

ПРОФИЛАКТИКА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

¹Гутикова Л.В., ²Колесникова Т.А., ³Величко М.Г.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УО «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

³УО «Гродненский государственный аграрный университет»

Роды через естественные родовые пути оказывают неблагоприятное воздействие на мочеполовой тракт: при прохождении головки через родовой канал происходят выраженные изменения мягких тканей родовых путей. Отмечается растяжение волокон ректовагинальной перегородки, седалищно-пещеритых, луковично-пещеристый, периуретральных и поперечных мышц промежности [1-5]. Роды через естественные родовые пути могут, кроме прямого повреждения мышц и соединительной ткани, вызвать денервацию тазового дна. Авторы [4] считают, что повреждение парауретральной иннервации приводит не столько к нарушению функции поперечнополосатой мускулатуры и ощутимому дефекту сокращаемости, сколько к заторможенности нервной релаксации гладкой мускулатуры уретры и, следовательно, к формированию гиперактивного мочевого пузыря и ургентной инконтиненции.

Исходя из вышеизложенного, адекватный менеджмент послеродового периода имеет определяющее значение для восстановления организма женщины. При этом, характеризуя любой процесс, происходящий в пуэрперии, необходимо обязательно учитывать лактационную функцию, которая играет основополагающую роль в восстановлении организма роженицы. Она оказывает положительное влияние на материнский организм, уменьшая вероятность послеродовых кровотечений вследствие ускорения инволюции матки благодаря опосредованному окситоцином усилению контрактильной активности миометрия во время кормления, а уровень пролактина, поддерживающий секрецию молока, является залогом ановуляции и своеобразным методом физиологической контрацепции [3].

Однако этот метод действует при исключительно грудном вскармливании с перерывами в кормлении не больше 4 часов днем и 6 часов ночью и только в том случае, когда у женщины не начались менструации, а ребенку — меньше, чем шесть месяцев.

Кроме того, способность к зачатию восстанавливается в среднем через полтора месяца после родов. Поэтому возникает необходимость в использовании контрацепции до первой менструации, то есть через 21-28 дней после родов. Этой способностью обладают мини-пили, то есть гестагенсодержащие контрацептивы для перорального применения. В Республике Беларусь единственным зарегистрированным гормональным средством для послеродовой контрацепции у кормящих грудью женщин является «Лактинет», действующее вещество которого - дезогестрел.

Ввиду контрацептивной регуляции гормонального спектра организма женщины дезогестрел может воздействовать на лактацию, а наличие или отсутствие лактации в послеродовом периоде также может оказывать влияние на степень функционирования органов не только половой, но и мочевой систем.

В этой связи вопрос о степени реализации симптомов НМ у родильниц с учетом использования гормональной контрацепции в пуэрперии и выраженности лактационной функции представляется важным и требует уточнения для обоснования новых мероприятий по профилактике урогенитальных расстройств в послеродовом периоде.

Цель исследования: оценка степени выраженности симптомов недержания мочи в послеродовом периоде в зависимости от уровня лактации и использования дезогестрел-содержащего средства для контрацепции.

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты клинического и лабораторного обследования 60 родильниц. Критерии включения в исследование: первобеременные первородящие женщины, родоразрешенные через естественные родовые пути при доношенной беременности (37-40 недель), не имеющие противопоказаний к использованию гестагенсодержащей контрацепции.

В исследование не включались пациентки с оперативными вмешательствами на матке в анамнезе, абортами и выскабливаниями полости матки, с разрывами промежности в родах третьей и четвертой степени, с выполненной эпизиотомией и эпизиоррафией. Критериями исключения явилось наличие у пациентки психического заболевания, не позволяющего проводить адекват-

ную оценку симптомов недержания мочи, а также отсутствие готовности к сотрудничеству со стороны пациентки.

I группу составили 18 женщин, которые кормили грудью своих детей на протяжении 4 месяца и более и не использовали гормональную контрацепцию. Во II группу вошли 22 женщины с недостаточной лактацией, не использовавшие гормональную контрацепцию. III группу составили 16 женщин, полноценно лактирующих за период проведения исследования и применявших дезогестрел-содержащий контрацептив. IV группа – 19 рожениц с гипогалактией, применявших гормональную гестагенную контрацепцию («Лактинет»).

