

І. І. Хаща

ПРОФІЛАКТИКА ГІПОГАЛАКТІЇ В ЮНИХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

Вступ

Сьогодні не викликає сумнівів той факт, що грудне годування — є оптимальний варіант харчування для дітей першого року життя [3; 4]. У дітей цього віку є фізіологічна форма адаптації до жіночого молока, вироблена в процесі філогенезу. Грудне годування — це своєрідний стан, який полегшує дитині перехід від гематрофного до лактотрофного, а потім і до звичайного харчування [2]. Переваги природного харчування порівняно зі штучним переконливо доведені і не викликають сумнівів [5; 6].

Експерти багатьох країн вважають проблему гіпогалактії однією з важливіших в охороні здоров'я матері та дитини у післяпологовому періоді. Однією з головних причин відмови від грудного годування є недостатня секреція молока. Частота гіпогалактії становить від 50 до 70 % і сьогодні немає тенденції до зниження цього показника [1–7].

Серед різних факторів ризику розвитку даної патології виділяють фетоплацентарну недостатність, яка призводить до ендокринних порушень як під час вагітності, так і у післяпологовому періоді. Одним з несприятливих фонових станів для розвитку порушень у системі мати — плацента — плід є біологічна неготовність материнського організму у первородящих до 18 років.

Вагітність у юному віці супроводжується низкою складних не тільки медичних, але і соціальних аспектів, вирішення яких залежить як від медичних робітників, так і від са-

мих підлітків та їх сімей [2; 4]. Неповнолітня мати нерідко позбавлена економічної та психоемоційної підтримки, що призводить до погіршення її здоров'я, знижує якість життя. Багато наукових колективів нашої країни і за кордоном працюють над вивченням особливостей перебігу вагітності і пологів у юних первородящих, а також над розв'язанням проблеми гіпогалактії [1–7]. Поряд з цим, у літературі, практично відсутні дані про особливості лактації у первородящих до 18 років і можливості корекції ендокринологічних змін, що впливають на лактогенез.

Усе викладене вище свідчить про актуальність обраного наукового напрямку, який знаходиться на стику двох важливих проблем сучасного акушерства — юні первородящі та гіпогалактія.

Мета роботи: знизити частоту гіпогалактії у юних первородящих на основі вивчення клініко-ендокринологічних та імунобіологічних особливостей лактації та використання комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети нами проведено дослідження в два етапи. На першому — вивчили клініко-статистичні особливості розродження та перебігу післяпологового періоду (до 1 міс) у 100 первородящих, 50 з яких були у віці до 18 років (I група) та 50 — від 19 до 25 років (II група). На другому етапі було обстежено 60 юних первородящих, розроджених через природні пологові

шляхи, при цьому 30 із них отримували загальноприйняту профілактику гіпогалактії (III група), а 30 — за розробленою нами методикою (IV група). Як контрольну групу обстежили 30 первородящих у віці 19–25 років без акушерської та соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи.

Загальноприйнята профілактика гіпогалактії полягала у використанні вітамінотерапії, ліпоевої кислоти, кокарбоксілази, окситоцину та похідних апілаку.

Розроблена нами методика профілактики гіпогалактії у юних первородящих полягає у додатковому використанні після 20 тиж вагітності йодованого риб'ячого жиру з розрахунку 80 мг кристалічного йоду на 1 мг ри�'ячого жиру. Обґрунтуванням даної методики є той факт, що ри�'ячий жир містить вітаміни А, D, Е, які необхідні для поліпшення функції фетоплацентарного комплексу та лактації, а також кристалічний йод, який шляхом насичення жирних кислот включається у синтез плацентарних і тиреоїдних гормонів, що прямим та опосередкованим шляхами впливають на лактогенез. Добова доза становила 10 мл, тривалість приймання — 10 днів кожного місяця аж до розродження, а також упродовж 2–3 міс після пологів.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, функціональні, біохімічні та ендокринологічні методи.

