

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

ОСОБЛИВОСТІ ГІПОГАЛАКТІЇ ПІСЛЯ АБДОМІНАЛЬНОГО РОЗРОДЖЕННЯ

Бобкова О.О.

Київська медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика

Абдомінальне розродження є однією з найактуальніших проблем сучасного акушерства. Це зумовлено постійно зростаючою частотою цієї операції, а також високим рівнем післяопераційних ускладнень [6].

Незважаючи на той факт, що багато наукових колективів як у нас в країні, так і за кордоном інтенсивно роблять над вирішенням даної проблеми, вельми важко всі питання повністю вирішити. Серед найневирішених питань можна виділити гіпогалактію [2]. Годування грудним молоком розглядають як невід'ємну частину репродуктивного процесу, який є найефективнішим для дитини [1]. Однією з головних причин відмови від грудного годування є недостатня секреція молока. Гіпогалактія і ранній перехід на штучне годування негативно впливає на розвиток і стан здоров'я дитини [3].

Аналіз одиничних робіт [4], присвячених лактаційному періоду після абдомінального розрідження пологів, не дає чіткої уяви про кількісні та якісні показники молока у таких породіль. Питання про перебіг раннього неонатального періоду у дітей розглядається без особливостей формування системи "мати-плід-дитина", а адаптаційні механізми – без обліку якісного складу молока їх матерів.

Метою цього дослідження є оцінка якісних та кількісних показників лактації у жінок, у яких пологи закінчилися кесаревим розтином.

Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 30 соматично та акушерськи здорових породіль й 30 жінок, пологи яких закінчилися абдомінальним шляхом.

Об'єм лактації визначали шляхом додавання висмоктаного дитиною та зціженого породіллю молока протягом доби. Визначення концентрації білків, ліпідів та лактози проводили за загальноприйнятою методикою [5] на 3, 6 та 9 добу операції.

Передусім, ми вважаємо за доцільне зупинитися на основних моментах клінічної характеристики обстежених жінок. Середній їх вік складав $25,4 \pm 2,4$ роки. З перенесених раніше захворювань слід виділити достаньом високий рівень (50,0%) патологічних змін шийки матки та запальних процесів внутрішніх статевих органів (33,3%). Серед екстрагенітальних захворювань ідмічають наявність 26,7% серцево-судинної та 23,3% - ендокринної патології. Із ускладнень II половини вагітності у 63,3% спостережень мала місце анемія, а ОПГ-гестози у 23,3%. Безумовно, особливий інтерес являє структура по-

казників до операції кесарського розтину у обстежених жінок. Частіше за все ми відмічали повтор абдомінального розрідження пологів (33,3%), аномалії пологової діяльності на фоні передчасного розриву плодових оболонок та неефективне викликання пологів. А також сукупність відносних показників в інтересах плода (фетоплацентарна недостатність, великий плід, тазове передлежання, неплідність в анамнезі) – 16,7%. В останніх 16,7% спостережень мали місце передлежання та передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. всі операції були проведені під ендотрахеальним наркозом, а середня крововтрата становила $702,4 \pm 71,8$ мл.

Аналіз кількісних показників молока свідчить про те, що на 3 добу після операції об'єм лактації був нижчим у жінок, пологи яких закінчилися абдомінальним шляхом ($142,5 \pm 10,8$ мл проти $284,3 \pm 19,7$ мл ($p < 0,01$)). Теж саме ми відмічаємо як на 6 ($p < 0,01$), так і на 9 добу післяопераційного періоду – $295,7 \pm 21,4$ мл проти $508,9 \pm 31,7$ мл ($p < 0,01$).

Розглядаючи якісні показники (білок, ліпіди, лактоза), ми можемо констатувати дещо іншу закономірність. Так, на 3 добу після кесаревого розтину вміст білків та ліпідів істотно не відрізнявся в залежності від розрідження пологів ($p > 0,05$). Проте вміст лактози був істотно вищим у жінок після кесаревого розтину $80,4 \pm 7,2$ г/л проти $65,3 \pm 5,2$ г/л ($p < 0,05$). Це, на наш погляд, можливо пояснити вище описаними змінами кількісних показників. Значно іншу картину ми спостерігали на 6 добу післяопераційного періоду. Вміст білків був меншим у хворих після абдомінального розрідження пологів – $13,2 \pm 1,2$ г/л проти $19,4 \pm 1,4$ г/л ($p < 0,05$). Таку ж саму картину можна констатувати і при дослідженнях вмісту ліпідів: $27,1 \pm 1,9$ г/л проти $38,2 \pm 2,8$ г/л ($p < 0,05$); а також лактози – $72,0 \pm 6,2$ г/л проти $88,4 \pm 5,4$ г/л ($p < 0,05$). На 9 добу після операції вміст білків та ліпідів істотно не відрізнялись, а кількість лактози була вищою у жінок після фізіологічних пологів – $84,3 \pm 5,2$ г/л проти $69,5 \pm 3,4$ г/л ($p < 0,05$).

