

## СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛАКТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ

Л.В. Гутикова

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*В представленной статье проведена сравнительная оценка способов коррекции нарушений лактационной функции.*

**Ключевые слова:** родильницы, грудное молоко, нарушения лактации, гипогалактия, коррекция.

Охрана здоровья матери и ребенка относится к приоритетам первого порядка национальных систем здравоохранения всех стран мира [1, 14]. Состоянием здоровья беременной и кормящей женщины определяется полноценность физического и психического развития ребенка в его последующей жизни. Естественное вскармливание является эволюционно предопределенной идеальной формой питания человека, так как в материнском молоке тонко сбалансировано содержание всех необходимых питательных веществ, ферментов, гормонов, факторов иммунитета и других компонентов, способствующих адаптации новорожденного к условиям внеутробного существования, воздействию многочисленных факторов окружающей среды [3, 11, 13]. В этой связи не вызывает сомнений, что грудное молоко – это единственный адекватный продукт для вскармливания младенцев.

Тем не менее, многочисленные исследования показывают значительное уменьшение частоты и продолжительности естественного вскармливания, что обусловлено нарушением лактационной функции. По современным данным, число женщин, страдающих гипогалактией (ГГ), с каждым годом увеличивается [1-3, 5, 14].

Разработан достаточно широкий арсенал мероприятий, однако идеального метода для стимуляции полноценной лактации до сих пор нет. Способы, усиливающие секреторную функцию молочной железы, сводятся к воздействию на механизмы лактопоэза и лактокинеза, а также к применению средств, оказывающих непосредственное физиотерапевтическое влияние на молочную железу [1, 2, 4, 8, 17].

Общепризнанные мероприятия в послеродовом периоде включают сбалансированную диету матери, соблюдение режима дня, обмывание молочных желез горячим душем, соблюдение правил грудного вскармливания. С целью профилактики и лечения ГГ кормящей грудью женщине рекомендуется принимать пищу 5-6 раз в день с достаточным количеством витаминов, белков, жиров и углеводов. Кормящей матери, наряду с правильным питанием, необходимо обеспечить полноценный отдых (сон не менее 6 ч ночью и 1-2 ч днем). В послеродовом периоде существенной мерой предупреждения недостаточной лактации является раннее прикладывание ребенка к груди. Своевременное сцеживание приобретает особое значение для родильниц, у которых кормление по разным причинам временно откладывается на более поздний срок. Сцеживание молока в часы кормления у этих женщин в определенной степени компенсирует отсутствие естественного нейрогормонального рефлекса молокоотдачи и стимулирует процесс становления лактации [3, 11, 15]. Показано положительное влияние на лактацию совместного пребывания матери и ребенка, а также режима индивидуального вскармливания, что способствует более быстрому становлению процессов лак-

тогенеза и лактопоэза, а также обеспечивает более тесный психологический контакт между матерью и ребенком [1, 3, 18].

Поиск новых средств лечения ГГ ведется в основном в двух направлениях. Одно из них относится к разработке и применению ряда лекарственных препаратов, преимущественно воздействующих на секрецию пролактина (ПРЛ). Второе направление связано с дальнейшим развитием немедикаментозных методов профилактики и лечения ГГ. Для лечения недостаточной лактации используются гормоны, витамины, микроэлементы, нейротропные средства, растительные препараты, пищевые добавки с растительными препаратами и физиотерапевтические процедуры [1, 3, 9, 10, 16, 19, 20].

Разработка адекватных методов гормональной терапии затруднена из-за неясности патогенеза ГГ, например, применение лактина. Для лечения ГГ авторами предлагается использовать лактин, который является лекарственной формой лактогенного гормона и стимулирует лактогенез и лактопоэз, по 100 ЕД внутримышечно 1-2 раза в день, курс – 6 дней. Автор рекомендует частое (через 2 ч) прикладывание ребенка к груди, за 15 мин. до кормления теплый компресс на молочную железу, за 10 мин. до кормления закапать в нос 4-5 капель окситоцина и принять 1 таблетку (0,015 мг) прозерина для улучшения молокоотдачи [14].

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 ПРЛ, обусловленным блокадой дофаминергической и стимуляцией серотонинергической систем гипоталамуса. Аналогичное влияние на лактацию оказывает дезаминокситоцин [3].

Авторами показано, что применение леводопы в дозе 0,1 г 3 раза в день в течение 3-5 дней приводит к нормализации лактации [17].

