

О.М. Борис, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО имени П. Л. Шупика, заведующий клиники репродуктивных технологий Украинского государственного института репродуктологии НМАПО имени П. Л. Шупика, доктор медицинских наук

Л.М. Онищик, врач акушер-гинеколог. Украинский государственный институт репродуктологии НМАПО имени П. Л. Шупика, Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины

Г.В. Сотниченко, младший научный сотрудник кафедры акушерства, гинекологии та репродуктологии НМАПО имени П. Л. Шупика

И. А. Гак, заведующий отделением репродуктологии и эндокринной гинекологии Киевского городского центра репродуктивной и перинатальной медицины, заочный аспирант кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО имени П. Л. Шупика

Современный подход к лечению вторичной гипогалактии в амбулаторной практике

Вступление

На протяжении всего существования человечества принцип грудного вскармливания новорожденных был общим для всех народов и культур, поскольку обеспечивал ребенку выживание и здоровье. Бурное развитие науки, индустриализация, привлечение женщины в общественную жизнь, возникновение феминизма как общественного движения привели к созданию новой отрасли – технологии искусственного вскармливания. В основу был положен количественный подход, основным показателем адекватности питания служили увеличение веса и количества потребляемой еды. Если ребенок не укладывался в норму увеличения массы тела и не высасывал достаточное количество молока в одно, четко регламентированное время вскармливания, ставился диагноз гипогалактии и начинался прикорм из бутылочки. Такой подход к кормлению младенцев был чрезвычайно распространенным [11, 12, 16].

В 1968 г. известный американский педиатр L.F. Hill писал: «Вскармливание смесями стало настолько простым, безопасным и однозначно успешным, что, по-видимому, больше не существует проблемы грудного вскармливания» [15]. Количество женщин, которые кормили грудью, постоянно снижалось во всех странах мира до 1970 г., по данным ВООЗ, только около 5% женщин кормили грудью детей на первом году жизни. Если обратиться к истории грудного вскармливания в России, то, по данным Г.Н. Сперанского (1928), в начале XX ст. 92% женщин кормили грудью, в 1926 г. – 98,1% (т.е. всего 1,9% младенцев были на искусственном вскармливании). Однако, сегодня количество женщин с недостаточной лактацией неуклонно растет [1, 11, 20].

Гипогалактия становится все более сложной проблемой, которая охватывает не только медико-биологические, а и социальные вопросы. По данным ВООЗ, почти у трети матерей, которые кормят грудью, наблюдаются различные формы гипогалактии.

Гипогалактия – сниженная секреторная активность молочных желез. Термин «гипогалактия» происходит от двух греческих слов: *hypo* – внизу, *gala, galaktos* – молоко [1, 3, 5].

Полный цикл лактации включает ряд взаимосвязанных процессов: мамогенез - развитие молочной железы, лактогенез – возникновение секреции молока после родов, лактопоз – развитие и поддержка секреции молока.

Заложение и развитие молочной железы начинаются на ранних стадиях внутриутробного развития. В постнатальный период по мере роста и полового созревания организма происходит дальнейшее развитие молочной железы, существенно изменяется структура ее ткани и функция. Особенно эти изменения выражены во время беременности, что обусловлено комбинированным влиянием гормонов гипофиза, яичников, плаценты,

щитовидной и паращитовидной желез, коры надпочечниковых желез. Уже с 2-3го месяца беременности развивается гиперплазия железистой паранхимы молочной железы и выделение секрета ею: наблюдается расширение и пролиферация молочных протоков и существенное развитие альвеол молочной железы [2, 3, 4].

Наибольшего развития молочные железы достигают на момент родов. Секреция и выведение молока определяются сложным механизмом нейрогормональной регуляции. После родов в связи с прекращением функции фетоплацентарного комплекса в организме женщины снижается уровень эстрогена и прогестерона, при этом начинает действовать стимулирующий секрецию молока гормон передней доли гипофиза – пролактин (лактогенный гормон). Его выделение контролируется гипоталамусом, в котором вырабатываются особые пролактинингибирующие и пролактинрилизинг-факторы. Нейрогормоны окситоцин и вазопрессин, поступая в кровяное русло, а потом в миоэпителиальные клетки молочной железы, способствуют выведению молока [13, 14].

