

ЛАКТОСТАЗ ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ТА ПРІОРИТЕТНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

Романовська А. А., Калашник Н. В.

Сумський державний університет, кафедра акушерства і гінекології

Лактостаз – дисфункціональний стан лактуючої молочної залози, в основі якого лежить невідповідність процесів молокоутворення і молоковіддачі. Розвивається у породіль, які не годують молочними залозами і не згіджують їх або ж недотримуються правила грудного вигодовування за вимогою. Якщо лактостаз не купірується протягом 4–5 діб, в молочних протоках іде накопичення мікроорганізмів і розвивається мастит.

Мета роботи: дослідити ефективність препаратів Прожестожель (діюча речовина прогестерон) та парлодел (інгібітор синтезу пролактину) у лікуванні лактостазу.

Методи дослідження: діагноз лактостазу був верифікований клінічно, лабораторно (загальний та біохімічний аналіз крові) та інструментально (УЗД). Досліджувані жінки в залежності від призначеного лікування були поділені на 3 групи: 1 – (n = 20) породіллі, яким було призначено фізіотерапевтичні процедури (магнітотерапія, електрофорез з окситоцином), зціджування, зігріваючі компреси (спиртові), внутрішньом'язеві ін'єкції но-шпи та окситоцину; 2 – (n = 18) приймали парлодел (бромокриптин) 2,5 мг 3 рази на добу протягом 2 днів, дотримувались спокою молочних залоз протягом 2 діб, не обмежували прийом рідини; 3 – (n = 21) жінки, які використовували нашкірні аплікації 2,5 г трансдермального гелю прогестерону (Прожестожель) одноразово, зціджування молочних залоз – через 15–20 хвилин, грудне вигодовування – через 1 годину. Групи були порівняні за концентрацією пролактину та лейкоцитозом, клінічними проявами.

Результати дослідження: рівень пролактину у жінок з нормальним лактопоезом в середньому 5182 ± 1117 мМе/л, лейкоцитоз 11×10^9 /л, у той час як у групі породілль з лактостазом пролактин склав в середньому 6632 ± 1074 мМе/л, лейкоцитоз 13×10^9 /л. У першій групі після 2-ох діб лікування концентрація пролактину не змінилась, лейкоцитоз зменшився до 11×10^9 /л; зціджування грудей медичним персоналом збільшило набряк і нагрубання залоз, фізіотерапевтичні процедури, ін'єкції, компреси виявилися не ефективними. У другій – рівень пролактину значно знизився (6109 ± 1005 мМе/л), кількість лейкоцитів також зменшилась (10×10^9 /л); на фоні зниження продукції пролактину відбулось поступове протягом 2–3 днів зменшення нагрубання та болючості грудей. Концентрація пролактину у третій групі залишилась такою ж як і до лікування, лейкоцитоз зменшився (10×10^9 /л); вже через 15–20 хвилин відмічалось значне згасання болей та нагрубання, це дало змогу в найкоротші терміни розпочати грудне вигодовування, оскільки вже через 1 годину препарат повністю всмоктується із тканини в кров, при цьому побічних ефектів не відмічалось.

Висновки: отримані дані свідчать, що для лікування лактостазу, доцільно використовувати препарат Прожестожель, оскільки він дозволяє як найшвидше налагодити грудне вигодовування і запобігає розвитку лактаційного маститу.

Актуальні питання теоретичної та практичної медицини : збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 16-18 квітня 2014 р. / М.В. Погорелов. - Суми : СумДУ, 2014. - С. 268-269.