Для коррекции нарушения лактации применяют нейротропные и адренергические средства. Производные фенотиазинового ряда (аминазин, пропазин, дипразин), бутирофенона (галоперидол, дроперидол) и раувольфии (резерпин, раунагин) стимулируют секрецию ПРЛ и молока, что доказано результатами экспериментальных и клинических наблюдений. Механизм действия этих препаратов заключается в изменении синтеза и обмена дофамина. Однако эти препараты не нашли широкого применения в акушерской практике, так как могут оказать неблагоприятное влияние на организм матери и младенца. Например, антидофаминергический эффект нейролептиков обуславливает усиление лактации и вызывает экстрапирамидные расстройства у кормящей матери. Показано, что основной фармакологический эффект (усиление лактации) и побочные явления при использо-

вании данных препаратов настолько взаимосвязаны, что по мере уменьшения побочного действия снижается и их терапевтическая активность [14].

С целью лечения ГГ у эмоционально лабильных родильниц при гестозе, гипертонической болезни рекомендуется использование  $\alpha$ -адреноблокатора – пирроксана, обладающего центральным и периферическим адреноблокирующим эффектом. Авторы рекомендуют метод лечения ГГ, основанный на подавлении повышенной активности гипоталамической дофаминергической системы путем применения ее блокаторов [1].

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 ПРЛ гипофизом. Лактогенный эффект сульпирида связывают с повышением активности серотонинергической системы, которая стимулирует секрецию гипофизарного ПРЛ. Метоклопрамид также блокирует дофаминергическую, и активирует серотонинергическую систему. В клинике установлено, что метоклопрамид ускоряет прохождение молозивного периода и усиливает лактацию. Сульпирид и метоклопрамид обладают центральными побочными эффектами и проникают в грудное молоко, что ограничивает возможность их применения [14].

Мотилиум (домперидон) – антагонист периферических и центральных допаминовых рецепторов. При приеме внутрь быстро всасывается. Подвергается интенсивному метаболизму в стенке кишечника и печени, обладает низкой биодоступностью (около 15%). В отличие от метоклопрамида, он не проникает через гематоэнцефалический барьер, не дает побочных центральных проявлений и не присутствует в грудном молоке. Максимальная концентрация в плазме достигается через час. Связывание с белками плазмы составляет 91-93%. Период полувыведения составляет 7-9 ч. Препарат назначают внутрь за 15-20 мин. до еды. Авторами проведено лечение мотилиумом 40 родильниц. Препарат применялся перорально в дозе 10 мг 3 раза в день за час до кормления или сцеживания в течение 10-14 дней. Состояние детей при рождении оценено как удовлетворительное у 22 (55%), средней тяжести – у 16 (40%), тяжелое – у 2 (5%) новорожденных. На 1 сутки к груди были приложены только 5 (12,5%) новорожденных, на 2 сутки – 3 (7,5%), на 3-4 – 21 (52,5%), на 5 и более – 9 (22,5%), а 2 (5%) новорожденных в связи с тяжестью состояния к груди не прикладывались вообще. Лактогенный эффект начинался со 2-3 дня приема мотилиума и проявлялся непрерывным повышением суточного количества молока. Если среднесуточное количество высасываемого или сцеженного молока до начала лечения у родильниц с ГГ колебалось в пределах 15-75% суточной потребности новорожденного, то к 8-10-му дню приема препарата количество секретируемого молока увеличилось до 50-100%. После приема мотилиума происходило достоверное увеличение в 3-3,5 раза уровня ПРЛ в сыворотке крови родильниц как основной, так и контрольной групп. На фоне приема мотилиума у родильниц с ГГ происходило достоверное повышение уровня белка на 31%, лактозы на 13%, т.е. достигались уровни контрольной группы. Автор предполагает, что это связано с повышением уровня ПРЛ. Продолжительность лактации у подавляющего большинства женщин (72,5%) основной группы продолжалось в течение 5 мес. и более [1].

