

©І.М. Маланчин

ОСОБЛИВОСТІ ЛАКТАЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ У ПОРОДІЛЬ З ПІЗНИМИ ГЕСТОЗАМИ*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

ОСОБЛИВОСТІ ЛАКТАЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ У ПОРОДІЛЬ З ПІЗНИМИ ГЕСТОЗАМИ. Обстежили 80 пацієнток з преєклампсією та 30 – з фізіологічним перебігом вагітності. Вивчили особливості становлення лактаційної функції. У породіль з преєклампсією середнього та важкого ступеня були найнижчі показники середньодобової кількості молока. Об'єм молока на 6 добу у породіль з преєклампсією важкого ступеня була в 1,8 разів менший, ніж в контрольній групі. Наростання об'єму лактації у породіль, які перенесли пізній гестоз, залежало від ступеня його важкості і було нижчим ніж у здорових породіль.

ОСОБЕННОСТИ ЛАКТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ У РОДИЛЬНИЦ С ПОЗДНИМИ ГЕСТОЗАМИ. Обследовали 80 пациенток с преэклампсией и 30 – с физиологическим течением беременности. Изучали особенности становления лактационной функции. У родильниц с преэклампсией средней и тяжелой степени были самые низкие показатели среднесуточного количества молока. Объем молока на 6 сутки у родильниц с преэклампсией тяжелой степени были в 1,8 раз меньше, чем в контрольной группе. Нарастание объема лактации у родильниц, перенесших поздний гестоз, зависело от степени его тяжести и было ниже, чем у здоровых родильниц.

SPECIFICS LACTATIONAL FUNCTION IN PUERPERANTS WITH PREECLAMPSIA. We have examined 80 patients with preeclampsia and 30 with physiological pregnancy. We have studied the intricacies of becoming lactation function. In mothers with preeclampsia mild and severe degrees were lowest average daily amount of milk. Volume of milk for 6 days in puerperants with severe preeclampsia was 1,8 times lower than in the control group. The growing volume of lactation in mothers who had preeclampsia later depended on the degree of severity was lower than in healthy mothers.

Ключові слова: преєклампсія, породіллі, лактація.

Ключевые слова: преэклампсия, родильница, лактация.

Key words: preeclampsia, puerperants, lactation.

ВСТУП. Забезпечення фізіологічної післянатальної адаптації і розвитку новонароджених, зниження захворюваності і смертності неможливо без вирішення проблеми повноцінного грудного вигодовування, тому що отримання повноцінного в кількісному і якісному відношенні молозива і молока можливо лише при грудному вигодовуванні, ураховуючи біологічні властивості жіночого молозива і молока [1,2].

Різноманітні патологічні процеси, які ускладнюють перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду, зумовлюють зміни лактаційної функції. До таких ускладнень належить преєклампсія. Стан лактаційної функції у жінок з преєклампсією мало вивчений і потребує відповідних досліджень [3,4].

Метою нашої роботи було вивчити особливості лактаційної функції у породіль з пізніми гестозами.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Застосовані статистичні і загальноклінічні методи обстеження породіль. У породіль усіх груп в динаміці післяпологового періоду – на 2, 4 та 6 добу – досліджували лактаційну функцію: добову кількість молозива і молока.

Метод визначення добової кількості молозива і молока у породіль полягав у наступному. Новонароджений зважувався до та після кожного годування, різниця в масі визначала кількість молока, висмоктаного за одне годування; потім проводилося зцідженя залишкової кількості молока після даного годування. Кількість висмоктаного і зцідженого молока складає загальну його кількість при цьому годуванні. Добову кількість молозива і молока визначали за сумарною кількістю висмоктаного і зцідженого молозива і молока від усіх годувань за добу. Для визначення необхідної кількості новонародженому молозива і молока

використовували формулу: $X=(H-1) \times 70$ або 80, де X – кількість молока, H – добовий вік дитини; множили на 70 – для новонародженого з масою до 3200,0 г, на 80 – більше за 3200,0 г.

З метою оцінки стану мікробіоценозу шкіри молочних залоз обстежених основної групи визначали видовий склад бактерій, частота їх виявлення та концентрація бактерій в КОЕ/мл на основі попереднього мікроскопічного вивчення і наступного висіву на диференціально-діагностичні середовища.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Під нашим спостереженням були 80 жінок з преєклампсією (основна група) та 30 практично здорових жінок з фізіологічним перебігом вагітності та пологів (контрольна група). Преєклампсія легкого ступеня діагностована у 41 (51,25 %) обстежених, середньої тяжкості – у 28 (35 %), тяжка преєклампсія була у 11 (13,75 %) жінок.

Раннє прикладання немовлят до грудей було проведено у всіх жінок контрольної групи і в 53 (66,25 %) пацієнток з преєклампсією.