Женщинам II и IV групп «Лактинет» назначали с 4 недели послеродового периода по 1 таблетке в день в непрерывном режиме в течение 3 месяцев. Суточное количество молока определялось на 6 день послеродового периода, а также через 1 и 4 месяца после родоразрешения. Проведена регистрация симптомов НМ на протяжении трех периодов исследования - на 6 сутки после родов, а также через 1 и 4 месяца. При этом проводилась комплексная оценка жалоб, сбор анамнеза, объективное обследование. При этом обязательным условием являлось проведение функциональных проб (кашлевой пробы, пробы Вальсальвы, леваторного теста).

Результаты исследования. Возраст беременных I группы составил $22 \pm 2,3$ лет, II группы $21 \pm 2,8$, III - $23 \pm 2,0$ лет, IV - $22 \pm 2,2$ лет. Из экстрагенитальных заболеваний наиболее часто встречались: нейроциркуляторная дистония (в $22,2 \pm 1,1\%$, $22,7 \pm 1,2\%$, $12,5 \pm 1,3\%$ и $15,9 \pm 2,2\%$ случаев у женщин I, II, III и IV групп соответственно), нарушение жирового обмена (у $11,1 \pm 1,2\%$, $9,09 \pm 1,1\%$, $13,6 \pm 1,7\%$ и $5,3 \pm 0,2\%$ женщин I, II, III и IV групп соответственно), хронический пиелонефрит (у $13,6 \pm 1,4\%$ женщин II группы и у $5,3 \pm 0,3\%$ женщин IV группы), варикозное расширение вен нижних конечностей (у $5,6 \pm 1,1\%$, $18,2 \pm 2,0\%$, $18,6 \pm 2,2\%$ и $5,3 \pm 1,0\%$ женщин сравниваемых групп), эутиреоидный диффузный зоб (в $11,1 \pm 2,4\%$, $22,7 \pm 4,2\%$, $6,25 \pm 0,1\%$ и $21,05 \pm 5,2\%$ случаев у женщин I, II, III и IV групп соответственно), заболевания желудочно-кишечного тракта (у $9,09 \pm 1,4\%$ женщин II группы и $15,7 \pm 3,9\%$ женщин IV группы).

Оценка состояния фетоплацентарной системы пациенток сравниваемых групп выявила хроническую внутриутробную гипоксию плода у $13,6\pm 3,2\%$ женщин II группы и $12,5\pm 2,6\%$ женщин III группы. Из осложнений родового акта отмечены: несвоевременное излитие околоплодных вод (у $11,1\pm 1,4\%$ женщин I группы, у $9,09\pm 1,0\%$ женщин II группы и у $18,8\pm 4,9\%$ женщин III группы), присоединение внутриутробной гипоксии плода (в $16,7\pm 5,1\%$, $18,2\pm 6,2\%$, $12,5\pm 3,9\%$ и $15,8\pm 4,3\%$ случаев у женщин I, II, III и IV групп соответственно), а также аномалии родовой деятельности (в $16,7\pm 3,2\%$, $12,5\pm 2,5\%$ и $10,6\pm 1,8\%$ случаев у женщин I, III и IV групп соответственно).

По результатам нашего исследования, практически все пациентки из I группы полностью удерживали мочу сразу после родов. Через 1 месяц у $11,1\pm 3,2\%$ женщин зарегистрирована легкая степень НМ, которая нивелировалась через 4 месяца. Только у 1 пациентки определялось нарушение мочеиспускания в виде подтекания мочи при кашле и чихании.

По нашим данным, $22,7\pm 6,1\%$ пациенток из II группы первоначально имели легкую степень недержания мочи при напряжении. При этом у $13,6\pm 2,7\%$ женщин из этой группы наблюдалось значительное снижение частоты эпизодов недержания мочи, а также уменьшение количества выделяемой мочи при напряжении, и у $9,1\pm 1,3\%$ женщин с уретральной инконтиненцией отмечено лишь незначительное улучшение через 2 и 4 месяца после родов. Кроме того, через 1 месяц после родов зарегистрировано 3 новых случая НМ у женщин данной группы, которые сохранились и через 4 месяца.

