

УДК 612.664:616 – 076.5:618.73

**ВПЛИВ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ НА РОЗВИТОК ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Й ГІПОГАЛАКТІЇ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

Хаца І.І.

*Київська медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика, м. Київ***Ключові слова:** гіпогалактія, анемія вагітних, профілактика.

**Вступ.** На сьогоднішній день серед пріоритетних наукових напрямків експерти ВОЗ (1996) виділяють дослідження, зв'язані з охороною здоров'я жінок у післяпологовому періоді, найважливішою проблемою якого є гіпогалактія, що зустрічається від 30% до 70% від числа всіх матерів, котрі годують немовлят [1-3]. Грудна годівля розглядається як невід'ємна частина репродуктивного процесу, що є ідеальним способом вигодовування дитини. У наш час в економічно і соціально розвинених країнах відзначається стійка тенденція до збільшення грудної годівлі, а також приділяється велика увага його охороні.

Відомо, що однією з головних причин відмови від грудної годівлі є недостатня секреція молока. Гіпогалактія і викликаний нею ранній перехід на штучну годівлю несприятливо відображається на розвитку і здоров'ї дитини, а також на якості її життя [4-6]. За останнє десятиліття більшість клініко-фізіологічних досліджень зв'язані з розробкою ендокринологічних аспектів даної проблеми. Однак ефективність адекватних медикаментозних методик є досить дискусійною, що зв'язано зі складністю нейрогуморальної регуляції, неоднозначністю трактування ряду питань, що стосуються патогенезу гіпогалактії, а також часто нетривалим позитивним ефектом [1-7].

За останні роки у вітчизняній і зарубіжній літературі з'явилися дані про вплив екстрагенітальної і акушерської патології на клінічний перебіг післяпологового періоду, в тому числі й лактогенез [1-7]. При цьому найпоширенішим ускладненням вагітності в наш час є анемія, частота якої складає до 70% [3]. Загальновідомими є ті факти, що анемія вагітних приводить до розвитку фетоплацентарної недостатності з формуванням синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку плода. Крім того, у жінок цієї групи підвищується ризик виникнення різних аномалій родової діяльності і післяродових гнійно-септичних ускладнень. Поряд з цим одним з найменш вивчених питань даної проблеми є становлення лактації при цій патології. Поодинокі публікації з цього приводу но-

сять суперечливий характер. Усе це, безумовно, свідчить про актуальність обраного наукового напрямку.

**Мета роботи:** вивчити вплив анемії вагітних на частоту і ступінь вираженості гіпогалактії, а також розробку комплексу профілактично-лікувальних заходів з використанням медикаментозних і немедикаментозних засобів.

**Матеріал і методи.** У даному аспекті ми обстежували 90 вагітних і породілей. 30 з них склали контрольну групу, що були розроджені через природні родові шляхи і не мали акушерської або соматичної патології. 60 жінок із залізодофіцитною анемією вагітних 1-2 ступеня, розроджені через природні родові шляхи, були розподілені на дві групи (по 30 жінок) у залежності від комплексу лікувально-профілактичних заходів з метою стимуляції лактації в післяродовому періоді. Отже, ми проводили дослідження в 3 групах по 30 жінок у кожній: контрольній; з анемією вагітних і загальноприйнятим веденням (1 група); з анемією вагітних і веденням за нашою методикою (2 група).

Серед основних моментів використаної нами лікувально-профілактичної методики необхідно виділити комплексну профілактику і лікування фетоплацентарної недостатності, разом з тим із загальноприйнятим лікуванням анемії вагітних. У комплекс лікувально-профілактичних заходів під час вагітності включали раціональну дієтотерапію; кверцетин – препарат, що має антиоксидантні та імунокоригуючі властивості; цитохром С чи гепа-мерц – засоби, що поліпшують біосинтез білка в плаценті; актовегин, мілдронат або хофітол для поліпшення матково-плацентарного кровообігу. Тривалість і якість проведення лікувально-профілактичних заходів залежала, у першу чергу, від ступеня важкості анемії, а також від результатів додаткових методів дослідження: гематологічного і ендокринологічного статусу, ехографії і доплерометрії, що динамічно використовувалися протягом усієї вагітності. З метою профілактики первинної гіпогалактії в післяпологовому періоді застосовували кверцетин протягом 10-14 днів у терапевтичній дозі і місцева дія

