

важный вопрос в данной проблеме - ранняя диагностика и коррекция пораженного артериального русла, так как без реконструктивных вмешательств на магистральных сосудах, несмотря на продолжительное активное консервативное лечение, это только временный эффект.

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕРОДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕСТОЗ

Гутикова Л.В., Пашенко Е.Н., Кузьмич И.И., Качук Н.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», Гродно

К приоритетным научным направлениям относятся исследования по проблемам охраны здоровья женщин в послеродовом периоде, важнейшей проблемой которого является гипогалактия, выявляемая у 30-40%, а в некоторых регионах у 70% кормящих матерей. Вместе с тем, полноценная лактация является определяющим фактором реабилитации женщин после родов [Cooke M. et al., 2003, Чернуха Е.А., 2006, Коколина В.Ф., Фомина М.А., 2006]. Являясь качественно новым этапом по окончании беременности, она оказывает положительное влияние на материнский организм, улучшая ряд функций в послеродовом периоде. В частности, при лактации вследствие выработки маммофизина и других биологически активных веществ ускоряется сокращение матки, тем самым уменьшается вероятность послеродовых кровотечений и ускоряется инволюция матки, а уровень пролактина, поддерживающий лактацию, является залогом ановуляции и своеобразным методом контрацепции. Кроме того, снижается риск возникновения новообразований молочной железы и яичников, а также развития остеопороза [Шейбак Л.Н., 1999, Inch S., 1999, Leeners B. , 2005, Чернуха Е.А., 2006].

Однако, несмотря на возрастание интереса к проблеме естественного вскармливания детей, число женщин, страдающих гипогалактией (ГГ), с каждым годом увеличивается [Бахаев В.В., 1996; Яцык Г.В., 1998; Шишко Г.А., 2002; Кулаков В.И., 2005; Парамонова Н.С. и др., 2006]. Это связано с тем, что различные

экстрагенитальные заболевания и патологические процессы, осложняющие течение беременности, родов и послеродового периода, приводят к нарушению лактационной функции родильниц. Среди всех осложнений как по частоте, так и по влиянию на исход беременности особую роль играет гестоз. Эта патология занимает одно из ведущих мест в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Одним из основных патогенетических звеньев гестоза является метаболический стресс, который ведет к катаболизму и неизбежной гипопроteinемии, протеинурии, расстройству иммунного статуса, анемии. Обширные и многоплановые исследования во всем мире, направленные на изучение эпидемиологии, этиологии и патогенеза, разработку эффективных превентивных и терапевтических мероприятий, не позволяют с уверенностью считать, что проблема гестоза окончательно решена. Во всех странах отмечается увеличение числа пациенток с высоким риском развития этого полиэтиологического синдрома, прежде всего, это первородящие с сочетанными хроническими экстрагенитальными заболеваниями [Харкевич О.Н., 2001; Сидоренко, В.Н., 2004; Киселева Н.И., 2005].

Одни авторы считают, что симптомы гестоза исчезают с завершением беременности. Другие же доказывают, что этот синдром, приводящий к нарушению практически всех видов обмена веществ и формирующий функциональную недостаточность органов и систем беременной, оказывает влияние после родов. Однако проблема последствий гестоза в литературе освещена недостаточно, хотя известно, что у большинства женщин, перенесших это осложнение беременности, формируются хроническая патология почек, гипертоническая болезнь, эндокринные нарушения [Дуда И.В., Дуда В.И., 1997; Савельева, Г.М., 1998; Колгушкина Т.Н., 2000; Герасимович Г.И., 2000; Шехтман М.М., 2000; Савченко И.М., 2001; Киселева Н.И., 2005; Сидоренко В.Н., 2007].

Очевидно, что гестоз в силу полиорганности синдрома приводит к нарушению функционирования молочных желез, что сказывается на становлении и развитии лактационной функции у родильниц, перенесших разную степень данного осложнения

беременности. Кроме того, у этих женщин дети нередко рождаются ослабленными, с признаками задержки внутриутробного развития и нарушенной постнатальной адаптацией. Для них естественное вскармливание полноценным материнским молоком имеет особое значение, как главный лечебный фактор. Поэтому представляется важным содействие грудному вскармливанию у данной категории женщин.

Лактация возможна только в условиях адекватной продукции пролактина гипофизом. Среди нервных и гуморальных факторов, участвующих в регуляции выведения молока, важная роль принадлежит окситоцину. Окситоцин поступает в кровь из задней доли гипофиза, с кровью достигает молочной железы и вызывает сокращение миоэпителиальных клеток, способствуя выведению молока из альвеол в молочные протоки и синусы. Установлена способность окситоцина стимулировать секрецию пролактина. Таким образом, пролактин обеспечивает усиление продукции молока, накопление его в молочной железе, окситоцин же способствует выведению молока из молочных желез [В.В. Абрамченко, 2006].