Результати дослідження та їх обговорення

Одним із головних завдань етапу клініко-статистичних



досліджень було проведення порівняльного аналізу частоти і ступеня вираженості основної акушерської та перинатальної патології у юних первородящих залежно від рівня первинної гіпогалакції у них. Вважали за доцільне виключити всі випадки абдомінального розродження у зв'язку з тим, що гіпогалакція після кесаревого розтину є самостійною проблемою і потребує специфічного підходу.

Середній вік обстежених жінок I групи становив $(23,2 \pm 2,1)$ року, а II — $16,1 \pm 1,4$, що вірогідно нижче ($P < 0,05$). При цьому необхідно відмітити, що віком до 16 років було 38 % вагітних, що, безумовно, свідчить про необхідність профілактики непланової вагітності, починаючи з 12–13-річного віку.

Як свідчать результати проведених клініко-статистичних досліджень, незважаючи на однаковий преморбідний фон у юних первородящих і жінок віком 19–25 років, перші становлять групу високого ризику щодо розвитку акушерських і перинатальних ускладнень. Одним з найбільш нагальних питань даної проблеми є розвиток фетоплацентарної недостатності, на фоні якої зростає частота різних ускладнень у пологах як з боку матері, так і з боку плода. Заключним проявом даної патології є високий рівень первинної гіпогалакції. Крім того, це зумовлено ще і відстроченим прикладанням новонародженого до груді внаслідок високої захворюваності у матері та дитини. Загальноприйняті профілактичні заходи є недостатньо ефективними, що диктує необхідність розробки принципово нового підходу до зниження частоти первинної гіпогалакції в юних первородящих. Саме цьому і присвячено наше наукове дослідження.

Аналізуючи особливості клінічної характеристики двох груп юних первородящих на II

етапі наших досліджень, слід зауважити, що у них виявлено, в основному, таку патологію, що і на попередньому етапі. Розподілення їх на III і IV групи було проведено за принципом рандомізації, що є обов'язковою умовою для подальшого трактування отриманих результатів.

За даними деяких авторів [5; 6], частота ускладнень, особливо в II половині вагітності, залежить від використаної лікувально-профілактичної методики. Так, згідно з нашими даними, найбільш наочно це проглядається у частоті фетоплацентарної недостатності, яка була вище у III групі (63,3 % порівняно з 33,3 %). Структурний аналіз основних проявів даної патології показав, що найчастіше виявлялася затримка внутрішньоутробного розвитку плода (53,3 % проти 26,7 %), причому за асиметричним варіантом. Решта видів фетоплацентарної недостатності (мало- та багатоводдя) траплялися в поодиноких випадках (від 3,3 до 6,7 %). Така різниця в дисфункції плаценти позначилася на частоті загрози передчасних пологів (26,7 % порівняно з 13,3 %) та прееклампсії (20,0 % проти 10,0 %). Ці дані стали для нас підставою до проведення додаткових ехографічних і радіоімунологічних досліджень, які найбільш адекватно відображують материнсько-плодові взаємовідношення. Обрані терміни дослідження: 20–21, 29–30, та 37–38 тиж, на нашу думку, дозволяють відобразити динаміку змін, що відбуваються, у фетоплацентарному комплексі.

Встановлено пряму кореляційну залежність між клініко-ехографічними проявами фетоплацентарної недостатності при різних методиках ведення вагітності та рівнем первинної гіпогалакції ($r = +0,67$), а також пряму кореляційну залежність між радіоімунологічними змінами та рівнем первинної гіпога-

лакції, отримано найбільш інформативні дані при вивченні вмісту естрадіолу ($r = +0,71$); хоріонічного гонадотропіну ($r = +0,68$); плацентарного лактогену ($r = +0,70$); трийодтироніну ($r = +0,66$) та тироксину ($r = +0,72$). Такі зміни, безумовно, позитивно позначилися і на клінічних результатах розродження.