В течение первых двух дней после родов при сжатии сосков возможно выделение незначительного количества незрелого грудного молока – молозива. Постепенно происходит увеличение количества и изменение состава молока, и до конца 2-3-й недели после родов молочные железы начинают выделять зрелое молоко. Суточное количество грудного молока достигает максимума (обычно до 1-1,2 л) до 8-9-й недели после родов. Для развития и поддержки лактации большое значение имеет ритмическое и достаточно полное опорожнение молочных желез (сосание, сцеживание молока). Молочные железы очень чувствительны к влиянию внешней и внутренней среды, что обусловлено множеством нейрогормональных факторов, которые контролируют их функцию. Лактационная функция зависит, в частности, и от состояния здоровья, конституции, возраста, особенностей питания роженицы, ее отношения к ребенку и лактации [1, 8, 19]. Лактация, обычно, угасает до конца первого года жизни ребенка и полностью исчезает после прекращения кормления ребенка грудью.

Существуют варианты нарушения лактации: отсутствие (агалактия), снижение (гипоагалактия) и повышение (гиперагалактия) секреторной функции молочных желез после родов, а также произвольное вытекание молока из молочных желез (галакторея). При гипоагалактии количество молока, которое выделяется у кормящих грудью женщин снижается на 25% и больше относительно суточной потребности ребенка [1, 5, 7].

По данным различных авторов гипоагалактия встречается у 6-8% рожениц. Гипоагалактия может быть обусловлена морфологической или функциональной неполноценностью молочных желез. На снижение секреции молочных желез влияют различные факторы: трещины сосков, тугая грудь, неправильная форма сосков и т.д. В некоторых случаях она возникает вследствие отсутствия сосательного рефлекса у новорожденного. Существуют данные о том, что генетический фактор имеет большое значение в нарушении лактации у женщин.

Гипоагалактия может быть:

- ранняя (первичная), возникает в первые 10 дней после родов;
- поздняя (вторичная), возникает через 10 и больше дней после родов.

Первичная гипоагалактия встречается не более чем у 3-5% женщин и развивается вследствие нейроэндокринной патологии: нарушение роста и развития молочных желез, недостаточная выработка гормонов. Одной из причин первичной гипоагалактии является инфантилизм половых органов [4, 10].

Выделяют особую группу женщин с развитием первичной гипоагалактии – это женщины, которые перенесли операцию кесарева сечения.

Причиной гипоагалактии в этом случае является:

- отсутствие родовой доминанты;
- невозможность приложить ребенка к груди в ближайшие часы после родов;
- отсутствие психологического стимула к лактации в послеродовой период;
- наличие послеоперационных осложнений.

Ко вторичной гипогалактии склонны женщины:

- с заболеваниями сердца (артериальная гипертензия, пороки сердца);
- с заболеваниями эндокринной системы (сахарный диабет, патология щитовидной железы);
- с тяжелыми формами токсикоза (гестоза) во время беременности;
- с осложнениями во время родов (например, потеря более 500 мл крови при родах);
- которые принимают (принимали) некоторые лекарственные средства (этилэргометрин, гестагены, комбинацию эстрогенов и прогестерона);
- которые продолжают курить (никотин влияет на секрецию гормонов, которые отвечают за образование молока);
- которые плохо питаются (отсутствие достаточного количества белка, жиров, витаминов и микроэлементов);
- которые не имеют возможности полноценно отдыхать (6-7-часовой сон в течение суток – обязательное условие для достаточного образования молока) [9, 10].

В зависимости от дефицита молока в отношении суточной потребности ребенка выделяют 4 степени гипогалактии:

- I – дефицит молока не более 25%;
- II – дефицит молока на 26-50%;
- III – дефицит молока на 51-75%;
- IV – дефицит молока более чем на 75%.

От гипогалактии следует отличать временную недостаточную секрецию молока в первые 2-4 суток после родов, которая бывает у молодых женщин, рожаящих впервые. В этом случае, при правильном режиме и уходе за молочными железами лактация быстро восстанавливается до физиологической нормы.

В связи с недостаточным количеством молока ребенка реже прилаживают к груди, уменьшают длительность кормлений, отказываются от ночных кормлений и постепенно переходят к подкармливанию. Кормление из бутылочки снижает активность сосания, в дальнейшем, в результате этого дети чаще отказываются от материнского молока.

Вторичная гипогалактия развивается вследствие позднего прикладывания к груди, нарушения техники грудного вскармливания, психических травм, в связи с переутомлением [2, 3, 9].

