

ЛЕЧЕНИЕ ЛАКТОСТАЗА У РОДИЛЬНИЦ В ПЕРИОД СТАНОВЛЕНИЯ ЛАКТАЦИИ МЕТОДОМ СТИМУЛЯЦИИ РЕФЛЕКСОВ СЕКРЕЦИИ И ВЫВЕДЕНИЕМ МОЛОКА АППАРАТОМ «ЛАКТОПУЛЬС»

При лечении лактостаза у 58 родильниц с помощью аппарата «Лактопульс» получен положительный эффект. У всех родильниц произошло быстрое и эффективное разрешение лактостаза. Использование данного метода позволило сохранить лактационную функцию у большинства женщин (82,8%). Данный метод может применяться в условиях акушерского стационара.

Прекращение кормления грудью на первом месяце после родов происходит в основном из-за патологии сосков, лактостаза и лактационного мастита у родильниц [5]. По данным В.Н. Серова с соавт. (1989), без стадии патологического лактостаза мастит развивается относительно редко [4]. Поэтому коррекция секреции молока и молокоотдачи имеет большое значение как для лечения лактостаза и нарушения лактации, так и для профилактики лактационного мастита. Исходя из этого, нами в комплексном лечении лактостаза использован аппарат «Лактопульс», в котором, в отличие от применяемых молокоотсосов, для стимуляции и выведения молока помимо вакуумных стимулов используются стимулы сжатия и растяжения соска и ареолы молочной железы.

Материалы и методы

Купирование явлений лактостаза с помощью аппарата «Лактопульс» начинали проводить сразу после установления диагноза. Длительность процедуры в среднем составляла 20-25 мин. Явления лактостаза обычно купировались в течение 4 процедур. В дальнейшем проводили лечение недостаточности лактационной функции. Аппарат использовали попеременно на обе молочные железы по 10-15 мин. на каждую. Всего 6-8 процедур за сутки. Прикладывание ребенка к груди осуществлялось после получения результатов посева молока на бактериальную обсемененность. Количественное содержание микрофлоры в молоке исследовали путем посева 0,1 мл молока и его

разведений 1:10, 1:100 и 1:1000 на кровяной агар с подсчетом выросших колоний и определением видового состава микрофлоры.

Лечение лактостаза и гиполактации проведено у 58 женщин. В большинстве случаев у них отмечалось позднее прикладывание ребенка к груди, что связано с большим числом осложнений беременности и родов, рождением детей в асфиксии, а также нарушением периода адаптации новорожденных.

У всех родильниц данной группы на 4-5-е сутки после родов появились равномерное нагрубание и болезненность молочных желез, сопровождающиеся повышением температуры тела до 38,0-38,5°C. Особенности клинического течения заболевания у 22 (37,9%) обследованных родильниц были явления выраженного лактостаза, а также трудности разрешения лактостаза традиционными способами. С момента установления диагноза лактостаза кормление ребенка грудью было прекращено, выведение молока осуществляли аппаратом «Лактопульс», проводили антибактериальную терапию полусинтетическими пенициллинами. При высевах грамотрицательной флоры из молока у 4 (6,9%) родильниц применяли гентамицин по 80 мг 3 раза в день.

Результаты исследования

При проведении процедур аппаратом «Лактопульс» у женщин с лактостазом отмечали снижение напряжения молочных желез, исчезало чувство тяжести и распиравания в них. Купирование явлений лактостаза и улучшение

Показатель	Количество проб				Количество микробных тел в 1 мл молока
	с наличием бактерий		без бактерий		
	n	%	n	%	
До начала процедур, 4-5-е сутки	102	87,9	14	12,1	$4,6 \times 10^3 \pm 7,4 \times 10^2$
После купирования лактостаза, 7-10-е сутки	42	36,2	74	63,8	$1,0 \times 10^3 \pm 3,7 \times 10^2$
P					<0,05

Уровень лактации	Общее число женщин		Суточный объем молока, мг			P ₅₋₉
	n	%	5-е сутки	7-е сутки	9-е сутки	
Достаточное усиление лактации	36	62,1	196±18	418±24	589±35	<0,05
Умеренное усиление	12	20,7	189±31	292±51	367±40	<0,05
Отсутствие усиления	10	17,2	181±37	206±23	243±56	<0,05

молокоотдачи уже после одной процедуры отмечали у 23 (39,7%), после второй — у 19 (32,8%), после третьей — у 12 (20,7%) родильниц и только у 4 (6,8%) родильниц — после четвертой процедуры.