Під час аналізу особливостей клінічного перебігу пологів відзначена вірогідна різниця між ускладненнями, пов'язаними з функцією фетоплацентарного комплексу. Так, у III групі вірогідно частіше спостерігалися передчасний розрив плодових оболонок (30,0 % порівняно з 20,0 %); патологічний прелімінальний період (23,3 % проти 16,7 %) і аномалії пологової діяльності (20,0 % порівняно з 10,0 %). Безумовно, це позначилося і на стані новонароджених. Підтвердженням є вірогідна різниця частоти гіпотрофії (20,0 % проти 10,0 %) і асфіксії різного ступеня тяжкості (30,0 % порівняно з 16,7 %). При цьому якщо рівень асфіксії легкого ступеня не відрізнявся (по 10,0 %), то середнього (10,0 % проти 3,3 %) — був вірогідно вище у III групі. При оцінці захворюваності новонароджених нами не встановлено вірогідних відмінностей між частотою гнійно-запальних захворювань (16,7 і 13,3 %), тимчасом як рівень постгіпоксичної енцефалопатії був вірогідно вище у III групі (36,7 % порівняно з 23,3 %). Така виражена різниця у стані новонароджених та їх захворюваності вплинула на час першого прикладання новонародженого до груді, який становив у III групі $(3,1 \pm 0,2)$ доби, а в IV — вдвічі нижче — $(1,5 \pm 0,1)$ доби ($P < 0,01$).

Оцінюючи кількісні зміни об'єму молока, можна відмітити, що тільки у 1-шу добу післяпологового періоду цей показник був вірогідно знижений як у III (до $(44,6 \pm 4,2)$ мл; $P < 0,01$), так і в IV групі (до



(45,7±4,2) мл; P<0,05). Починаючи з 3-го дня після розродження, різниця у юних первородящих, у веденні яких під час вагітності застосовувалися різні профілактичні методики, стала вірогідною (209,2±12,4) мл проти (270,8±13,9) мл; P<0,05). З 7-ї доби післяпологового періоду зниження об'єму молока у жінок III групи мало більш виражений характер (до (229,4±20,6) мл; P<0,01), про що свідчить зниження коефіцієнта вірогідності з 0,05 до 0,01. Ця тенденція зберігалася на фоні загальноприйнятих профілактичних заходів до 21-го дня після розродження (до (522,7±43,8) мл; P<0,01). Незважаючи на застосування розробленої методики профілактики первинної гіпогалакції, нам не вдалося нормалізувати дану величину відносно контрольної групи ні на 7-му (до (364,7±31,3) мл; P<0,05), ні на 21-шу добу (до (637,5±58,5) мл; P<0,05). Ефект був частковим, але порівняно з III групою об'єм молока був вірогідно вище впродовж усього досліджуваного періоду (P<0,05).

Розглядаючи якісні зміни грудного молока, а також його захисні властивості, слід відмітити, що на фоні загальноприйнятого ведення на 1-шу добу післяпологового періоду відзначалося вірогідне зниження вмісту загального білка (до 12,2±1,2 г/л; P<0,01); лактози (до (23,6±2,2) г/л; P<0,01); імуноглобулінів G (до (0,43±0,01) г/л; P<0,05); M (до (0,18±0,01) г/л; P<0,05) і SA (до (6,3±0,7) г/л; P<0,05), а також вітаміну E (до 1,3±0,1 мкмоль/л; P<0,05). Порівняно з цим, у IV групі у цей же термін спостерігалось вірогідне зниження тільки загального білка (до (16,3±1,3) г/л; P<0,05); лактози (до (24,1±2,2) г/л; P<0,01) та IgM (до (0,21±0,02) г/л; P<0,05). У III групі юних первородящих додатково до перерахованих вище змін, починаючи з 3-го дня вірогідно зменшився рівень казеїну (до

(1,2±0,1) г/л; P<0,05); лактоферину (до (2,8±0,3) г/л; P<0,05) і вітаміну C (до (48,9±2,1) мкмоль/л; P<0,05), а з 7-ї доби — вміст ліпідів (до (32,3±1,8) г/л; P<0,05).