Причины нехватки грудного молока, которые связаны с особенностями ухода за младенцем:

- более позднее прикладывание ребенка к груди (на 3-6-е сутки) в связи с болезнью матери или самого малыша вызывает постепенное уменьшение лактации уже в первые четыре недели после родов;
- врожденные пороки развития челюстно-лицевого участка ребенка (несрастание твердого и мягкого неба, верхней губы - волчья пасть, заячья губа), а также заболевания, при которых грудное вскармливание невозможно или затруднено;
- отсутствие взаимопонимания и поддержки в семье, семейные проблемы приводят к появлению тревоги, чувству незащищенности и в результате развивается хронический стресс, который считают важным фактором в уменьшении лактации [17, 18].

Для установления диагноза «гипогалактия» необходимо учесть следующие данные [6]:

1. Анамнез - позволяет выявить три группы факторов, которые могут быть причиной гипогалактии:

- психологические (нежелание матери кормить ребенка грудью);
- медико-организационные (в результате выполнения матерью необоснованных рекомендаций о введении подкорма, несоблюдения режима и диеты);
- конституциональные особенности организма матери, заболевания и патологические состояния (наследственная лактационная способность, усложненный ход беременности и родов, первое прикладывание к груди более чем через 2 часа после родов).

2. Данные объективного обследования ребенка и молочных желез матери позволяют подтвердить отсутствие причин, которые вызывают трудности при кормлении, как со стороны матери, так и со стороны ребенка. Признаками хорошей лактации может быть выраженная венозная сетка, красивое развитие долей молочной железы.

3. Контрольное кормление. Это такой вид кормления, при котором ребенка взвешивают до и непосредственно после кормления грудью с целью определения объема высосанного молока.

При проведении контрольного кормления необходимо придерживаться следующих правил:

- а) взвешивания ребенка проводят на хорошо отрегулированных весах (лучше электронных) в одной и той же одежде;
- б) следует проводить несколько контрольных кормлений (не меньше 3-4 в течение 1-2 суток), поскольку объем отдельных кормлений может быть разным;
- в) контрольное кормление проводится в привычной обстановке (в домашних условиях) для матери и ребенка;
- г) врач должен быть осторожным относительно интерпретации результатов и их изложения матери (сам факт проведения контрольного кормления может быть для матери стрессовой ситуацией, в результате чего количество молока может снизиться именно при контрольном кормлении).

4. Дополнительный метод диагностики. Для определения недостаточной лактации можно использовать метод Молля - при гипогалактии температура тела в подмышечном участке и под молочной железой одинакова (при полноценной лактации температура тела под молочной железой выше на 0,1-0,5 °С).

Препараты, которые применяются для лечения гипогалактии:

- никотиновая кислота (*acidum nicotinicum*) назначается по 0,05 г за 15-30 мин до кормления ребенка (не менее чем через 40 мин после приема еды матерью) 4 раза в сутки. Если после приема указанной дозы препарата мать не чувствует тепла в какой-либо части тела или прилива молока, то разовую дозу повышают до 0,075 г, дальше при необходимости до 0,1 г, но не больше;
- глутаминовая кислота (*acidum glutamicum*) назначается по 1,0 г 3 раза в сутки через 20 мин после еды; более эффективным является сочетание с аскорбиновой кислотой по 0,2 г 3 раза в сутки;
- поливитаминные комплексы для женщин, которые кормят грудью, назначаются по 1-3 таблетки 1-3 раза в сутки;
- витамин Е (токоферол ацетат, *alfa-tocopheroli acetat*) назначают во время беременности женщинам, у которых развилась гипогалактия после предыдущих родов. Доза - 15-20 мг в сутки на протяжении 1-1,5 мес. - женщинам с массой тела до 60 кг по 100 мг на сутки, свыше 60 кг - 200 мг в сутки в 2-3 приема 2-3 нед.
- Апилак (*Apilac*) как тонизирующее средство назначается по 10 мг 3 раза в сутки. Курс 10-15 дней.

Лечение в случае первичной гипогалактии заключается в назначении гормона пролактина по 5-6 ЕД 2-3 раза в сутки.

Комплексная терапия для стимуляции лактации включает физиотерапевтические процедуры:

- массаж: после кормления и сцеживания молока грудь, которой кормили ребенка, обливают горячим душем (температура воды не выше 44-45 °С) и массируют круговыми разминающими движениями от центра к периферии и сверху вниз с одновременным сцеживанием остатков молока. Процедуру повторяют 4 раза в сутки (2 раза для каждой груди) по 10 мин;
- вместо душа можно использовать компресс из мягкой ткани, смоченной в горячей воде. Противопоказанием для массажных процедур является мастит;

- ультразвуковой массаж молочных желез проводится на протяжении 2 нед. Повторный курс через 2-3 нед.

