

©О.В. Бакун, О.А. Андрієць

## ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК З ГІПОГАЛАКТИЄЮ

*Буковинський державний медичний університет*

ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК З ГІПОГАЛАКТИЄЮ. Робота присвячена вивченню перебігу післяпологового періоду у породіль з гіпогалактиєю, яка спостерігається у 73,3 %. Показано, що фітопрепарат "Ширафза" значно покращує лактацію та перебіг післяпологового періоду.

ОСОБЕННОСТЬ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У РОЖЕНИЦ С ГИПОГАЛАКТИЕЙ. Работа посвящена изучению течения послеродового периода у рожениц с гипогалактией, которая наблюдается в 73,3 %. Показано, что фитопрепарат "Ширафза" значительно улучшает лактацию и течение послеродового периода.

PECULIARITIES OF POSTPARTUM PERIOD IN POSTPARTUM WOMEN WITH HYPOGALACTIA. The course of postnatal period of women in childbirth with hypogalactia which is observed in 73,3 % has been under study. The phytomedication "Shirafza" has been demonstrated to improve lactation and course of postnatal period significantly.

**Ключові слова:** гіпогалактия, післяпологовий період, фітопрепарати.

**Ключевые слова:** гипогалактия, послеродовый период, фитопрепараты.

**Key words:** hypogalactition, postpartum, phytomedicine.

**ВСТУП.** Раціональне харчування передбачає, в першу чергу, вигодовування дітей першого року життя грудним молоком матері. Унікальність грудного молока полягає в тому, що це – найбільш здорова, оптимально збалансована природою їжа, яка легко засвоюється. Вона повністю задовольняє всі харчові і енергетичні потреби дитини від народження і не менше ніж до 5–6 місяців життя без яких-небудь добавок [2]. Серед багатьох проблем грудного вигодовування самою частою є скарга матері на те, що у неї не вистачає молока. Гіпогалактия – це зниження секреторної діяльності молочних залоз в період лактації [1,3]. Розрізняють первинну і вторинну гіпогалактию. Якщо при первинній гіпогалакції ми маємо обмежені можливості лікування, то при вторинній гіпогалакції можливо при своєчасному лікуванні відновити лактацію. Для цього необхідно з'ясувати причину, яка викликала гіпогалактию [3, 4]. Можна виділити особливу групу жінок по розвитку первинної гіпогалакції – це жінки, які перенесли операцію кесаревого розтину. За роками виникнення розрізняють ранню гіпогалактию. Вона проявляється в перші 10 днів після пологів. І пізню гіпогалактию, яка виникає після 10 днів [5].

Метою даної роботи було вивчення особливостей клінічного перебігу післяпологового періоду та дослідити вплив фітопрепарату "Ширафза" на лактацію у породіль із зниженою лактаційною функцією.

**МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.** Нами обстежено 60 породіль, які розподілили на дві групи: I – основна – 30 жінок із зниженою лактаційною функцією. II – контрольна – 30 породіль із збереженою лактаційною функцією. У новонароджених визначали стан при народженні, оцінку за шкалою Апгар, первинне зменшення маси тіла і ступінь її відновлення до четвертої-п'ятої доби життя, особливості перебігу періоду ранньої постнатальної адаптації. Лактаційну функцію у пацієнок оцінювали на четверту-п'яту добу післяпологового періоду на підставі клінічних спостережень за породільями, добовою кількістю молока, що продукується, за введенням новонародженим при-

корму сумішшю, а також за показниками втрати маси та її відновлення у дітей впродовж перших чотирьох-п'яти діб після народження. При оцінці ступеня недостатності функції лактації використовували класифікацію С.Н.Гайдукова (1999): I ступ. тяжкості – дефіцит молока не більше 25 % від необхідної кількості, II ступ. – 50 %, III ступ. – до 75 %, IV ступ. – понад 75 %. Для постановки діагнозу недостатності функції лактації (гіпогалактия) брали до уваги дані анамнезу, наявності екстрагенітальних захворювань, ускладнення перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили на персональному комп'ютері IBM з допомогою статистичної програми Excel, використовуючи методи варіаційної статистики. Достовірність відмінностей ознак встановлювали за допомогою t-критерію Ст'юдента. Різниця показників вважали достовірними при значенні  $p < 0,05$ .

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** При вивченні вікового складу встановлено, що більшість породіль обох груп були віком від 19 до 30 років: в основній групі – 25 (83,3 %), у контрольній – 21 (70 %) ( $p > 0,05$ ). Середній вік породіль достовірно не відрізнявся (25,8±4,2 і 25,1±4,1 року, відповідно).

Виявлено високу частоту соматичної патології: в основній групі – у 22 (73,3 %), у контрольній – у 12 (40 %) жінок ( $p < 0,05$ ). Наявність гінекологічних захворювань в анамнезі розглядається як чинник ризику різних порушень репродуктивної системи, що призводить до гормональних зрушень, порушення дітородної функції з подальшими ускладненнями післяпологового періоду, а також впливає на становлення і тривалість лактації. Гінекологічні захворювання в анамнезі мали 23 (76,6 %) жінок основної групи і 11 (36,6 %) – контрольної ( $p < 0,05$ ). Запальні захворювання жіночої статеві сфери в обох групах відмічалися приблизно з однаковою частотою. У той же час порушення менструальної функції достовірно частіше визначалися в основній групі – 21 (70 %) жінки, порівня-