В комплексную терапию ГГ обычно включают витамины. Потребность в витаминах во время лактации воз-

растает. Наиболее часто используются аскорбиновая кислота, витамины группы В. Многие исследователи рекомендуют использовать в качестве стимуляции лактации лекарственные растения и биологические пищевые добавки: крапива, мята перечная, фенхель обыкновенный, люцерна, пчелиная пыльца и др. Получен положительный эффект при применении пищевых добавок фирмы «Инрич» – комбинации «Люцерны» и «Пчелиной пыльцы», а также фитотерапии (настой фенхеля обыкновенного по 1/3 стакана 3-4 раза в день курсом 2-3 недели) в профилактике и коррекции нарушений лактации у женщин. В последние годы появились данные об использовании для улучшения лактации полноценных пищевых добавок, таких как «Млечный путь», «Мама-плюс», «Энфи-мама», «Фемилак-2», а также гомеопатический препарат «Млекоин» [9-11, 12, 14, 16, 19].

Наряду с лекарственными средствами, для стимуляции лактации широко используются и физиотерапевтические методы. Наиболее часто применяемыми являются фарадизация, облучение молочных желез ртутно-кварцевой лампой, ультрафиолетовое облучение молочных желез, УВЧ, вибрационный массаж, иглорефлексотерапия, метод локальной декомпрессии молочных желез, ультразвуковое воздействие. Эти физические факторы оказывают опосредованное влияние через рецепторное поле молочных желез на гипоталамо-гипофизарную систему, стимулируя синтез гормонов лактогенного комплекса [1, 8].

Одним из эффективных физических методов лечения недостаточной лактации считается воздействие на область молочных желез ультразвуком, под действием которого происходит усиление крово- и лимфообращения, обменных процессов, а также улучшается трофика тканей молочных желез. Для стимуляции лактации используют электромагнитное поле УВЧ [8, 14].

Ультрафиолетовое облучение молочных желез для коррекции недостаточной лактации применяется более 50 лет. В результате изменения белковых структур эпидермиса, вызываемых ультрафиолетовыми лучами, выделяются биологически активные вещества, оказывающие влияние на проницаемость капилляров и клеточных мембран. Это способствует усилению кровообращения, обмена веществ и трофики тканей, нормализации деятельности вегетативной нервной системы. Под влиянием ультрафиолетового облучения молочных желез улучшается качество молока, увеличивается содержание витамина Д. Ранее использовался метод облучения молочных желез лампами накаливания со спектром инфракрасных и красных лучей. Отмечался положительный эффект у 58% родильниц. Эффективность терапии при применении электромагнитного поля УВЧ составляет 60-89% [1].

Терапевтический эффект электрофореза складывается из влияния гальванического тока, местного и общего воздействия вводимых лекарственных средств, обычно никотиновой кислоты [8, 14].

Под влиянием электростимуляции происходит усиление кровотока в молочной железе, повышение локальной температуры, раздражение рецепторов железы, что вызывает афферентную импульсацию, приводящую к нормализации функционального состояния соскового сфинктера и активизации гладкомышечной ткани протоков и синусов молочной железы [1, 8].

Механические колебания низкой частоты (вибрационный массаж) улучшают гемодинамику и обменные процессы в тканях молочной железы. Эффект метода составляет 66% [1, 2, 8].

Игло-рефлексотерапия повышает функциональную активность вегетативной нервной системы и уровень ПРЛ в крови, увеличивает выделение эндорфинов, усиление регионарного кровотока. Инфракрасная пунктурная рефлексотерапия является патогенетическим методом коррекции ранней ГГ и осуществляется с помощью аппарата АИКП-01 с воздействием на местные, общего действия и отдаленные корпоральные биологически активные точки. Длительность воздействия на точку 2-3 мин. Количество точек на 1 сеанс – 5-6 [8].

Для лечения ГГ применяется метод декомпрессии молочных желез – улучшается гемодинамика, обмен веществ, происходит выброс серотонина и эндогенных опиоидов. К современным методам лечения относятся импульсная декомпрессия молочных желез и лечение с помощью лазера [1].

К физическим немедикаментозным методам стимуляции лактации и профилактики ГГ можно отнести использование молокоотсосов, предназначенных для выведения молока. В основу функционирования этих аппаратов положен вакуумный принцип, с помощью которого стимулируются механорецепторы соска и ареолы. Разработан специальный аппарат «Лактопульс», в основе действия которого помимо вакуумных стимулов одновременно используются стимулы сжатия и растяжения соска и ареолы молочной железы. Подобное воздействие на сосок и ареолу оказывает новорожденный во время сосания. Поэтому совместное действие этих стимулов рассматривается как адекватный фактор, оказывающий положительное влияние на секреторную и молоковыделительную функции молочной железы. Улучшение лактационной функции отмечено у 84,3% наблюдений и пролонгирование периода грудного вскармливания более 4-х мес. у 51,2% женщин [2].