на молочні залози лампи "Bioptron 2" у поєднанні з Оху Spray (фірма "Zepter") по 5 хвилин через 12 годин протягом 5-7 діб. "Bioptron 2" випромінює поляризоване світло низької енергії у широкому діапазоні (400-2000 нанометрів), що діє на мембрани клітин і збільшує кількість імунорегуляторних клітин. Крім того, поліпшується мікроциркуляція в тканинах і підсилюється розмноження фібробластів. Поєднане використання Оху Spray сприяє насиченню тканин киснем і поліпшує проникливість судинної стінки. Лампа "Bioptron 2" офіційно зареєстрована і дозволена до застосування МЗ України.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, імунологічні, ендокринологічні, біохімічні і статистичні методи дослідження.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Відповідно до мети нашого наукового дослідження ми провели оцінку особливостей клінічної характеристики хворих у два етапи. Як видно з отриманих даних, у контрольній групі мали місце два варіанти вікової категорії – "19-25 років" – 70,0% і "26-30 років" – 30,0%, тобто не було ні юних, ні вікових первородящих. Порівняно з цим, у жінок з анемією, практично, у кожному четвертому випадку (23,3% і 26,7%) вік первородящих не перевищував 18 років, а в кожному десятому – був більше 30 років (10,0% і 13,3% відповідно). Ці дані, на нашу думку, вказують на вікові особливості анемії вагітних, що має не тільки медичне, але й соціальне значення.

У контрольній групі хворих ми не відзначали випадків соматичної патології. На відміну від цього, у жінок з анемією вагітних найбільш розповсюдженою нозологічною формою екстрагенітальної захворюваності з'явилася вегето-судинна дистонія (33,3% і 26,7%). Також звертає на себе увагу і відносно значна питома вага гіртоксикозу (13,3% і 16,7%) і пієлонефриту (10,0% і 13,3%).

При клінічній оцінці перебігу II половини вагітності був встановлений ряд особливостей, зв'язаних з методикою її ведення. Так, найбільш виражені відмінності можна було відзначити в частоті розвитку симптомів фетоплацентарної недостатності (63,3% проти 33,3%), при цьому, якщо показники мало- і багатоводдя між собою достовірно не відрізнялися, то рівень затримки внутрішньоутробного розвитку плода був на порядок вище при загальноприйнятій методиці ведення (43,3% порівняно з 16,7%). Природно, що таке розходження цього ускладнення позначилося і на питомій вазі загрози передчасних пологів (26,7% проти 10,0%) і прееклампсії (20,0% порівняно з 10,0%). На відміну від цього, частота загострень екстрагенітальної патології і вірусної інфекції в досліджуваній період достовірно не відрізнялася.

Для більш адекватної оцінки стану фетоплацентарного комплексу були використані доплерометричні показники кровотоку в артеріях пуповини та аорті плода. У першому випадку, при обстеженні жінок у 27-28 тижнів достовірні відмінності порівняно як з контрольною, так і між групами були відсутні ( $p > 0,05$ ). На відміну від цього, у наступний термін

дослідження – 32-33 тижні – мало місце достовірне більш низьке значення показників кровотоку в жінок I групи: систоло-діастолічне співвідношення – до  $2,05 \pm 0,04$  ( $p < 0,05$ ) та індекс резистентності до  $0,85 \pm 0,03$  ( $p < 0,05$ ). У наступний досліджуваний період додатково до описаних вище змін достовірно знизився індекс пульсації – до  $0,41 \pm 0,02$  ( $p < 0,05$ ). Порівняно з попередніми даними зміни показників кровотоку в аорті плода носили менш виражений характер. Підтвердженням цьому служить відсутність достовірних відмінностей усіх трьох значень як у 27-28 тижнів ( $p > 0,05$ ), так і в 32-33 тижні – ( $p > 0,05$ ). Напередодні розродження в жінок з анемією вагітних I-II ст. і загальноприйнятим веденням вагітності мали місце достовірно більш низькі значення систоло-діастолічного співвідношення – до  $4,51 \pm 0,11$  ( $p < 0,05$ ); а також індексу резистентності – до  $1,42 \pm 0,05$  ( $p < 0,05$ ) і пульсації – до  $0,61 \pm 0,04$  ( $p < 0,05$ ). Ці дані свідчать про те, що незважаючи навіть на легкий ступінь анемії (I-II ст.) зміни матково-плацентарного кровообігу носять досить виражений характер, особливо напередодні розродження в 37-38 тижнів.

