

Профилактика гипогалактии после кесарева сечения

Р. А. Абрамян, Р. Р. Гаспарян

*Кафедра акушерства (перинатологии), гинекологии
и репродуктивного здоровья женщин ЕРГМУ им. М. Гераци*

375025, Ереван, ул. Корюна, 2

Ключевые слова: кесарево сечение, гипогалактия, совместное пребывание матери и ребенка, грудное вскармливание

Кесарево сечение является одним из самых применяемых методов оперативного родоразрешения, который в последние годы имеет тенденцию к распространению. По данным различных авторов, он используется в 15–35% случаев [2], в Армении частота этих операций колеблется в пределах 6–7%.

По данным различных исследований, гипогалактия часто наблюдается после кесарева сечения, составляя 25,7–42,8% [1]. Нарушения лактации после кесарева сечения имеют место в основном при раздельном пребывании, когда новорожденные поздно прикладываются к груди матери, а до этого получают искусственные смеси [3]. Внедрение в практику совместного пребывания матери и ребенка способствовало более успешному грудному вскармливанию, благоприятно сказываясь на увеличении продолжительности вскармливания как после физиологических, так и оперативных родов [4]. Поэтому представляет интерес дальнейшее выявление наиболее значимых для становления лактации факторов, влияющих на уровень и продолжительность лактации после кесарева сечения.

Целью нашего исследования явилось определение влияния совместного пребывания матери и новорожденного на лактационную функцию родильниц, а также эффективности использования церукала (metoclopramid) после операции.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 60 пар родильниц и новорожденных после кесарева сечения: 30 пар (основная группа) – в палатах совместного пребывания матери и новорожденного, а у остальных 30 (контрольная группа) – ведение послеоперационного периода было обычное – новорожденные держались отдельно и кормились грудью в режимной системе (6 раз в сутки).

Обе группы подбирались добровольно после пред-

варительной беседы до операции. Группы обследованных по возрасту, показаниям операции, по данным анамнеза были одинаковы.

Учитывая особенности техники оперативного родоразрешения, новорожденным из основной группы создавали первый кожный контакт с матерью не сразу после извлечения, а после завершения операции (приблизительно через 40–60 мин). При этом новорожденного после извлечения принимали в теплые подогретые пеленки, проводили обработку пупочного кольца и наблюдали под аппаратом «лучистое тепло» до окончания операции. При пробуждении от наркотического сна родильнице объявляли о рождении ребенка и показывали новорожденного (зрительный контакт). После проверки рефлексов ребенка прикладывали к груди матери без предварительной обработки какими-либо моющими средствами. При этом обнаженный животик новорожденного касался матери ниже грудины, чем и обеспечивался контакт «кожа к коже».

Первое прикладывание к груди матери продолжалось не более 5–6 мин. Важно, чтобы первые капли молозива попали в рот или на губки новорожденного, даже если ему не удавалось сосать грудь. После первого контакта мать и ребенка помещали в палату совместного пребывания отделения интенсивной терапии, где за ними осуществлялся надлежащий уход. Новорожденный все время находился в поле зрения матери.

Кормление грудью осуществляли по требованию новорожденного. Следует отметить, что в первые послеоперационные сутки медицинский персонал помогал матери кормить новорожденного. Через 24 часа после операции мать и новорожденного переводили в палату совместного пребывания послеродового отделения.

Родильницы контрольной группы размещались в палатах интенсивной терапии изолированно от детей, которые находились все это время в отдельных палатах для новорожденных. Первый контакт матери и новорожденного, так же как и первое прикладывание к груди матери, осуществлялся через 12–24 часа, а иногда че-

рез 48 часов, когда родильницу переводили из отделения интенсивной терапии в послеродовое отделение.

Результаты и обсуждение

Исследования показали, что при совместном пребывании матери и новорожденного послеоперационный период протекает более благоприятно, чем при раздельном пребывании, так как первое прикладывание к груди и грудное вскармливание в основной группе осуществляется сразу после пробуждения матери, а в контрольной группе через 12–14 часов. Продолжительность пребывания в стационаре после операции в основной группе сократилось до 4–5 суток по сравнению с 8–9 при раздельном пребывании.

Как показывают полученные данные, при совместном пребывании матери и новорожденного практически не наблюдалось лактостаза и трещин сосков, в контрольной группе частота лактостаза составила 23,3, а частота трещин сосков – 30,0%. Аналогичная картина наблюдается и при других осложнениях послеоперационного периода. В целом частота послеродовых осложнений в основной группе (6,6%) ниже контрольной (79,8%) более, чем в 10 раз ($p < 0,001$) (табл.).

Исследования лактационной функции показали, что динамика нарастания суточного количества молока (СКМ) после кесарева сечения имеет свои особенности (рис.). При раздельном пребывании матери и ребенка в первые двое суток лактация почти отсутствует (0–25 мл). Начиная с третьих суток СКМ увеличивается до 80 мл, затем 130 и далее до 331 мл к моменту выписки из роддома. Очевидно, что лактационная функция в данном случае зависит от такого

Таблица
Послеродовые осложнения у обследованных женщин

Послеродовые осложнения	Совместное пребывание		Раздельное пребывание	
	число	%	число	%
Расхождение швов на передней брюшной стенке	–	–	2	6,6
Эндометриит	–	–	2	6,6
Лактостаз	–	–	7	23,3
Трещины сосков	–	–	7	30,0
Субинволюция матки	2	6,6	4	13,3
Всего	2	6,6	22	79,8

важного фактора, как начало и регулярность грудного кормления новорожденного.