При лечении ранней формы ГГ рекомендуется также комплексная терапия, включающая использование инфракрасной пунктурной рефлексотерапии и селективного антагониста дофаминовых рецепторов – церукала по 0,013 г 3 раза/сут. Длительность курса лечения составляет 10-14 дней, а у женщин, родоразрешенных операцией кесарева сечения, относящихся к группе риска по развитию ГГ, рекомендуется внутримышечное введение церукала по 2,0 одновременно с окситоцином и прозерином в общепринятых дозах на 2 и 3 сутки послеоперационного периода. Необходима терапия сопутствующих заболеваний и увеличение числа кормлений до 10 раз и более [14].

При поздней форме ГГ показано комплексное патогенетическое лечение, заключающееся в целенаправленной коррекции гормональных нарушений, микроциркуляторных расстройств, нормализации процессов перекисного окисления липидов. Это достигается комбинированным использованием метода локальной декомпрессии молочных желез (5-7 кПа) и инфракрасной пунктуры длительностью 5-6 дней. Одновременно применяется фитотерапия (фенхель обыкновенный, курсом 2-3 недели) [1, 11, 12].

Имеются отдельные сообщения об использовании сегментарного и точечного массажа при лечении недостаточной функции молочной железы, способствующего улучшению кровообращения в молочной железе. Одним из современных физиотерапевтических методов воздействия на молочные железы является применение звукового биоакустического стимулятора лактации, принцип работы которого заключается в формировании импульсов звуковых колебаний, воздействующих на нервно-

мышечные ткани молочных желез, тем самым улучшая отток молока [14].

Обобщая вышеизложенное, можно резюмировать, что к настоящему времени накоплен значительный опыт, касающийся вопросов лечения и профилактики ГГ. Несмотря на наличие биологических, физических, гормональных и фармакологических средств, применяемых для коррекции ГГ, до настоящего времени этот вопрос окончательно не решен, так как все средства, применяемые самостоятельно, оказываются недостаточно эффективными. Поэтому мы разработали новые методы коррекции нарушений лактации, позволяющие улучшить синтезирующую и выделительную функции молочных желез и обеспечить адекватность грудного вскармливания как основы для полноценного роста и развития ребенка.

Использование разработанной нами инструкции по применению «Метод лечения нарушений лактационной функции у родильниц» (№ 159-1209 утв. 18.12.2009), включающей назначение патогенетически обоснованных препаратов (сухой молочный продукт «Беллакт», обогащенный бактериальным концентратом бифидобактерий, фиточай, апилак, витамины А и Е) по оригинальной схеме, способствует увеличению количества молока и формированию его биологической ценности. Преимуществом комплексного лечения является его доступность, достижение стойкого клинического эффекта в короткие сроки, снижение частоты рецидивов нарушения лактационной функции и увеличение продолжительности лактационного периода [6].

Применение разработанного нами метода превентивной коррекции нарушений лактационной функции согласно разработанной инструкции по применению «Метод превентивной коррекции нарушений лактационной функции» (№ 158-1209 утв. 18.12.2009), включающей назначение препаратов, улучшающих процессы гемодинамики и микроциркуляции (трентал; дипиридамол; магвит; апилак; сухой молочный продукт «Беллакт», обогащенный бактериальным концентратом бифидобактерий), способствует достаточному выделению молока у 71% женщин с прогнозируемыми нарушениями лактации и позволяет в 2,5 раза снизить частоту ГГ у женщин с высоким риском ее развития. Экономический эффект от разработанной превентивной коррекции нарушений лактационной функции по разработанной нами методике составляет 46,67 млн руб. с высоким коэффициентом эффективности (8,55) [7].

Таким образом, проведенный анализ литературных данных по проблеме нарушения лактации у родильниц и способах ее коррекции позволил заключить, что только применение комплексных методов способствует снижению частоты возникновения ГГ в пуэрипери и адекватному синтезу в молочной железе необходимых нутриентов, формирующих оптимальный качественный состав молока, что обеспечивает оптимизацию грудного вскармливания и снижение заболеваемости новорожденных, а также улучшение репродуктивного здоровья женщин.