По нашим данным, 3 пациентки из III группы имели симптомы НМ в виде увеличения частоты мочеиспусканий в сутки от 6 до 8 раз. Через 1 месяца число этих женщин сократилось до 2, а через 4 месяца симптомы нивелировались и новых случаев НМ зарегистрировано не было.

В IV группе сразу после родов у 3 пациенток отмечены симптомы комбинированного НМ, 1 из которых через 1 и 4 месяца этих жалоб не предъявляла. Через 4 месяца после родов новых случаев НМ у женщин IV группы зафиксировано не было. Кроме того, практически у большинства женщин ($68,4\pm 1,1\%$) к 4 месяцу послеродового периода лактация соответствовала физиологии-

ческой норме, то есть количество молока являлось достаточным для вскармливания младенцев.

Наши данные, показывающие влияние лактации и применения гестаген-содержащего контрацептива на состояние мочевыводящих путей, свидетельствуют, что все пациентки, которым применялся данный препарат, через 4 месяца после родов при условии кормления ребенка грудью не имели симптомов НМ, в то время, как женщины с гипогалактией, которые не использовали этот препарат, достоверно чаще имели соответствующие симптомы НМ через 1 и 4 месяца после родов ($p < 0,05$). Следует отметить, что после 3 месяцев применения гестагенного препарата у женщин IV группы с недостаточностью лактационной функции последняя восстановилась более, чем в половине случаев, что, возможно, является триггером для запуска биологических механизмов, обеспечивающих оптимизацию функционирования мочеполовой системы.

Выводы:

1. Адекватная полноценная лактация является необходимым компонентом послеродового периода и оказывает положительное влияние на функционирование органов малого таза в результате сокращения матки и опосредованной регуляции тонуса мочевого пузыря, мочеточников и уретры, внося значительный вклад в профилактику урогенитальной дисфункции в послеродовом периоде, что дает основание подчеркнуть важность и необходимость грудного вскармливания для оптимизации полноценного функционирования всего материнского организма.

2. Гестагенсодержащий контрацептив, действующим веществом которого является дезогестрел, в послеродовом периоде способен усиливать и поддерживать лактационную функцию, а, следовательно, может использоваться в качестве средства профилактики недержания мочи.

3. В комплекс методов лечения и профилактики недержания мочи после родов (поведенческая терапия, соблюдение диеты, упражнения для укрепления мышц тазового дна, массаж промежности) необходимо включать рекомендации по формированию доминанты лактации, адекватной контрацепции и оптимизации грудного вскармливания.

Литература

1. Пушкарь, Д.Ю. Тазовые расстройства у женщин / Д.Ю. Пушкарь, Л.М. Гумин. – М: Мед. Пресс Информ, 2006. – 254 с.
2. Чернуха, Е.А. Течение и ведение послеродового периода / Е.А.Чернуха, С.К. Кочиева, Н.А. Короткова [Текст] // Акушерство и гинекология. – 1996. – № 6. – С. 40-43.
3. Hadi, E. Pregnancy, labor and delivery: the pelvic floor injury / E. Hadi, A. Groutz, R. Gold // Archives of perinatal medicine. – 2004. – Vol. 143, № 7. – P. 525-529, 548.
4. Schaffer, J.I. A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function / J.I. Schaffer, S.L. Bloom // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 192, №5. – P. 1692-1696.
5. Smith, D.B. Female pelvic floor health: a developmental review / D.B. Smith // J. Wound Ostomy Continence Nurs. – 2004. – Vol. 31, № 3. – P. 130-137.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ЛАКТАЦИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

¹Гутикова Л.В., ²Колесникова Т.А., ³Величко М.Г.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УО «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

³УО «Гродненский государственный аграрный университет»

Естественное вскармливание является эволюционно предопределенной идеальной формой питания человека, так как в материнском молоке тонко сбалансировано содержание всех необходимых питательных веществ, ферментов, гормонов, факторов иммунитета и других компонентов, способствующих адаптации новорожденного к условиям внеутробного существования, воздействию многочисленных факторов окружающей среды. Однако число женщин, страдающих гипогалактией (ГГ), с каждым годом увеличивается.

Цель исследования: оценка триггерных факторов нарушений лактационной функции у родильниц, перенесших гестоз.

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты обследования 345 женщин, которые до родов были разделены на 4 группы. Контрольную группу составили 96 женщин с физиологически протекающей беременностью. Бере-