості становлення лактації у жінок з піелонефритом.- Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 - акушерство та гінекологія.

Метою даного дослідження було зниження частоти гіпогалакції у породіль з хронічним і гестаційним піелонефритом шляхом уточнення особливостей становлення їх лактації й удосконалення методів профілактики гіпогалакції.

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 піелонефритом. Розвиток фетоплацентарної недостатності у жінок з різними формами піелонефриту 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 піелонефриту та відповідне зниження перинатального ризику, що дозволяє рекомендувати його у комплексі лікувально-профілактичних заходів у даного контингенту вагітних.

**Ключові слова:** лактація, фетоплацентарний комплекс, фетоплацентарна недостатність, санаторне оздоровлення, піелонефрит.

#### **Аннотация**

Нерянов К.Ю. Особенности становления лактации у женщин с пиелонефритом. – Рукопись

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 - акушерство и гинекология.

Целью настоящего исследования явилось снижение частоты гипогалактии у родильниц с хроническим и гестационным пиелонефритом путем уточнения особенностей становления их лактации и совершенствования методов профилактики гипогалактии.

Проанализировано течение беременности и ее исходов у 138 беременных, а также состояние их новорожденных. Из них контрольную группу составили 30 соматически здоровых женщин с

физиологическим течением беременности, родов и послеродового периода. В основную группу вошли 108 женщин, в том числе 40 – с хроническим пиелонефритом, 40 с гестационным пиелонефритом и 28 женщин с хроническим пиелонефритом, которые проходили санаторное оздоровление во втором триместре беременности в условиях отделения для беременных местного санатория “Великий Луг”. Изучено состояние фетоплацентарного комплекса в третьем триместре беременности с использованием клинических, эхографических, гистологических и радиоиммунных методов исследования, проведено комплексное изучение лактационной функции (объем лактации, концентрация белков, липидов и углеводов, уровень удельного электрического сопротивления молока) на 3 и 5 сутки послеродового периода с учетом гормонального профиля родильниц, даны практические рекомендации по ведению беременных с пиелонефритом. При изучении новорожденных определялись антропометрические данные на момент рождения и физиологическая потеря массы тела на третьи сутки послеродового периода.

Выявлено, что у женщин с различными формами пиелонефрита чаще наблюдаются явления фетоплацентарной недостаточности, что проявляется в повышенной выработке гормонов в ФПК (эстрадиол, прогестерон, кортизол, инсулин) и, в свою очередь приводит к дезорганизации процессов лактации которые выражаются в более низких объемах лактации и большем содержании в молоке белков, липидов и углеводов. Отмечено увеличение физиологической потери массы тела у новорожденных от матерей с хроническим и гестационным пиелонефритом и замедленное восстановление первоначальной массы тела, несмотря на более высокие показатели содержания в молоке у родильниц данных групп белков, липидов и углеводов. Установлено позитивное влияние санаторного оздоровления на течение беременности, родов, состояния ФПК у беременных с различными формами пиелонефрита и соответствующее снижение перинатального риска, что позволяет рекомендовать его в комплексе лечебно-профилактических мероприятий у данного контингента беременных.

**Ключевые слова:** лактация, фетоплацентарный комплекс, фетоплацентарная недостаточность, санаторное оздоровление, пиелонефрит

### Symmary

Neryanov K.Y. The peculiarities of the lactation formation in women with pyelonephritis – Manuscript.

Dissertation for the Degree of Candidate of Medicine in 14.01.01 - Obstetrics and Gynecology.

The aim of this investigation is the decrease of hypogalactia frequency in puerperas with chronic and gestational pyelonephritis by the specializing of the peculiarities of lactation formation and perfection of hypogalactia prophylaxis methods.



Pregnancy course and its outcome in 138 expectant mothers and their newborns' state are studied. Complex study of lactation function on 3 and 5 days of postnatal period was done, and fetoplacental complex in the third part of the pregnancy was studied with the help of clinical, echographic, histological and radioimmune methods. Practical recommendations in treating of expectant mothers with pyelonephritis are given. The development of fetoplacental insufficiency in women with different forms of pyelonephritis leads to the increased secretion of hormones in fetoplacental complex, that leads in its turn to the violation of lactation processes. Positive influence of sanatorium cure on the course of pregnancy, delivery, the state of fetoplacental complex in pregnant women with different forms of pyelonephritis is stated and the fact of decrease of perinatal risk as well. These allow to recommend sanatorium cure in the complex of medical and preventative measures in such group of pregnant women.

**Key words:** lactation, fetoplacental complex, fetoplacental insufficiency, sanatorium cure, pyelonephritis.