Отримані результати ендокринологічних досліджень свідчать про те, що в 27-28 тижнів нам не вдалося встановити достовірних відмінностей між контрольною і двома основними групами ( $p > 0,05$ ). В наступний досліджуваний термін, у 32-33 тижні, можна було відзначити достовірні зміни з боку ендокринологічного статусу, що полягали в більш низькому вмісті естрадіолу (до  $63,71 \pm 2,18$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ); хоріонічного гонадотропіну (до  $212,43 \pm 18,43$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) і плацентарного лактогену (до  $201,42 \pm 12,78$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ), причому відносно як контрольної, так і 2 групи жінок. Напередодні розродження ці порушення ставали більш вираженими і на додаток до описаних вище змін достовірно знижувався рівень пролактину (до  $4283,14 \pm 304,27$  мМЕ/л;  $p < 0,05$ ) тільки в 1 групі, а вміст прогестерону у 1 (до  $518,45 \pm 10,72$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) і в 2 групах (до  $514,53 \pm 11,83$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ).

Отже, зважаючи на наявність анемії, зміни з боку фетоплацентарного комплексу носять досить виражений характер. При цьому, якщо в 27-28 тижнів вони цілком були відсутні, то в 32-33 тижні поступово починають з'являтися і до терміну розродження характеризуються погіршенням матково-плацентарного кровотоку, в основному, в артеріях пуповини, а також порушенням ендокринологічного статусу і появою ехографічних змін на фоні затримки внутрішньоутробного розвитку плода. Загальноприйнята методика профілактики фетоплацентарної недостатності, навіть при легкому ступені анемії, є недостатньо ефективною, що підтверджується результатами як клінічних, так і доплерометричних методів дослідження. Це явилося для нас підставою для удосконалення даної методики з переходом на ранній післяпологовий період, але вже з метою профілактики первинної гіпогалакції.

При вивченні матеріалів клінічних особливостей розродження ми враховували випадки пологів через природні родові шляхи, тому що гіпогалакція після

абдомінального розродження є зовсім самостійним питанням і вимагає інших методологічних підходів.

Як видно з отриманих даних, у жінок I й II груп були відсутні відмінності з боку таких ускладнень, як аномалії пологової діяльності (20,0% і 16,7%); гіпотонічні кровотечі (16,7% і 13,3%) і травми тканин пологових шляхів (40,0% і 36,7%). Порівняно з цим, частота передчасного розриву плодових оболонок мала місце частіше при загальноприйнятій методиці ведення вагітності (33,3% проти 23,3%), також як і патологічний прелімінальний період (23,3% порівняно з 16,7%) і патологія III періоду пологів (20,0% проти 13,3%). Безумовно, не всі випадки розвитку ускладнень можна однозначно зв'язати з фетоплацентарною недостатністю, однак встановлені клінічні відмінності є достовірними, що вказує на ефективність пропонованої удосконаленої методики.

Описані вище відмінності клінічного перебігу пологів, природно, відобразилися і на стані новонароджених. Підтвердженням цьому є розходження асфіксії всіх ступенів тяжкості: легкого (30,0% порівняно з 16,7%); середнього (16,7% порівняно з 6,7%) і тяжкого (10,0% порівняно з 3,3%). Крім того, мали місце істотні розходження в ступені вираженості гіпотрофії (26,7% у порівнянні з 16,7%). Серед різних нозологічних форм постнатальної захворюваності необхідно виділити значний рівень постгіпоксичної енцефалопатії (23,3% порівняно з 13,3%) і гнійно-запальних захворювань (16,7% у порівнянні з 6,7%). Також можна було констатувати відмінності таких показників, як геморагічний синдром (10,0% порівняно з 3,3%) і жовтуха (10,0% у порівнянні з 3,3%). Виявлене розходження різного рівня перинатальних ускладнень свідчить, з одного боку, про недостатню ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів навіть при легкому ступені анемії (I-II ст.), а з іншого – про ефективність удосконаленої методики профілактики фетоплацентарної недостатності.

У вагітних з анемією мають місце виражені клінічні ускладнення, що розглядаються як з акушерських, так і з перинатальних позицій. Установлене розходження при різних методиках ведення вагітності вказує на ефективність розробленої удосконаленої методики профілактики фетоплацентарної недостатності.

Відповідно до основної мети нашого наукового дослідження – знизити частоту гіпогалактії в жінок з анемією вагітних, у даній частині роботи представлені основні показники, що характеризують стан лактації з визначенням достовірності щодо контрольної групи в порівнянні одна з другою (I й II група).