Целью этого исследования была оценка эффективности применения препарата Апилак (компания АТ «Гриндекс», Латвия) в комплексной терапии, направленной на коррекцию вторичной гипогалактии.

Апилак (таблетки сублингвальные) по 25 или 50 штук в упаковке. Одна таблетка Апилак содержит апилак лиофилизированный (порошок нативного маточного молочка пчел - секрет, который вырабатывается алотрофическими железами рабочих пчел). В апилаке содержатся витамины (С, В, В, В5, В6, В8, В12, Н, фолиевая кислота и инозитол), макроэлементы (К, Na, Са, Mg, Fe, Р) и микроэлементы (Zn, Mn, Cu, Co, S, Si, Ni, Cr, As, Bi), 23 различные аминокислоты, включая незаменимые (в частности, гистидин, валин, метионин, триптофан); другие биологически активные вещества (холинестераза, ацетилхолин и другие). Апилак имеет общетонизирующее действие, стимулирует клеточный метаболизм и регенеративные процессы, улучшает трофику тканей. Применять данный лекарственный препарат рекомендует при нарушении лактации.

Таблетки Апилак принимают сублингвально. Взрослым по 10 мг (1 таблетка) 3 раза в сутки на протяжении 10-15 дней. Таблетку следует положить под язык и держать до полного рассасывания.

Материалы и методы

На базе кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последиplomного образования имени П. Л. Шупика и Украинского государственного института репродуктологии обследовано 86 пациенток со вторичной гипогалактией, которые отвечали следующим критериям: возраст 18-40 лет (средний возраст 29 лет); первородящие; повторнородящие с большим промежутком между родами; возрастные первородящие; роды через естественные родовые пути; отсутствие аллергических реакций в анамнезе или в настоящее время на компоненты препарата. Структура родильниц в нашем исследовании: первородящие до 35 лет - 27 (31,4%), возрастные первородящие - 13 (15,1%), повторнородящие - 46 (53,5%) (рис. 1).

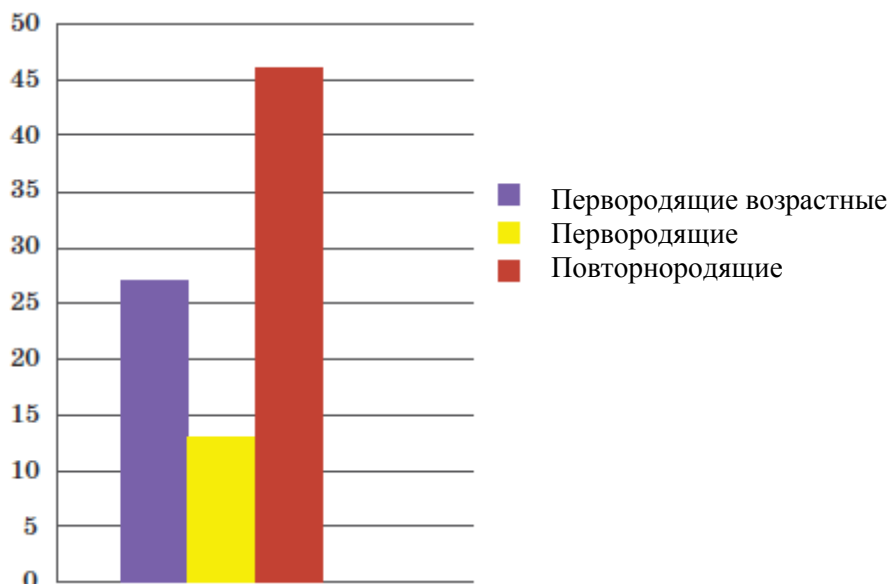


Рис 1. Структура исследуемых рожениц со вторичной гипогалактией

Критерии исключения: первичная гипогалактия, экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации, психические расстройства, которые влияют на комплаентность больного. Причины вторичной гипогалактии у исследуемых рожениц представлены на рис. 2.



