

## 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

<sup>1</sup>Гутикова Л.В., <sup>2</sup>Колесникова Т.А., <sup>3</sup>Величко М.Г.

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УО «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

<sup>3</sup>УО «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-

менные с гестозом были разделены на 3 основные группы (по шкале Виттлингера): I группа – гестоз легкой степени (102), II группа – гестоз средней степени (84), III группа – гестоз тяжелой степени (63). Классическая триада симптомов, а именно отеки, протеинурия, гипертензия, имела у 30,12%, моносимптомный гестоз – у 25,3% (отечный синдром – у 18,2%, гипертензии – 7,1%). Сочетание 2 симптомов: гипертензии и отеков выявлено у 21,24%; гипертензии и протеинурии – у 23,34% беременных основной группы.

Общая распространенность экстрагенитальной патологии в основной группе наблюдения составила  $97,7 \pm 2,3\%$  (в контроле –  $49,7 \pm 3,8$ ), при этом у женщин с гестозом наиболее часто диагностировались анемия; заболевания почек; печени и желчевыводящих путей; эндокринопатии и сердечно-сосудистая патология. При изучении влияния паритета на частоту гестоза мы отметили достоверное превалирование первородящих. Оценка состояния фетоплацентарной системы пациенток сравниваемых групп выявило хроническую внутриутробную гипоксию плода у каждой второй беременной с гестозом. У новорожденных в основной группе достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) установлена задержка внутриутробного развития плода 1 и 2 степени ( $17,0 \pm 2,9\%$  и  $8,7 \pm 0,76\%$  случаев соответственно). В состоянии асфиксии родилось  $37,8 \pm 3,9\%$  детей от матерей с тяжелым гестозом, а  $31,68 \pm 3,8\%$  – переведены на второй этап выхаживания. Суточное количество молока определялось нами по общепринятым методам на 2, 4 и 6 дни послеродового периода. Для однородности сравнения использовались следующие критерии, а именно: доношенная беременность, родоразрешение через естественные родовые пути.

В сыворотке крови родильниц на 2 и 6 сутки пуэрперия определяли уровень пролактина иммуноферментным анализом с использованием автоматического иммуноферментного анализатора “AxSYM” (2003 г., США). Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке по программе «ANOVA».

*Результаты исследования и обсуждение.* Всем женщинам контрольной группы произведено раннее прикладывание новорожденных к груди матери. Первое прикладывание новорожденных к груди у женщин с гестозом было отсрочено у 26, 29 и 42 женщин в I, II в III основных групп в связи с состоянием новоро-

жденных и/или сохранявшимися проявлениями гестоза у их матерей и состоялось в среднем через  $48,5 \pm 2,1$  часа после рождения. Нами выявлено, что динамика количества отделяемого секрета молочных желез у женщин с гестозом с различными сроками первого прикладывания к груди зависела от степени тяжести гестоза. Так у 152 родильниц, которым было проведено первое прикладывание в течение первых суток, наблюдалось увеличение объёма молока, начиная со 2 суток после родов (первое кормление) – на 30–50% каждые двое суток. Следует отметить, что изменения носили достоверный характер, уже начиная с 4 суток. У 97 родильниц с отсроченным первым прикладыванием к груди нарастание объёма лактации носило менее выраженный характер. При этом достоверное увеличение объёма лактации по сравнению с исходным уровнем было зарегистрировано только на 6 сутки. Кроме того, у этих женщин количественные показатели секрета молочных желез на протяжении всего периода наблюдения были ниже, чем при ранее начатом кормлении на 25–35% ( $p < 0,05$ ).

При оценке лактационной функции здоровых родильниц нами выявлено, что суточный у женщин с гестозом на 6 сутки пuerперия суточный объем молока был на 13- 42% ниже по сравнению с объемом молока у здоровых родильниц. При изучении характера становления лактации у обследованных пациенток нами отмечено постепенное, очень медленное увеличение секреции молока. На шестые сутки только 64 пациентки (25,7%) с гестозом выделяли должное количество этого продукта. Причем в I группе достаточная лактация наблюдалась у 42 женщин (41%), во II - у 18 (21%), в III – у 4 (6%). Нарушения лактационной функции отмечены у 74,3% родильниц с гестозом.

Мы проанализировали зависимость суточного количества молока от возраста женщин. У 42 родильниц в возрасте до 20 лет с тяжелым течением гестоза количество молока на 6 сутки послеродового периода составило в среднем  $314,2 \pm 9,7$  мл. С другой стороны, у 13 родильниц с тяжелым гестозом в возрасте от 20 до 30 лет количество молока было достоверно выше, чем у родильниц в возрасте до 20 лет и составило  $485,3 \pm 24,9$  мл. У 8 женщин старше 30 лет, у которых также были более тяжелые формы гес-

тоза, среднее количество молока на 6 сутки пуэрперия составило  $302,1 \pm 22,3$  мл.

Нами обнаружен ряд осложнений беременности, которые оказывают неблагоприятное влияние на количество секретируемого молока у обследованных женщин. Так, у 23 родильниц I группы, беременность которых осложнилась угрозой прерывания, количество молока на 6 сутки составило в среднем  $459,7 \pm 21,07$  мл, в то время как средние показатели в этой группе составили  $510,3 \pm 39,1$  мл ( $p < 0,05$ ). У 30 женщин II группы с указанным осложнением беременности количество молока на 6 сутки составило  $380,3 \pm 12,5$  мл при средних показателях в этой группе  $412,6 \pm 24,8$  мл ( $p < 0,05$ ). У 24 женщин III группы количество молока в этот период было  $302,5 \pm 12,8$  мл, в то время как средний уровень в этой группе составил  $340,9 \pm 29,5$  мл ( $p < 0,05$ ).