Отримані дані свідчать, що об'єм молока був достовірно знижений у жінок з анемією вагітних як на 1 (до  $40,31 \pm 4,24$  мл;  $p < 0,05$ ) і до  $41,42 \pm 3,78$  мл;  $p < 0,05$ ), так і на 3 добу (до  $210,41 \pm 15,24$  мл;  $p < 0,05$ ) і до  $212,81 \pm 16,37$  мл;  $p < 0,05$ ), причому в обох групах рівномірно. Порівняно з цим, на 7 день післяпологового періоду ми відзначали достовірне зниження досліджуваного показника тільки в 1 групі (до  $362,82 \pm 21,73$  мл;  $p < 0,05$ ), а в 2 і контрольній групах достовірні відмінності були відсутні ( $p > 0,05$ ). Анало-

гічна закономірність мала місце на 10 (до  $392,74 \pm 35,43$  мл;  $p < 0,05$ ); 14 (до  $531,42 \pm 42,53$  мл;  $p < 0,05$ ) і на 21 добу післяродового періоду (до  $640,91 \pm 62,51$  мл;  $p < 0,05$ ).

При вивченні якісного складу грудного молока обстежених жінок ми не знайшли достовірних відмінностей з боку вмісту казеїну і ліпідів у всіх групах протягом 10 доби післяпологового періоду ( $p > 0,05$ ). Порівняно з цим, показник загального білка в молоці на 1 день був достовірно нижче й у 1 (до  $15,31 \pm 1,21$  г/л;  $p < 0,05$ ) і в 2 групі (до  $16,11 \pm 1,30$  г/л;  $p < 0,05$ ). Починаючи з 3 доби післяпологового періоду даний показник у контрольній і в 2 групі між собою достовірно не відрізнявся ( $p > 0,05$ ). У той час як у 1 групі зберігалася встановлена в 1 день закономірність: 3 – до  $13,12 \pm 1,02$  г/л; ( $p < 0,05$ ); 7 – до  $8,43 \pm 0,71$  г/л; ( $p < 0,05$ ) і 10 – до  $7,52 \pm 0,64$  г/л ( $p < 0,05$ ).

Отже, зазначимо, що на 1 добу післяродового періоду в жінок обох груп вміст лактоферину достовірно не змінювався ( $p > 0,05$ ), а рівень лактози був істотно нижчий (до  $25,51 \pm 2,16$  нмоль/л;  $p < 0,01$ ) і до  $24,21 \pm 2,12$  нмоль/л;  $p < 0,01$ ). На 3 день лактоферин знижувався тільки в 1 групі (до  $2,60 \pm 0,24$  г/л;  $p < 0,05$ ), що мало місце і на 7 добу (до  $2,51 \pm 0,24$  г/л;  $p < 0,05$ ), а до 10 дня цей показник достовірно не відрізнявся порівняно як с контрольною ( $p > 0,05$ ), так і з 2 групою ( $p > 0,05$ ). На відміну від цього, вміст лактози залишався достовірно зменшеним з 3 доби в обох групах, але в однаковій мірі виразності: 1 – до  $28,62 \pm 2,20$  г/л; ( $p < 0,01$ ), а 2 – до  $41,31 \pm 3,71$  г/л ( $p < 0,05$ ). На заключному етапі досліджень – на 10 добу рівень лактози в контрольній і в 2 групі між собою не відрізнявся ( $p > 0,05$ ), а в 1 був достовірно нижче (до  $33,42 \pm 3,21$  г/л;  $p < 0,01$ ).

Особливу увагу набувають дані, отримані при вивченні вмісту в молоці основних класів імуноглобулінів А, М і G. Найменш виражені зміни встановлені з боку рівня Ig G. Так, цей показник був достовірно нижчий тільки в 1 добу в жінок 1 групи (до  $0,40 \pm 0,03$  г/л;  $p < 0,05$ ), а в ряді випадків ми не спостерігали достовірних розходжень ( $p > 0,05$ ). Порівняно з цим, вміст IgA був достовірно менший також тільки в 1 групі, на 1 (до  $1,91 \pm 0,10$  г/л;  $p < 0,05$ ); 7 (до  $3,91 \pm 0,40$  г/л;  $p < 0,05$ ) і 10 добу (до  $2,11 \pm 0,21$  м/л;  $p < 0,05$ ) післяпологового періоду. При загальноприйнятій профілактиці гіпогалактії вміст IgM у молоці достовірно нижчий в усі досліджувані періоди ( $p < 0,05$ ), а при розробленій нами методиці – тільки на 7 день (до  $0,32 \pm 0,03$  г/л;  $p < 0,05$ ).