Уровень пролактина в крови родильниц существенным образом зависит от систематического адекватного раздражения молочных желез. Сосательный рефлекс имеет важное значение в запуске и поддержании процесса лактации. При этом от регулярного сосания и эффективного выделения молока из железы зависит продолжительность лактации. На ранних стадиях лактации очень важен фактор молокоотдачи, который устанавливается к 3-му дню после родов и стабилизируется к 7-му дню послеродового периода. К этому времени завершается также становление емкостной функции молочной железы. Акт сосания можно рассматривать как эффективный фактор, положительно влияющий на секреторную и выделительную функции молочных желез. В тех случаях, когда адекватная стимуляция рецепторов молочной железы кормящей матери отсутствует, создаются предпосылки для возникновения гипогалактии.

В послеродовом периоде существенной мерой предупреждения недостаточной лактации является раннее прикладывание ребенка к груди и совместное пребывание матери

и ребенка. Для лечения недостаточной лактации используются также гормоны, витамины, микроэлементы, нейротропные средства, растительные препараты, пищевые добавки с растительными препаратами и физиотерапевтические процедуры.

Вместе с тем, разработка адекватных методов гормональной терапии затруднена из-за невыясненности патогенеза гипогалактии, например, применение лактина. Наиболее широко для коррекции недостаточной лактации используют препараты задней доли гипофиза - окситоцин, стимулирующее влияние которого связывают с нормализацией молокоотдачи, но и с возможным усилением секреции пролактина, обусловленным блокадой дофаминергической и стимуляцией серотонинергической систем гипоталамуса. Аналогичное влияние на лактацию оказывает дезаминокситоцин.

С целью лечения гипогалактии у эмоционально лабильных родильниц при гестозе, гипертонической болезни рекомендуется использование α -адреноблокатора пирроксана, обладающего адреноблокирующим центральным и периферическим эффектом [Л.Н. Колодина; Л.Н. Гранат; В.В. Абрамченко, 2009]. В последние годы большое внимание уделяется применению селективных антагонистов дофаминергических рецепторов - сульпириду и метоклопрамиду. Сульпирид путем ингибирования дофаминергической системы снимает тормозящее влияние дофамина на секрецию пролактина гипофизом. Лактогенный эффект сульпирида связывают с повышением активности серотонинергической системы, которая стимулирует секрецию гипофизарного пролактина. Метоклопрамид также блокирует дофаминергическую и активирует серотонинергическую систему.

Наряду с лекарственными средствами для стимуляции лактации широко используются и физиотерапевтические методы. Наиболее эффективным среди всех физических методов лечения недостаточной лактации считается воздействие на область молочных желез ультразвуком, который был разработан в акушерском отделе НАГ РАМН им. Д.О. Отта. Под действием ультразвука происходит усиление крово- и лимфообращения, обменных процессов, а также улучшается трофика тканей молочных желез. Для стимуляции лактации используют вибрационный массаж, ультрафиолетовое облучение молочных

желез, электромагнитное поле УВЧ, иглорефлексотерапию, метод локальной декомпрессии молочных желез.

К физическим немедикаментозным методам стимуляции лактации и профилактики гипогалактии можно отнести использование для выведения молока у женщин аппаратов, получивших название молокоотсосов. В основу функционирования этих аппаратов положен вакуумный принцип, с помощью которого стимулируются механорецепторы соска и ареолы.

В заключение следует подчеркнуть, что при отсутствии противопоказаний со стороны матери и ребенка необходимо придерживаться принципов раннего прикладывания новорожденного к груди и режима свободного вскармливания, что является профилактикой гипогалактии и способствует увеличению продолжительности лактации. У родильниц с поздним прикладыванием новорожденного к груди необходимо с 1-2 сут. послеродового периода начинать профилактику гипогалактии с применением молокоотсосов. При ранней гипогалактии у родильниц, перенесших гестоз, что обусловлено недостаточной секрецией пролактина передней долей гипофиза, наряду с другими методами эффективным способом лечения является применение мотилиума [В.В. Абрамченко, 2007].

Проведение лечебно-диагностических мероприятий у женщин с нарушениями лактации и профилактика гипогалактии в рамках программы поддержки грудного вскармливания наиболее оптимальны в условиях специализированных центров.

Таким образом, для улучшения функционирования молочной железы в послеродовом периоде необходима дальнейшая разработка медикаментозных и немедикаментозных методов профилактики и лечения гипогалактии. Успешное решение вопросов прогнозирования и превентивной коррекции нарушений количественного и качественного состава молока открывает перспективы для внедрения новых способов и средств управления лактационной функцией организма, а также способствует адекватной послеродовой реабилитации женщин, перенесших осложненную гестозом беременность.