Найбільш виражені зміни відзначалися на 10-й день післяпологового періоду. Вони виражалися у вірогідному зниженні вмісту загального білка (до (5,0±0,3) г/л; P<0,01); казеїну (до (1,3±0,1) г/л; P<0,05); ліпідів (до (36,3±1,1) г/л; P<0,05); лактози (до (34,8±3,2) г/л; P<0,01); імуноглобулінів A (до (2,29±0,32) г/л; P<0,05); M (до (0,20±0,01) г/л; P<0,05) і SA (до (10,3±1,8) г/л; P<0,05), а також вітамінів C (до (51,1±3,9) мкмоль/л; P<0,05) та E (до (1,7±0,1) мкмоль/л; P<0,01). Включення у комплекс лікувально-профілактичних заходів йодованого риб'ячого жиру дозволило до 10-ї доби післяпологового періоду суттєво поліпшити якісні, захисні та вітамінні властивості грудного молока. Це підтвердилося тим, що до цього ж терміну спостерігалось тільки вірогідне зниження загального білка (до (8,9±0,6) г/л; P<0,05), лактози (до (59,5±5,2) г/л; P<0,05) та вітаміну E (до (2,2±0,3) мкмоль/л; P<0,05). Ступінь вираженості цих змін був нижчим, про що свідчить збільшення коефіцієнта цих показників вірогідності з 0,01 у III до 0,05 — у IV групі.

Особливий інтерес становлять зміни вмісту пролактину у сироватці крові в післяпологовому періоді. Так, на 1-шу і 3-тю добу цей показник був вірогідно зниженим в обох групах юних первородящих з однаковим ступенем вираженості (P<0,05). Після 7-го дня на фоні загальноприйнятих профілактичних заходів дана величина залишалася вірогідно зменшеною (до (3129,7±234,7) мМО/л; P<0,05), а в IV групі — нормалізувалася (до (4879,3±368,8) мМО/л; P>0,05) відносно контрольної. Така ж закономірність зберігалася і на

10-ту добу після розродження.

Щодо частоти первинної гіпогалакції в юних первородящих необхідно відмітити, що завдяки використанню розробленої нами профілактичної методики із застосуванням йодованого риб'ячого жиру вдалося знизити ці показники з 53,3 % у III групі до 20,0 % — у IV, тобто більше ніж удвічі.

Висновок

Таким чином, як свідчать результати проведених нами досліджень, профілактика первинної гіпогалакції в юних первородящих повинна починатися з 20 тиж вагітності й продовжуватися упродовж 2–3 міс після розродження. Методика проста, доступна і може набути широкого застосування у практичній охороні здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бакалева Л. П., Нестерова А. А., Бабаян С. С. Динаміка урівня лизоцима в сыворотке крови и молоке родильниц с различной функциональной активностью молочных желез // Акушерство и гинекология. — 1991. — № 5. — С. 42-44.
2. Бобкова О. О., Чобей М. М., Романенко Т. Г. Особливості лактації у юних первородящих // Укр. наук.-мед. молодіж. журнал. — 1999. — № 1-2. — С. 78-79.
3. Бобкова О. А., Васюк Р. А., Дідух Т. Е. Особливості захисних факторів грудного молока // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1998. — № 1. — С. 108-111.
4. Васюк Р. А., Бобкова О. А., Дідух Т. Е. Особливості лактації у породіль з анемією // Укр. наук.-мед. молодіж. журнал. — 1997. — № 4. — С. 53-55.
5. Козодой Г. В., Трещак І. І., Бобкова О. О. Вікові аспекти гіпогалакції після кесаревого розтину // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2001. — № 2. — С. 81-83.
6. Мальяр В. А., Чобей М. М. Профілактика первинної гіпогалакції у юних первородящих // Там же. — 1999. — № 4. — С. 87-90.
7. Чобей М. М. Гіпогалакція в аспекті сучасного акушерства // Наук. вісн. Ужгород. ун-ту. Серія «Медицина». — Вип. 8. — 1999. — С. 180-183.