Рис. 2. Этиология вторичной гипогалактии

Пациенток рандомизировали на 2 группы: основную и сравнение. Основная группа состояла из 44 рожениц, группа сравнения - 42. Пациенткам основной группы с целью коррекции вторичной гипогалактии назначался препарат Апилак по 1 таблетке 3 раза в сутки сублингвально на протяжении 14 дней в сочетании с физиотерапевтическими процедурами. Пациенткам группы сравнения назначали никотиновую кислоту по 0,05 мг 4 раза в сутки за 30 мин до кормления ребенка на протяжении 14 дней в сочетании с физиотерапевтическими процедурами.

При статистической обработке материала использовали непараметрические методы. Проводили статистический анализ. Для оценки внутригрупповой динамики при условии нормального распределения данных и равенства дисперсий использовали парный критерий Стьюдента. За уровень статистической значимости принимали достоверные значения при $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение

Результат применения препарата Апилак в комплексной терапии вторичной гипогалактии оценивали по клиническим проявлениям (оценивали субъективные и объективные данные, данные контрольного взвешивания ребенка) и методом Молля. Результаты нашего исследования представлены в таблице и на рис. 3. После комплексного лечения вторичной гипогалактии препаратом Апилак в сочетании с физиотерапевтическими процедурами на протяжении 14 дней лактация нормализовалась у 64% рожениц основной группы. У пациенток группы сравнения лактация достигла достаточного уровня в 43 % случаев.

Наблюдение показало, что после 3-4-дневного приема Апилака у рожениц с гипогалактией количество молока, которое проверяли контрольным взвешиванием ребенка, увеличивалось в пределах от 30 до 60 мл. В последующие дни приема Апилака количество молока, продуцируемого молочной железой, еще увеличилось, в некоторых случаях до 120 мл за кормление. Кроме того, после 3-4-х суток исследования отмечено повышение температуры на 0,5 С под молочной железой, что также свидетельствует об улучшении лактации на фоне применяемого лечения.

Выводы

Назначение препарата Апилак способствует восстановлению лактации у рожениц в послеродовой период при вторичной гипогалактии. В ходе нашего исследования этот препарат показал достаточную эффективность, безопасность и хорошую переносимость. Наблюдение показало, что после 3-4-дневного приема Апилака количество молока у рожениц с гипогалактией, которую проверяли контрольным взвешиванием ребенка, увеличивалось в два раза (от 30 до 60 мл). В последующие дни приема Апилака количество молока, продуцируемого молочной железой, еще увеличилось, в некоторых

случаях до 120 мл за кормление, что способствовало отличной комплаентности пациенток основной группы.

Таблица

Результаты лечения гипогалактии препаратом Апилак у пациенток со вторичной гипогалактией

Пациентки с гипогалактией	Основная группа		Контрольная группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Количество	44	16 ± 2,41	42	24 ± 3,7
%	100	36,4 ± 7,25	100	57,1 ± 7,6

Примечание, $p < 0,05$.

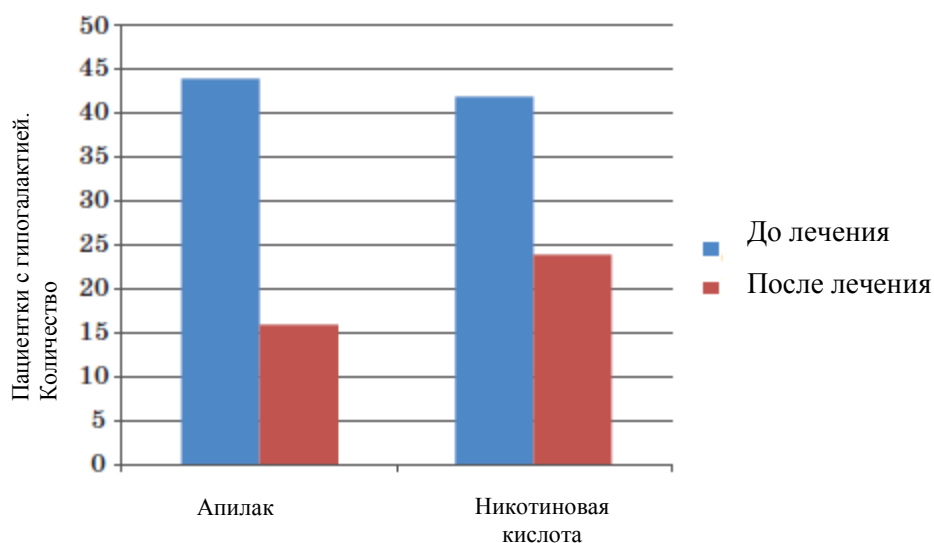


Рис. 3. Сравнительная характеристика эффективности лечения гипогалактии в основной и контрольной группах