но з контрольною – у 4 (13,3 %) ( $p < 0,05$ ). В основній групі у структурі порушень менструальної функції звертає на себе увагу переважання таких нозологічних форм, як дисменорея – у 5 (16,6 %), поліменорея – у 2 (6,6 %), нерегулярні менструації – у 12 (40 %) жінок. Лише в основній групі в анамнезі було виявлено такі порушення, як пізні менархе – у 1 (3,3 %), гіпоменструальний синдром – у 1 (3,3 %) пацієнтки. У кожній другій жінки основної групи 16 (53,3 %) були вказівки в анамнезі на невиношування вагітностей, здебільшого за рахунок самовільних абортів – у 12 (40 %), а також на передчасні пологи – у 3 (10 %). Неускладнений перебіг післяпологового періоду реєструвався значно рідше в основній групі породілей – у 4 (13,3 %), ніж у контрольній – у 16 (53,3 %). Нормальний перебіг післяпологового періоду в основній групі було відмічено у 4 породілей, що склало 13,3 %, у контрольній – у 16 (53,3 %). Зниження функції лактації – у 22 (73,3 %) жінок основної групи та у 4 (13,3 %) – контрольної групи, субінволюція матки – у 4 (13,3 %) жінок основної групи та у 1 (3,3 %) жінок контрольної групи. Оскільки субінволюція матки відмічалася значно частіше в жінок основної групи, нами проаналізовано чинники, які сприяють виникненню цього ускладнення. Наявність запальних захворювань органів малого тазу в анамнезі можна розглядати як чинник, що впливає на інволюцію матки та зниження лактаційної функції в післяпологовому періоді. Так, хронічний сальпінгофорит зареєстровано у більшості породілей обох груп: в основній групі – у 19 (63,3 %), в контрольній – у 7 (23,3 %) ( $p < 0,05$ ). Половина породілей з субінволюцією матки вказували на наявність в анамнезі ерозії шийки матки – в основній групі – у 2 (50 %). У жінок при зниженні функції лактації відмічається в анамнезі висока частота порушень менструального циклу і хронічного сальпінгофориту: в основній групі – у 21 (70 %) і 19 (63,3 %), в контрольній – у 4 (13,3 %) і 5 (16,6 %), відповідно ( $p < 0,05$ ). Невиношування вагітності в анамнезі як чинник розвитку гіпогалакції зареєстровано у 53,3 % жінок основної групи. При гіпогалакції у більшості породілей основної групи відмічалася загроза переривання вагітності – у 14 (46,6 %), гестоз – у 10 (33,3 %), анемія – у 27 (90 %),

плацентарна недостатність – у 12 (40 %), у контрольній групі – у 16,6, 3,3, 53,3 та 6,6 % спостережень, відповідно ( $p < 0,05$ ). Найвагомими інтранатальними чинниками для порушень лактаційної функції після пологів були аномалії пологової діяльності і крововтрата понад 500 мл, які реєструвалися в обох групах майже з однаковою частотою. Як в основній, так і в контрольній групі породілей нами не отримано достовірно значущих перинатальних чинників серед доношених новонароджених, які б впливали на становлення лактації в післяпологовому періоді. На становлення лактації в перші 5 днів після пологів впливає стан соматичного здоров'я жінки, її акушерсько-гінекологічний статус, акушерські ускладнення, які частіше реєструвалися в жінок основної групи, тому нами запропоновано відновлення лактаційної функції у даній групі пацієнток за допомогою використання препарату “Ширафза” – натуральний високоякісний засіб на основі рослинної сировини, який завдяки комплексному впливу на організм жінки, стимулюють усі ланки лактації, запобігає виникненню проблем зайвої ваги у годуючих матерів та підвищення рівня глюкози у крові. Прийом препарату здійснювався з 4-ї доби післяпологового періоду по 1 капсулі тричі на день. Було відмічено у 25 породілей (83,3 %), що уже на 5–6 добу прийому збільшувалася кількість молока, а також і якість, яка проявлялася у відсутності синдрому “сухих пелюшок”, дитина активно смоктала груди матері, породілля відчувала прилив молока, після годування дитина не плакала та була спокійною, а також новонароджені відновлювали не тільки початкову масу тіла, а й почали активно прибавляти у вазі.

**ВИСНОВКИ.** 1. У породілей з гіпогалакцією відмічається висока частота ускладнень післяпологового періоду (73,3 %), що значно перевищує аналогічний показник у контрольній групі (40 %).

2. Застосування препарату “Ширафза” сприяє покращенню лактаційної функції у породілей уже на 5 день післяпологового періоду.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** В подальшому ми будемо досліджувати вплив яких факторів має місце у розвитку гіпогалакції та шляхи корекції.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Гутикова Л.В. Гипогалактия, развивающаяся на фоне перенесенного гестоза / Л.В. Гутикова, Р.Анисим, О.Кузнецов // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2007. – №2. – С. 53–56.
2. Гутикова Л.В. Новые подходы к профилактике гипогалактий / Л.В. Гутикова // *Российский вестник акушера-гинеколога*. – 2007. – Т.7, №3. – С. 43–46.
3. Медведь В.И. Медикаментозная терапия и лактация / В.И. Медведь, А.П. Викторов // *Лікування та діагностика*. – 2001. – №2. – С. 54–58.

4. Паенок О.С. Особенности клинического течения послеродового периода и нарушений лактационной функции у женщин с диффузным нетоксичным зобом / О.С. Паенок // *Педіатрія, акушерство та гінекологія*. – 2011. – №1. – С. 70–73.

5. Профилактика гипогалактии у родильниц, перенесших абдоминальное родоразрешение / [И. Лахно, А.Мащенко, В. Дудко и др.] // *Медицина неотложных состояний*. – 2008. – №4. – С. 80–82.

Отримано 25.02.2013