При проведенні аналізу кількісних та якісних показників молока в динаміці післяопераційного періоду (3, 6 та 9 доби) ми встановили такі істотні особливості: кількість молока після операції прогресивно збільшується з 3 доби по 6 з $128,7 \pm 10,4$ мл до $235,4 \pm 18,5$ мл ($p < 0,01$), а на 9 добу істотно не відрізняється від попереднього показника ($p < 0,05$); вміст білків зменшується в динаміці

післяопераційного періоду з $28,7 \pm 1,4$ г/л до $13,2 \pm 1,2$ г/л ($p < 0,01$) і до $9,4 \pm 0,7$ г/л ($p < 0,01$); кількість лактози залишилась без особливих змін ($p < 0,05$); вміст ліпідів з 3 доби по 6 також не змінювався ($p < 0,05$), але на 9 добу він підвищився до $47,4 \pm 4,1$ г/л ($p < 0,01$).

Крім вище описаних змін, ми вважаємо доречним проаналізувати кількісні та якісні показники молока в залежності від показань до операції кесаревого розтину. При цьому найбільш високий рівень гіпогалакції ми встановили у жінок, пологи яких закінчились абдомінальним шляхом внаслідок передлежання та передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, а також при рубцевих

змінах матки. Крім того, гіпогалакція мала більш виражений характер прямопропорційно об'єму операційної крововтрати.

Таким чином, наші дослідження показали, що операція кесарева розтину є суттєвим фактором ризику для розвитку гіпогалакції. Це виражається у істотній різниці кількісних та якісних показників молока, як при порівнянні з фізіологічними пологома, так і в динаміці післяопераційного періоду.

Все вищевказане потребує розробки комплексу лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на покращення лактаційної функції жінок, у яких пологи закінчились операцією – кесаревим розтином.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алексеев Н.П., Гайдуков С.Н., Ярославский В.К. Динамика выведения молока у лактирующих женщин // Усп. физиол. наук. – 1994. – №1. – С.35-37.
2. Гайдуков С.Н., Ярославский В.К., Алексеев Н.П. О лечении и профилактике гипогалактии // Российский вестник перinatологии и педиатрии. – 1994. – №2. – С.10-18.
3. Киселева Т.А., Гайдуков С.Н. Патогенетические механизмы развития гипогалактии в период лактогенеза // Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщин / Под ред. Е.К. Айламазова. – СПб, 1993. – С.88-89.
4. Масаба Р. Особливості лактації у жінок після операції кесарева розтину // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1991. – №3. – С.49-50.
5. Меньшиков В.В. Руководство по клинической и лабораторной диагностике. – М.: Медицина, 1983. – 576 с.
6. Тимошенко Л.В., Вдовиченко Ю.П., Морозова О.В. Актуальні питання операції кесарева розтину в сучасному акушерстві // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1994. – №3. – С.33-34.

РЕЗЮМЕ

Особенности гипогалактии после абдоминального родоразрешения

Бобкова О.А.

Проведено изучение особенностей лактогенеза у 30 акушерских и соматически здоровых женщин и у 30 - родоразрешенных путем операции кесарева сечения. Полученные результаты показали, что абдоминальное родоразрешение является существенным фактором риска гипогалактии. Показано, что изучение количественных и качественных показателей в молоке в обеих группах являются информативными в послеродовом периоде.

SUMMARY

Hypogalaktia after abdominal delivery

Bobkova O.A

Study of the peculiarities of lactogenesis in 30 somatically and obstetrically healthy puerperas and as well as in 30 women who delivered by cesarean section is done. Our studies demonstrate that abdominal delivery is a significant factor for hypogalaktia risk. It is demonstrated by significant difference in quantitative parameters of milk in both groups in comparison with physiologic delivery and by the dynamics of the postoperative period.