Перше прикладання новонароджених до грудей було відтерміноване у 27 (33,75 %) породіль в зв'язку з станом дитини або важкістю гестозу і відбулось в середньому через $46,4 \pm 2,3$ год після народження.

У всіх породіль, у яких було раннє прикладання до грудей, виявлено збільшення об'єму молока, починаючи з 2 доби.

Добовий об'єм молока у здорових породіль складав в середньому на 2,4, 6 добу – $220,2 \pm 23,7$, $386,2 \pm 24,5$ і $563,2 \pm 32,47$ мл. У породіль з відстроченим прикладанням немовлят до грудей наростання об'єму молока носило менш виражений характер. При

цьому достовірне збільшення об'єму лактації у порівнянні з вихідним рівнем спостерігалось лише з 6 доби. Крім цього, кількісні показники секрету молочних залоз протягом всього періоду спостереження були нижчі, ніж при ранньому початку годування на 24-37 % ($p < 0,05$).

Порушення лактаційної функції виявили у 61 (76,25 %) пацієнтки з прееклампсією і лише у 4 (13,3 %) жінок контрольної групи.

Агалактія була у 5 (8,2 %) породіль основної групи, при чому 3 з них мали важку прееклампсію, 2 – середнього ступеня.

Гіпогалактія I ступеня (дефіцит молока складає менше 25 % від необхідної кількості) виявлена у 3 породіль контрольної групи і 27 (44,26 %) основної групи, при цьому тут переважали жінки з прееклампсією легкого ступеня.

Гіпогалактія II ступеня (дефіцит молока до 50 %) спостерігалась у однієї породіллі з фізіологічним перебігом вагітності і пологів і в 17 (27,86 %) обстежених основної групи. Гіпогалактія III ступеня (дефіцит молока більше 50 %) була в 12 (19,68 %) породіль з прееклампсією.

Гіпогалактія II і III ступенів переважала серед породіль, які перенесли під час вагітності прееклампсію важкого та середнього ступеня.

Крім того всім породілям вивчали мікробіоценоз шкіри молочних залоз.

В якісному складі бактерій тут переважають стафілококи, мікрококи і коринебактерії (79,69 %), аеробні спороутворюючі бактерії займали четверте місце – 5,57 %.

Виявлено чотири основні стани екосистеми молочних залоз: еубіоз, компенсований і субкомпенсований нормоценоз і дисбактеріоз. Критеріями дисбактеріозу служили наявність невластивих видів і перевищення рівня щільності бактерійних популяцій.

Необхідно відмітити, що у більшості обстежених жінок з прееклампсією кількісні показники нормальної мікрофлори шкіри молочної залози (зона ареоли) були незначними і складали: лактобацили Ig ($3,2 \pm 0,02$) КОЕ/мл проти контролю Ig ($7,1 \pm 0,45$) КОЕ/мл, біфідобактерії Ig ($2,4 \pm 0,067$) КОЕ/мл проти контролю Ig ($6,4 \pm 0,29$) КОЕ/мл.

ВИСНОВКИ: 1. Відмічається пряма залежність між ступенем важкості перенесеного пізнього гестозу і вираженістю гіпогалакції.

2. Породіль, які перенесли під час вагітності прееклампсію необхідно відносити до групи “високого ризику” по розвитку порушень лактаційної функції.

3. У породіль з прееклампсією середнього та важкого ступеня були найнижчі показники середньодобової кількості молока.

4. Об'єм молока на 6 добу у породіль з прееклампсією важкого ступеня була в 1,8 разів менший, ніж в контрольній групі.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. В подальшому плануємо вивчити особливості лактаційної функції у породіль з прееклампсією на тлі герпетичної інфекції чи хламідіозу. Також в перспективі звернемо увагу не лише на кількісні показники лактаційної функції, а також на якісні інгредієнти в молозиві і молоці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ольшевська О.В. Прееклампсія у вагітних з хронічним пієлонефритом (патогенез, лікування та профілактика ускладнень) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : спец. 14.01.01 “Акушерство та гінекологія” О.В. Ольшевська. – Київ, 2009. – 37 с.

2. Тутченко Л.І. Особливості ведення лактації та грудного вигодовування у жінок з вродженими вадами серця / Л.І.Тутченко, Н.Є.Кирильчук // Перинатологія і педіатрія – 2011. – № 2(46). – С. 9–11.

3. Ольшевська О.В. Можливості і патогенез порушень лактаційної функції (кількості і якісних інгредієнтів молозива й молока) при хронічному пієлонефриті та прееклампсії на тлі хронічного пієлонефриту / О.В. Ольшевська // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2005. – Т. 9, № 1. – С. 114–122.

4. Тутченко Л.И. Комплексное ведение лактации у женщин группы риска её нарушенный / Тутченко Л.И., Писаревский К.И. // Перинатология та педіатрія. – 1999. – №2. – С. 21–23.

Отримано 01.03.2013