#### Список использованной литературы

1. Абрамченко, В.В. Беременность и роды высокого риска: руководство для врачей / В.В. Абрамченко. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 400 с.
2. Гайдуков, С.Н. Профилактика гипогалактии с помощью аппарата «Лактопульс» у родильниц после абдоминального кесарева сечения / С.Н. Гайдуков, Т.К. Тихонова, Н.П. Алексеев // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 1999. – № 4. – С. 98-100.
3. Герасимович, Г.И. Функция лактации и грудное вскармливание / Г.И. Герасимович // Здоровоохранение. – 2003. – № 11. – С. 26-33.

4. Гипогалактия: новые возможности низкочастотной короткоимпульсной терапии / М.А. Ботвин [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – Т. 6, № 1. – С. 54-56.
5. Гмошинская, М.В. Оценка эффективности разработанной системы поддержки грудного вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации / М.В. Гмошинская // Вопросы детской диетологии. – 2009. – Т. 7, № 1. – С. 26-36.
6. Гутикова, Л.В. Метод лечения нарушений лактационной функции у родильниц: инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 18.12.2009 / Л.В. Гутикова, Т.Ю. Егорова, В.А. Лискович; разработ.: УО «Гродненский государственный медицинский университет», УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». – Гродно: [б. и.], 2009. – 7 с.
7. Гутикова, Л.В. Метод превентивной коррекции на рушени лактационной функции: инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 18.12.2009 / Л.В. Гутикова, Т.Ю. Егорова, В.А. Лискович; разработ.: УО «Гродненский государственный медицинский университет», УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». – Гродно: [б. и.], 2009. – 8 с.
8. Давыдкин, Н.Ф. Методы физиотерапевтического лечения гипогалактии / Н.Ф. Давыдкин, Е.Г. Тыщенко // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. – 2005. – № 2. – С. 37-39.
9. Использование белково-витаминной смеси «Млечный путь» в период лактации у женщин с риском развития гипогалактии / Б.Б. Дударова [и др.] // Проблемы репродукции. – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 75-79.
10. Использование специализированных продуктов в питании беременных и кормящих женщин / М.В. Гмошинская [и др.] // Вопросы детской диетологии. – 2004. – Т. 2, № 1. – С. 7-10.
11. Неонатология (оценка состояния и наблюдение за новорожденным в период ранней адаптации): учебно-метод. пособие для врачей / Н.С. Паромонова [и др.]. – Гродно : ГрГМУ, 2006. – 152 с.
12. Смирнова, И.В. Плодоовощное питание, обогащенное микронутриентами профилактического назначения для беременных и кормящих женщин / И.В. Смирнова // Охрана материнства и детства. – 2008. – № 2(12). – С. 16–20.
13. Фатеева, Е.М. Первые капли молозива сразу после родов – залог здоровья ребенка и успешной лактации / Е.М. Фатеева // Вопросы детской диетологии. – 2007. – Т. 5, № 2. – С. 47-50.
14. Чернуха, Е.А. Нормальный и патологический послеродовой период: руководство / Е.А. Чернуха. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 272 с.
15. Шейбак, Л.Н. Грудное молоко, влияние экологии и вопросы естественного вскармливания. – Гродно: ГрГМУ, 1999. – 144 с.
16. Allen, L.H. Multiple micronutrients in pregnancy and lactation: an overview / L.H. Allen // Am. J. Clin. Nutr. – 2005. – Vol. 81, № 5. – P. 1206-1212.
17. Boniglia, C. Influence of maternal protein intake on nitrogen fractions of human milk / C. Boniglia // Int. J. Vitam. Nutr. Res. – 2003. – Vol. 73, № 6. – P. 447-452.
18. Faradji, N. Lactation consulting / N. Faradji // Soins. Pедиатр. Pueric. – 2003. – Vol. 213, № 8. – P. 24-25.
19. Lonnerdal, B. Human milk proteins: key components for the biological activity of human milk / B. Lonnerdal // Adv. Exp. Med. Biol. – 2004. – Vol. 55, № 4. – P. 11-25.
20. Michalski, M.C. Size distribution of fat globules in human colostrum, breast milk, and infant formula / M.C. Michalski // Dairy Sci. – 2005. – Vol. 88, № 6. – P. 1927-1940.

## Modern methods of lactation disorders correction

L.V. Gutikova

EE «Grodno State Medical University»

*This article gives the comparative analysis of modern techniques for correction of lactation functional disorders.*  
**Key words:** puerperas, breast milk, lactation disorders, hypogalactia, diagnostics, correction.

Поступила 26.01.2012