Таким образом, об эффективности метода свидетельствует то, что для 72,5% женщин достаточно было 1-2 процедур для ликвидации застоя молока. Почти у всех родильниц после 1-2 процедур, кроме уменьшения лактостаза и улучшения оттока молока, исчезала болезненность молочной железы, нормализовывалась температура тела. Вопрос о возобновлении грудного кормления решали только после бактериологического исследования молока. Поэтому у всех родильниц до начала проведения процедур аппаратом "Лактопульс" и после купирования явлений лактостаза молоко из обеих молочных желез исследовали на бактериальную обсемененность. После 4-5 процедур аппаратом "Лактопульс" частота высеваемости микрофлоры из молока снизилось с 87,9% до 36,2% ($p < 0,001$). Также значительно уменьшился показатель обсеменения молока — с $4,6 \times 10^3 + 7,4 \times 10^2$ до $1,0 \times 10^3 + 3,7 \times 10^2$ микробных тел в 1

мл молока (табл. 1).

У 15 (25,9%) женщин к моменту проведения процедуры на сосках молочной железы были трещины. При проведении процедуры за счет подбора оптимальной силы сжатия, щадящего вакуума над соском и ареолой, а также правильного расположения головки аппарата болевых ощущений и травматизации соска не отмечалось. Использование аппарата "Лактопульс" не увеличивало сроки эпителизации сосков.

Следует отметить, что у всех обследованных родильниц при возникновении лактостаза значительно ухудшалась молокоотдача. У 11 (19%) женщин молоко выделялось из пораженной молочной железы лишь отдельными каплями. Средняя скорость выделения молока во время первой процедуры составила $1,8 + 0,9$ мл/мин., во время второй процедуры — $2,4 + 0,6$ мл/мин., во время третьей — $5,4 + 0,1$ мл/мин., во время четвертой процедуры, когда у всех родильниц произошло купирование лактостаза, скорость выведения молока составила $8,9 + 0,8$ мл/мин.

После купирования явлений лактостаза процедуры стимуляции секреции и выведения молока аппаратом "Лактопульс" продол-

жали с целью лечения гипогалактии, поскольку у всех родильниц данной группы отмечалось нарушение лактационной функции. Положительный эффект от проведенной терапии гипогалактии отмечен у 48 (82,8%) женщин, у 10 (17,2%) родильниц усиления лактации не наблюдалось (табл.2).

Дальнейшее наблюдение за родильницами показало, что каких-либо нарушений лактационной функции, а также мастита у них не выявлено. При изучении отдаленных результатов у женщин, которым проводили купирование лактостаза и стимуляцию рефлексов секреции и выведения молока аппаратом "Лактопульс", установлено что до 3-4 мес. лактация сохранялась у 40 (69%) женщин.

Заключение

Нарушение процесса молокоотдачи в период лактогенеза способствует развитию лактостаза, а в дальнейшем лактационного мастита [3]. Прежде всего это связано с поздним прикладыванием новорожденного к груди, а также с отсутствием адекватной стимуляции рецепторов соска и ареолы молочной железы во время кормления ребенка. Послеро-

довые инфекционные заболевания молочных желез являются одной из основных причин прекращения лактации. Родильницы после купирования лактостаза нуждаются в реабилитации лактационной функции с целью обеспечения продолжительного грудного вскармливания. Существующие медикаментозные средства профилактики и лечения гипогалактии имеют ряд побочных реакций и противопоказаний к применению, что существенно снижает возможность их использования для кормящих женщин. Поэтому возрастает роль немедикаментозных методов лечения ранних нарушений лактационной функции [2]. К таким методам относится стимуляция рефлексов секреции и выведения молока аппаратом "Лактопульс". Использование данного устройства показало, что оно обеспечивает во всех случаях формирование полноценного рефлекса выведения молока. Причем скорость выведения молока соответствует таковой при кормлении ребенка. При анализе клинических результатов применение данного метода у родильниц эффективно купировало явления лактостаза, уменьшало бактериальную обсемененность молока, что в целом способствовало неосложненному течению заболевания и у 82,8% реабилитации лактационной функции. Следует подчеркнуть, что нормализация лактации происходит также благодаря увеличению концентрации пролактина, уровень которого снижен при гипогалактии [1]. Учитывая вышеизложенное, данный метод может широко применяться в условиях акушерских стационаров.

коррекции нарушений лактационной функции у женщин в условиях крупного города // Экология и здоровье человека: Материалы науч.-практической конференции. - Ставрополь, 1998. - С. 194 - 196.

3. Кинг Ф.С. Помощь матерям в кормлении грудью. Пер. с англ. - ВОЗ, 1995.

4. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. - М.: Медицина, 1989.

5. Тихонова Т.К. Профилактика и лечение гипогалактии у родильниц с поздним прикладыванием ребенка к груди: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - СПб., 1996.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.Г., Рагимова Ш.А., Исмаилов Ю.Б. Новая веха в изучении физиологии лактации человека и животных. - Баку, 1990.

2. Гайдуков С.Н., Алексеев Н.П., Ильин В.И., Тихонова Т.К. и др. Немедикаментозные методы