

УДК 618.5-089.888.61/.73-084

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОГАЛАКТИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

С.А. Иванова, С.Н. Гайдуков, Т.И. Прохорович

Оценена возможность профилактики гипогалактии у женщин, родоразрешенных операцией кесарева сечения в послеоперационном периоде с помощью отечественного молокоотсоса-стимулятора.

Ключевые слова: кесарево сечение; послеродовый период; профилактика гипогалактии.

MODERN APPROACHES TO PROPHYLAXIS OF HYPOGALACTIA IN WOMEN AFTER ABDOMINAL BIRTH

S.A. Ivanova, S.N. Gaydukov, T.I. Prokhorovich

The article is dedicated to possibility of hypogalactia prophylaxis in women labored by cesarean section in postoperative period with domestic stimulative breast-pump.

Key words: cesarean section; postoperative period; hypogalactia prophylaxis.

Рост частоты проведения операций кесарева сечения повлек за собой увеличение числа женщин с рубцом на матке. В настоящее время получает все большее распространение положение о целесообразности увеличения частоты родов через естественные родовые пути у женщин, перенесших ранее кесарево сечение. Однако существенного снижения частоты кесарева сечения при этом не происходит. Большинство беременных женщин с рубцом на матке родоразрешаются путем операции кесарева сечения [1]. Следует отметить, что среди показаний к абдоминальному родоразрешению рубец на матке занимает одно из первых мест [2, 3]. Хорошо известно, что для большинства женщин важное значение имеет грудное вскармливание [4]. Кормление ребенка грудью способствует сокращению матки, ускоряет ее инволюцию в послеродовом периоде, стимулирует формирование связи между матерью и новорожденным, повышает уверенность матери в собственных силах, улучшает переносимость стресса. Как известно, наиболее частым нарушением функции молочных желез в послеродовом периоде является недостаточная гипогалактии у женщин родоразрешенных операцией кесарева сечения [5, 6]. Данный факт является мотивацией для поиска профилактики и новых научно обоснованных методов профилактики

и лечения гипогалактии. Поэтому определенный интерес представляет анализ становления лактации и продолжительность грудного вскармливания после повторной операции кесарева сечения при наличии рубца на матке.

Цель исследования – оценить лактацию у рожениц после повторного родоразрешения операцией кесарева сечения и возможность коррекции недостаточности лактации у данной категории пациенток.

Материалы и методы. Проведены клинико-статистические исследования у 52 женщин, родоразрешенных операцией кесарева сечения по поводу наличия рубца на матке. Были изучены особенности операции кесарева сечения, течение послеоперационного периода и особенности течения раннего неонатального периода у новорожденных детей обследованных матерей, а также становление лактации и продолжительность грудного вскармливания. Содержание пролактина в плазме крови определяли иммуноферментным методом с использованием набора реагентов “ИФА-пролактин” производства фирмы “Алкор Био” (Россия). По возрасту обследованные пациентки были распределены следующим образом: от 25 до 29 лет было 14 (26,9 %) женщин, от 30 до 35 лет – 17 (32,7 %) и старше 36 лет – 21 (40,4 %). Среднее число беременностей составило 4,1. Преждевременные роды не были включены в исследование. В основном

операция производилась при сроке беременности 38–39 недель. Толщина рубца на матке, по данным УЗИ, колебалась от 3 до 5 мм. Средний показатель толщины составил 3,4 мм. В 71,1 % случаев продолжительность операции не превышала 40 мин. Во всех случаях кровопотеря не превышала 800 мл. Технических затруднений при выведении головки плода и травм плода во время операций не было. Все дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар выше 7/8 баллов. В обследуемой группе 42 (80,8 %) новорожденных были с массой тела от 3000 до 4000 г. С массой тела менее 3000 г родились 6 (11,5 %) детей. У 4 (7,7 %) новорожденных масса тела превышала 4000 г. Средняя масса и длина тела новорожденных составила $3475,3 \pm 134,7$ г и $51,2 \pm 0,4$ см. Течение послеоперационного периода удовлетворительное. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением. В послеоперационном периоде у 16 (30,8 %) пациенток отмечена анемия. Выписка осуществлялась на 5–6-е сутки после родового (послеоперационного) периода. Средний показатель пребывания на койке составил 5,7 суток. С целью выведения молока и стимуляции рефлекса молокоотдачи у 23 женщин (1-я группа) в послеоперационном периоде использован аппарат молокоотсос-стимулятор “Лактопульс”, моделирующий акт сосания ребенка. Эти женщины составили обследуемую группу. В контрольную (2-ю) группу вошли 29 родильниц, у которых не проводилась профилактика гипогалактии с помощью аппарата “Лактопульс”. Полученные результаты подвергались статистической обработке с вычислением средней арифметической (M), ошибки средней арифметической (m), доверительного коэффициента Стьюдента (t) при заданном уровне значимости (p). Результаты статистического анализа принимались за достоверные ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. Для оценки становления секреторной функции молочных желез, начиная с 3-х суток, определяли суточный объем молока. Уровень секреции молока на 3-и сутки в 1-й группе составил 165 ± 38 мл и на 5-е – 399 ± 51 мл. Уровень секреции молока в группе, где не проводилась профилактика гипогалактии с помощью аппарата, был заметно ниже: на 3-и сутки составил 86 ± 32 мл и на 5-е – 128 ± 25 мл. Как свидетельствуют полученные данные, на 3-и сутки послеоперационного периода различия в объеме секретлируемого молока были статистически не достоверными; к 5-м суткам отмечается достоверное увеличение секреции молока в 1-й группе родильниц ($p < 0,05$). Уровень пролактина в 1-й группе на 3-и сутки составил 4212 ± 331 мМЕ/л и на 5-е –