Вміст вітамінів С і Е достовірно не відрізнявся від контрольної групи в жінок з анемією вагітних I-II ст. тільки на 1 добу післяпологового періоду ( $p > 0,05$ ). До 3 доби післяродового періоду мало місце достовірне зниження в обох групах вітаміну Е (до  $1,46 \pm 0,11$  мкмоль/л;  $p < 0,05$ ) і до  $1,52 \pm 0,13$  мкмоль/л;  $p < 0,05$ ) і С, але в різному ступені вираженості: 1 група – до  $47,92 \pm 4,21$  мкмоль/л ( $p < 0,01$ ) і 2 група – до  $72,81 \pm 6,73$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ), а на 10 день така ж закономірність зберігалася тільки при вивченні вмісту в молоці вітаміну Е (до  $1,62 \pm 0,14$  мкмоль/л;  $p < 0,05$ ).

На заключному етапі наших досліджень проведена оцінка вмісту IgA в молоці й пролактину в сироватці крові. При цьому, перший показник став достовірно нижче тільки в 1 групі на 10 добу післяпологового періоду (до  $12,05 \pm 1,12$  г/л;  $p < 0,05$ ). Рівень пролактину в сироватці крові не зазнавав істотних розходжень на 1 день після пологів у всіх жінок з анемією I-II ст. ( $p > 0,05$ ). На 3 добу мало місце достовірне зниження цього значення як у 1 (до  $3372,81 \pm 278,41$  мМО/л;  $p < 0,05$ ), так і в 2 групі (до  $3281,73 \pm 281,37$  мМО/л;  $p < 0,05$ ). Надалі, на 7 і 10 день така ж закономірність збереглася тільки при загальноприйнятій профілактиці гіпогалакції (до  $2941,26 \pm 241,75$  мМО/л;  $p < 0,05$  і до  $3183,14 \pm 271,83$  мМО/л;  $p < 0,05$ ), у той час як викорис-

тання розробленої нами методики не дозволило достовірно знизити цей показник ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Таким чином, отримані дані свідчать про взаємозв'язок між станом фетоплацентарного комплексу зі ступенем вираженості первинної гіпогалакції навіть при анемії вагітних I-II ст. Загальноприйняті методи профілактики як фетоплацентарної недостатності, так і порушень лактації не дозволяють знизити ступінь вираженості гіпогалакції, у той час, як використання удосконалених методик під час вагітності й у ранньому післяпологовому періоді сприяє профілактиці первинної гіпогалакції, що підтверджується не тільки клінічними, але і додатковими методами дослідження.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бакулева Л.П., Нестерова А.А., Бабаян С.С. Динамика урвня лизоцима в сыворотке крови и молоке родильниц с различной функциональной активностью молочных желез // Акушерство и гинекология. - 1991. - №5. - С.42-44.
2. Бобкова О.А., Васюк Р.А., Дідух Т.Е. Особливості захисних факторів грудного молока // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1998. - №1. - С.108-111.
3. Васюк Р.А., Бобкова О.А., Дідух Т.Е. Особливості лактації у породіль з анемією // Український науково-медичний молодіжний журнал. - 1997. - №4. - С.53-55.
4. Козодой Г.В., Трещак І.І., Бобокова О.О. Вікові аспекти гіпогалакції після кесарева розтину // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2001. - №2. - С.81-83.
5. Кондратенко І.В., Романенко Т.Г., Васюк Р.А. Вплив наслідків аварії на ЧАЕС на лактацію // Український науково-медичний молодіжний журнал. - 1998. - №2-3. - С.92-93.
6. Лукьяненко М.В. Актуальні аспекти гіпогалакції у породіль з пізнім прикладанням дитини до грудей // Зб. наук. праць співроб. КМАПО ім. П.Л.Шупика. - Вип.10. - Кн.3. - 20001. - С.764-768.
7. Трещак І.І. Вплив супутнього ожиріння на лактаційну функцію жінок // Зб. наук. праць співроб. КМАПО ім. П.Л.Шупика. - Вип.10. - Кн.1 - Київ, 2001. - С.643-647.

## SUMMARY

### INFLUENCE OF ANAEMIA OF PREGNANT ON DEVELOPMENT OF FETUSPLACENTAL INSUFFICIENCY AND THEM HYPOGALACTIA AND ITS PROPHYLAXIS ON MODERN STAGE

Hashcha I.I.

The received data testify to interrelation between a condition fetoplacental a complex with expressivenesses primary hypogalactia and an anemia pregnant. The standard methods of preventive maintenance as fetusplacental insufficiency, and infringement of a lactation do not allow to lower a degree of expressiveness hypogalactia. At the same time, as use of the advanced techniques during pregnancy and in the early postnatal period promotes preventive maintenance primary hypogalactia, that proves to be true not only clinical, but also additional methods of research.

**Key words:** hypogalactia, an anemia of pregnant women, preventive maintenance.