Список литературы

1. Абрамченко В. В. Нарушение лактации (гипогалактия) у женщин в послеродовом периоде и пути ее коррекции / В. В. Абрамченко // Беременность и роды высокого риска: руководство. — М.: МИА, 2004. — С. 375–390.
2. Актуальные вопросы послеродового периода / С. К. Кочиева, Е. А. Чернуха, Н. А. Короткова [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2002. — № 1. — С. 6–8.
3. Герасимович Г. И. Функция лактации и грудное вскармливание / Г. И. Герасимович // Здоровоохранение. — 2003. — № 11. — С. 26–33.
4. Гутикова Л. В. Эффективность лечения гипогалактии у родильниц, перенесших гестоз / Л. В. Гутикова // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2007. — Т. 7, № 1. — С. 39–43.
5. Жылкичиева Ч. С. Этиопатогенетические аспекты гипогалактии у родильниц и разработка методов ее коррекции: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология», 14.00.16 «Патологическая физиология» / Ч. С. Жылкичиева. — Бишкек, 2006. — 24 с.
6. Лукушкина Е. Ф. Руководство по питанию здорового и больного ребёнка / Е. Ф. Лукушкина. — Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 1997. — 247 с.
7. Омарова Х. М. Профилактика и лечение гипогалактии у многорожавших с варикозной болезнью / Х. М. Омарова // Уральский медицинский журнал. — 2007. — № 2. — С. 51–52.

8. Стрижаков А. Н. Беременность после кесарева сечения: течение, осложнения, исходы / А. Н. Стрижаков, Т. Е. Кузьмина // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2002. — Т. 1, № 2. — С. 40–46.
9. Физиология и патология послеродового периода / А. Н. Стрижаков, О. Р. Баев, Т. Г. Старкова, М. В. Рыбин. — М.: Издательский дом «Династия», 2004. — С. 14–18.
10. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство : учебное пособие для мед. вузов / В. Б. Цхай. — М.: Медицинская книга, Н. Новгород : Изд-во НГМД, 2003. — 416 с.
11. Шахмаева А. Б. Оптимизация комплексного лечения гипогалактии с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Шахмаева Азалия Баязитовна — Уфа, 2007. — 123 с.
12. Чернуха Е. А. Родовой блок: руководство для врачей / Е. А. Чернуха. — 3-е изд., перераб., испр. и доп. — М.: Триада-Х, 2003. — 709 с.
13. Яхьяева М. Р. Гипогалактия и пути улучшения лактационной функции молочных желез у родильниц чеченской республики/ М. Р. Яхьяева, С. С. Попова // Вестник Российского государственного медицинского университета. — 2009. — № 2. — С. 38–40.
14. Gerstner G. Causes of lactation inhibition in the early puerperium/ G. Gerstner, W. Grünberger, S. Leodolter // Z. GeburtshilfePerinatol. — 1982. — Vol. 186, N 2. — P. 97–100.
15. Hill L. F. A salute to La Leche League International / L. F. Hill // J. Pediatr. — 1968. — Vol. 73, N 1. — 161–162
16. Isaacs C. E. The role of milk derived antimicrobial lipids as antiviral and antibacterial agents / C. E. Isaacs, H. Thorman // Adv. Exp. Med. Biol. — 2001. — Vol. 301. — P. 159–165.
17. Koldovský O. Hormonally active peptides in human milk / O. Koldovský // Acta Paediatr. Suppl. — 2004. — Vol. 402. — P. 89–93.
18. Kunz C. Casein and casein subunits in preterm milk, colostrum, and mature human milk / C. Kunz, B. Lönnerdal // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 1990. — Vol. 10, N 4. — P. 454–461.
19. Lawrence R. A. Host-resistance factors and immunologic significance of human milk / eds R. A. Lawrence, R. M. Lawrence // Breastfeeding: a guide for the medical profession. — (7th ed.). — C. V. Mosby, 2011. — P. 153.
20. Polyunsaturated fatty acid composition of human milk in France: Changes during the course of lactation and regional differences/ P. Guesnet, J. M. Antoine, J. B. Rochette de Lempdes [et al.] // Eur. J. Clin. Nutr. — 2003. — Vol. 47, N 10. — P. 700–710.