5831 ± 228 мМЕ/л. Во 2-й группе были получены следующие результаты: на 3-и сутки уровень пролактина 3601 ± 325 мМЕ/л и на 5-е – 2987 ± 283 мМЕ/л. Таким образом, к 5-м суткам уровень пролактина был заметно выше по сравнению с пациентками 2-й группы ($p < 0,05$). Диагноз гипогалактии ставили не ранее 10 суток, так как к этому времени завершается период становления лактации. В 1-й группе женщин, где проводилась стимуляция лактации, уровень гипогалактии на 10-е сутки составил 13,0 % против 30 % во 2-й группе родильниц. Нами была оценена длительность лактации в обследуемых группах. Оказалось, что в 1-й группе до 4 месяцев кормили грудью 12 (52,2 %) пациенток, от 5 до 7 месяцев продолжали кормить грудью 8 (34,8 %) женщин, лактация сохранялась от 8 до 12 месяцев у 3 (13,0 %) пациенток. Во 2-й группе грудное вскармливание было менее продолжительным. Так, до 4 месяцев лактация у обследованных пациенток 2-й группы сохранялась в 21 (72,4 %) случае, от 5 до 7 месяцев – у 6 (20,7 %) и от 8 до 12 месяцев – у 2 (6,9 %) женщин.

С целью оценки эффективности “Лактопульса” также приводилось сравнение работы трех стимулов (вакуум, сжатие, растяжение) с режимом традиционного молокоотсоса, где используется только один вакуум. При использовании всех трех стимулов отмечается более раннее начало молоковыведения, чем при использовании только режима вакуума: $25,5 \pm 11,3$ сек, против $47,0 \pm 19,4$ сек. Существенные различия получены при изучении скорости выведения молока. Оказалось, что при работе “Лактопульса” средняя скорость выведения молока составила $8,6 \pm 3,1$ мл/мин против $1,9 \pm 1,6$ мл/мин ($p < 0,05$) при использовании только одного вакуума. Таким образом, при работе аппарата “Лактопульс” скорость выведения молока была почти в 4,5 раза выше. Экспериментальные работы по влиянию вакуумных аппаратов на уровень пролактина в сыворотке крови у лактирующих женщин показали, что выведение молока с помощью молокоотсоса вызывает увеличение концентрации пролактина в период лактогенеза и лактопоза, хотя по величине оно уступает повышению концентрации, наблюдаемой при кормлении ребенка. В связи с этим установлено, что одним из важных патофизиологических механизмов развития гипогалактии является отсутствие адекватной стимуляции соска и ареолы молочной железы, которое имеет место у женщин, родоразрешенных операцией кесарева сечения. Нами использован аппарат “Лактопульс”, в принцип работы которого положено совместное действие механических стимулов: вакуума, давления и сжатия [7]. Проведенные нами клинические

испытания показали его эффективность у женщин при повторном родоразрешении кесаревым сечением. Так, уровень гипогалактии в данной группе родильниц снизился с 30 до 13 %. Уровень секреции молока к моменту выписки оказался в 1-й группе достоверно выше. Здесь важно отметить, что все параметры воздействий, оказываемых на молочную железу, находились в физиологических пределах. Так, амплитуда вакуумных стимулов 18–22 кПа, соответствовала величине переменного вакуума, возникающей в ротовой полости ребенка при кормлении его грудью, также частота воздействия составляла в 60 импульсов/мин [8].

Включение стимулов сжатия существенным образом сказывалось на динамике молоковыведения. По-видимому, именно за счет дополнительного давления на синусо-протоковую систему железы аппарат оказался более эффективным. На основании полученных клинических данных можно прийти к выводу, что при использовании данного метода у родильниц после абдоминального родоразрешения происходит нормализация механизмов молокоотдачи и секреции молока. Поэтому у родильниц с повышенным риском возникновения гипогалактии и, прежде всего, у женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, использование данного метода оправдано.

Литература

1. Иванова С.А. Особенности абдоминального родоразрешения у женщин с повторным кесаревым сечением / С.А. Иванова, С.Н. Гайдуков, Т.А. Либова и др. // Актуальные вопросы родо-вспоможения и репродуктивное здоровье. СПб., 2008. С. 56–58.
2. Baskett T.F., Arulkumaran S. Intrapartum care. London: RCOG Press, 2002. P. 93–102.
3. Barber E.L., Lundsberg L.S., Belanger K., Pettker C.M., Funai E.F., Illuzzi J.L. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate // *Obstet. Gynecol.* 2011. V. 118 (1). P. 29–38.
4. Новикова С.В. Современные аспекты грудного вскармливания / С.В. Новикова, Л.В. Абольян // *Педиатрия.* 2011. № 1. С. 80–83.
5. Подобед Н.Д. Профилактика гипогалактии и поддержка грудного вскармливания у родильниц после кесарева сечения / Н.Д. Подобед // *Материалы 4 Рос. науч. форума “Охрана здоровья матери и ребенка – 2002”.* М., 2002. С. 298–299.
6. Стецик А.В. Влияние простагландинов на становление лактационной функции родильниц: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Стецик. СПб., 2011. 23 с.
7. Ильин В.И. Профилактика и устранение патологических нагрубаний у кормящих грудью женщин / В.И. Ильин, Н.П. Алексеев, А.В. Щеголькова // *Журнал акушерства и женских болезней.* 2010. Т. LIX. Вып. 2. С. 95–99.
8. Гайдуков С.Н. Немедикаментозный метод профилактики гипогалактии у родильниц после преждевременных родов / С.Н. Гайдуков, В.К. Ярославский, Тихонова Т.К. и др. // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* 1998. № 5. С. 19–21.