В результате исследований мы установили, что в контрольной и основных группах из всего спектра экстрагенитальных заболеваний наибольший вклад в развитие нарушений лактационной функции вносит анемия. Так, у 27 родильниц I группы, беременность которых осложнилась анемией, количество молока на 6 сутки составило в среднем  $423,1 \pm 20,17$  мл, что составило 82,9% от средних показателей в этой группе. У 54 женщин II группы с указанным осложнением беременности количество молока на 6 сутки было ниже на 17% от среднего показателя в этой группе и составило  $342,2 \pm 14,1$  мл. У 45 женщин III группы количество молока в этот период было на 23% ниже среднего уровня в этой группе и составило  $263,5 \pm 15,1$  мл. В контрольной группе у 21 родильницы с анемией количество молока на 6 сутки составило в среднем  $503,2 \pm 19,12$  мл, что составило 86% от средних показателей в этой группе. Следует обратить внимание, что анемия в этой группе была преимущественно легкой степени.

Нами проанализировано влияние плацентарной недостаточности на характер становления лактационной функции. Установлено, что при этой патологии во всех трех основных группах отмечалось снижение количества молока на 23, 31 и 40% от среднего уровня соответствующей группы и составило  $392,7 \pm 12,5$  мл,  $284,3 \pm 19,4$  мл,  $204,0 \pm 16,2$  мл. В контрольной группе снижение количества молока с указанным осложнением беременности наблюдалось лишь на 12% от среднего уровня.

По нашим данным, более выраженное нарушение лактационной функции у женщин, получавших для подготовки шейки матки к родам простагландиновый гель в отличие от женщин, которым вводили ламинарии. Мы установили, что при слабости и дискоординации родовой деятельности у 26, 24 и 30 родильниц основных групп выявлено уменьшение среднего количества молока на 2 и 4 сутки. Следует подчеркнуть, что на 6 сутки наблюдался значительный прирост молока у родильниц с указанными осложнениями родов, однако его количество было на 8, 11 и 14% ниже средних значений и составило  $469,4 \pm 13,3$  мл,  $367,2 \pm 11,8$  мл и  $293,2 \pm 10,7$  мл. В контрольной группе у 18 женщин роды осложнились слабостью родовых сил. Количество молока на 6 сутки пуэрперия у этих родильниц было лишь на 3% ниже средних показателей в этой группе.

У родильниц, перенесших кровотечение в последовом и послеродовом периодах, отмечалось достоверное снижение объема секретиремого молока. Выявлена прямая зависимость между степенью гипогалактии и величиной кровопотери. У 2, 4 и 8 женщин основных групп с этими осложнениями родового акта среднее количество секретиремого молока на 6 сутки составило  $382,5 \pm 41,2$  мл,  $288,4 \pm 32,1$  мл,  $187,4 \pm 23,4$  мл соответственно. Следует отметить, что наиболее выраженные нарушения лактационной функции выявлены в третьей группе. В контрольной группе кровопотеря не превышала физиологически допустимых значений.

Мы выявили, что у здоровых родильниц с нормальной лактационной функцией, концентрация пролактина на 2 и 6 сутки составляла  $142,4 \pm 14,3$  нг/мл и  $184,6 \pm 17,4$  нг/мл соответственно. У пациенток с осложненным течением беременности, содержание его составило на 2-е сутки  $84,5 \pm 2,7$ ;  $68,6 \pm 4,3$ ;  $44,9 \pm 6,1$  нг/мл в первой, второй и третьей группах, а на шестой день –  $108,9 \pm 12,9$ ;  $76,2 \pm 12,2$ ;  $50,5 \pm 4,6$  нг/мл соответственно. Для оценки влияния акта сосания на содержание пролактина забор крови осуществлялся до и после кормления ребенка на шестые сутки. Уровень этого гормона у женщин с гестозом после акта сосания повышался в среднем на 42,3%, в отличие от здоровых женщин с достаточной лактацией (75,4%).

Так масса тела у новорожденных от матерей с физиологически протекающей беременностью составила в среднем  $3489,59 \pm 94,36$  г. При гестозе наблюдалось снижение этого показателя на 18, 21 и 23% при легкой, средней и тяжелой степени соответственно ( $p < 0,05$ ). Рост новорожденных был достоверно снижен только в III группе по отношению к контролю (на 11%). В I и II группах наблюдалось снижение этого показателя на 8 и 9%. Нами обнаружены достоверно сниженные показатели физического развития детей при их оценке по шкале Апгар в основных группах в сравнении с контрольной. Максимальная убыль массы тела на 3 сутки жизни была у 142 детей (44, 53 и 45 в I, II и III группах соответственно). У остальных снижение массы тела продолжалось до 4-5 суток жизни. К моменту выписки на 7-8 сутки восстановление исходной массы тела отмечено только у 13 младенцев. Физиологическая желтуха отмечена у 193 детей (82, 58 и 53 в I, II и III группах соответственно). Таким образом, у большинства младенцев, рожденных женщинами, беременность которых осложнилась гестозом, наблюдались различной степени выраженности нарушения периода постнатальной адаптации, в структуре осложнений преобладали нарушения со стороны центральной нервной системы.

*Вывод.* Патология лактации на фоне перенесенного гестоза обусловлена помимо основного заболевания рядом факторов, а именно: 1) позднее прикладывание новорожденных к груди матери, 2) возраст женщин (до 20 и старше 30 лет), 3) угроза прерывания беременности, анемия, плацентарная недостаточность, 4) использование простагландинов, 5) аномалии родовой деятельности, 6) кровотечение в последовом и послеродовом периодах, 7) снижение уровня пролактина, 8) сниженные показатели массы и физического развития детей.