При совместном пребывании матери и новорожденного уровень СКМ уже в первые сутки в 2 раза выше, чем при раздельном. Кривая динамики СКМ после кесарева сечения на рисунке приближается к таковой при совместном пребывании у родильниц с физиологическими родами. Особенно заметна эта тенденция на 3–4 сутки после родов. Достоверных различий в СКМ при совместном пребывании матери и новорожденного после физиологических родов и после кесарева сечения не выявлено ($p < 0,05$)



Рис. Динамика нарастания СКМ при совместном пребывании

В послеоперационном периоде всем родильницам с целью профилактики рвоты в комплекс лечения добавляли препарат метоклопрамид (церукал), согласно рекомендациям ВОЗ. Нами было замечено, что помимо противорвотного эффекта у родильниц наблюдается увеличение выделения молока. При внутривенном введении препарата в первые 3 суток после операции достигается достаточно быстрый эффект молокоотдачи. Препарат нельзя использовать длительное время. Средняя курсовая доза препарата составляет 150 мг, максимальная – 250 мг.

Даже рутинное исследование применения церукала в обследуемых группах показало, что он особенно эффективен при совместном пребывании матери и новорожденного. Так, показатели СКМ при лечении церукалом и частом кормлении по требованию достигают нормы на 5-е сутки после операции во всех без исключения случаях. При не соблюдении частого кормления лечение было малоэффективным, а СКМ достигало требуемой нормы лишь в 33,3 % случаев.

Таким образом, результаты исследования показывают, что кесарево сечение не является препятствием для совместного пребывания матери и ребенка в одной палате. Преимущества совместного пребывания в первые послеоперационные сутки – это стимуляция

лактации, способствующая более гладкому течению послеоперационного периода.

Динамика показателей СКМ и прибавки массы тела новорожденного показывает, что для достаточной лактации необходимо соблюдение кормления по требованию новорожденного. Чем раньше после операции создаются условия для совместного пребывания, тем меньше частота послеоперационных осложнений и заболеваний, следовательно, послеродовой период для родильниц и неонатальный – для новорожденных протекает благоприятнее. Не имеет значения и тот факт, сколько времени мать и дитя нуждаются в интенсивной терапии. Коррекция лактационной функции необходима лишь в случаях раздельного пребывания матери и новорожденного. Лекарственная же коррекция эффективна только в тех случаях, когда есть возможность прикладывания новорожденного к груди матери.

Благоприятное течение послеоперационного периода у родильниц и периода новорожденности, сокращение частоты заболеваний и осложнений указывают на необходимость широкого внедрения в родильных домах метода совместного пребывания матери и новорожденного.

Поступила 12.07.04

Հիպոգալակտիայի կանխարգելումը կեսարյան հատմանից հետո

Ռ.Ա.Աբրահամյան, Ռ.Ռ.Գասպարյան

Հետծննդյան շրջանում հիպոգալակտիայի զարգացման կարևոր գործոններից է կեսարյան հատումը, հատկապես եթե չի կիրառվում մոր և մանկան համատեղ կացությունը:

Մեր աշխատանքի նպատակն է որոշել համատեղ կացության դերը հիպոգալակտիայի կանխարգելման մեջ և ցեռուկայի արդյունավետությունը կեսարյան հատմանից հետո:

Հետազոտության արդյունքները ցույց են տալիս, որ համատեղ կացության մեջ գտնվող կանանց մոտ չի տեղի լակտոստազ կամ պտուկների ճաքեր, իսկ

մորածիններից առանձին մնացող կանանց մոտ հաճախ հայտնաբերվել է հիպոգալակտիա՝ առաջին 2 օրերը կաթի քանակը կազմել է՝ 0-25մլ: Բոլոր կանանց կեսարյան հատմանից հետո տրվել է ցեռուկա (metoclopramid), հիպոգալակտիայի կանխարգելման համար: Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտությունները, կաթնարտադրությունը ավելանում է մոր և մանկան համատեղ կացության ժամանակ, այսինքն՝ կրծքով հաճախակի սնուցման դեպքում այդ դեղամիջոցը խթանում է կաթնարտադրությունը:

Prevention of hypogalactia after caesarean section

R.A.Abrahamyan, R.R.Gasparyan

One of the important factors causing hypogalactia development is the obstetrical operations. The aim of our investigation has been determination of rooming-in system impact on the lactation function as well as the effec-

tiveness of cerucal (metoclopramid) used after caesarean section. It has been discovered that in case of mother and newborn rooming-in system actually no lactostase or chap of nipples are observed. In separate stay of mother and

newborn in the first two days the lactation was almost absent (0–25 ml). In the complex treatment of all mothers cerucal was added. The results of treatment have shown that regardless of introduction of medicine the lactation

slightly increase in case of not rooming-in system when the breast-feeding is not regular, while frequent breast-feeding on the requirement of a newborn stimulates lactation.

Литература

1. *Chapman D.J., Young S., Ferris A.M., Perez-Escamilla R.* Pediatrics, 2001 Jun. 107 (6), E94.
2. *De Olivera M.I., Leal M. de C.* Rooming-in and caesarean section in maternity hospitals in the State of Rio de Janeiro. Rev. Saude Publica, Dec 97(6) 572-80, Portuguese.
3. *Evans K.L., Evans R.G., Royal R., Esterman A.J., James S.L.* Arch. Dis. Child Fetal. Neonatal Ed., 2003 Sep. 88 (5), F 380-2.
4. *Oslislo A., Kaminski K.* Ginekol. Pol., 2000, Apr. 71(4): 202-7, Review.