

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕРАПИИ ЛАКТОСТАЗА
В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ**

А.З. ГУСЕЙНОВ^{***}, И.Н. МИЛЬКЕВИЧ^{*}, Т.А. ГУСЕЙНОВ^{**}

^{*}Клиника доктора Груздева, Крестовский пр., 18, Санкт-Петербург, Россия, 197110

^{**}Тульский государственный университет, пр-т Ленина, д. 92, Тула, Россия, 300012

Аннотация. В работе рассматривается актуальная проблема лактостаза при грудном вскармливании. Главные причины развития лактостаза: избыточная выработка молока при недостаточном его выделении из долек молочных желез. Другими факторами считаются нерегулярное и недостаточное опорожнение груди, неправильное прикладывание ребёнка, когда не все дольки находятся в равном «физиологическом положении», что может привести к передавливанию млечных протоков. В работе рассматриваются предрасполагающие факторы лактостаза в первые дни после родов и при активно проводимом грудном вскармливании, вопросы выработки тактики патогенетической терапии.

В основу работы легло изучение данных обследования и лечения 39 пациенток с лактостазом, разделенных на 2 группы, где применялись местно 1% прожестожель (1-я группа) и бромокриптин в таблетках (2-я группа).

Исследование показало, что лактостаз особенно характерен для первородящих женщин и для первых (1-2) месяцев после родов.

Лактостаз в первые дни после родов больше связан с нарушением выведения молока из-за низкого содержания окситоцина и пареза гладких мышц млечных протоков, что подтверждается эффектом применения трансдермального геля 1% прожестожеля.

В другие периоды одной из причин лактостаза является повышенная выработка, или достаточная выработка молока при условии его недостаточного выведения через млечные протоки. Эффект применения бромокриптина в таких случаях объясняется уменьшением выработки молока в соответствии с возможностью системы его выведения.

Ключевые слова: лактостаз, патогенез, протоковая система, грудное вскармливание.

**PATHOGENETIC FEATURES OF THE DEVELOPMENT AND TREATMENT
OF LACTOSTASIS IN DIFFERENT PERIODS OF BREASTFEEDING**

A.Z. GUSEYNOV^{***}, I.N. MILKEVICH^{*}, T.A. GUSEYNOV^{**}

^{*}Clinic of Doctor Gruzdev, Krestovskiy prospect, 18, St. Petersburg, Russia, 197110

^{**}Tula State University, Prospect Lenina, 92, Tula, Russia, 300012

Abstract. The actual problem of lactostasis in breast feeding is considered in this paper. The main causes of lactostasis are: excessive milk production at insufficient milk secretion from the lobules of the mammary glands; irregular and inadequate emptying of the breast, not correct attachment of the baby to the breast, i.e. not all lobules are equal "physiological" position. The authors considered predisposing factors of lactostasis in the first days after birth and active breastfeeding, as well as the development of tactics pathogenetic therapy. The work is based on the study of data examination and treatment of 39 patients with lactostasis, divided into 2 groups. In the first group the treatment consisted of local use of 1% progesterone; in the 2nd group - bromocriptine in tablets.

The study showed that lactostasis is especially typical for primipara women and for the first (1-2) months after delivery.

The lactostasis in the first days after delivery are more associated with impaired excretion of milk due to the low content of oxytocin and smooth muscle paresis ducts, this is confirmed by the effect of transdermal gel 1% progesterone. At other times one of the causes of lactostasis is increased production or sufficient production of milk when it is insufficient excretion through milk ducts. The effect of bromocriptine in such cases is due to a reduction of milk production in accordance with the ability of the system excretion of milk.

Key words: lactostasis, pathogenesis, ductal system, breastfeeding.

Актуальность проблемы. Вопросы диагностики и лечения лактостаза являются по-прежнему актуальной проблемой медицины. Те или иные проявления лактостаза встречаются практически у всех женщин при грудном вскармливании.

В литературе устоялось определение лактостаза как дисфункции молочной железы между выработкой и выделением молока у женщин при грудном вскармливании. Многими практическими врачами

Библиографическая ссылка:

Гусейнов А.З., Милькевич И.Н., Гусейнов Т.А. Патогенетические особенности развития и терапии лактостаза в различные периоды грудного вскармливания // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-106. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4947.pdf> (дата обращения: 18.11.2014).

лактостаз рассматривается как количественное несоответствие между повышенной выработкой молока и его недостаточным оттоком, хотя это является довольно механистическим представлением развития патологии без учета многих других, не менее важных составляющих [1, 6].

Причины и факторы, приводящие к застою молока, разнообразны. Кроме избыточной выработки молока при недостаточном его выделении из долек молочных желез, другими факторами считаются нерегулярное и недостаточное опорожнение груди, неправильное прикладывание ребёнка, когда не все дольки находятся в равном «физиологическом положении», что может привести к передавливанию млечных протоков [2, 8].

Трещины на соске, стрессы, переутомление и недосыпание, травмы, переохлаждение молочных желез, тесный бюстгальтер, сон на животе могут способствовать запуску патологического процесса застоя молока [1, 3].

Отдельного внимания и подробного изучения заслуживает анатомия дольково-протоковой системы млечных протоков. Так, при узких и извилистых млечных протоках резко повышается вероятность развития лактостаза [1, 4, 7].

По данным ряда авторов, лактостаз нередко встречается на фоне мастопатии. Отмечено, что при мастопатии в молочных железах разрастается фиброзная ткань, которая имеет довольно плотную структуру и может сдавливать протоки молочных желез, нарушая отток молока при грудном вскармливании [1, 5].

Образование застойных явлений характерно для первородящих женщин в первые недели и месяцы после родов [2, 3]. Причем лактостаз в первые дни после родов патогенетически отличается от застоя молока при проводимом грудном вскармливании [1].

В первые дни после родов быстрое снижение уровня плацентарных стероидов на фоне резкого повышения секреции пролактина приводит с одной стороны к накоплению молока в альвеолах молочной железы, с другой стороны вызывает отек тканей молочной железы и сдавление её протоков. Ситуация осложняется отсутствием стимуляции сосково-ареолярной зоны ранним прикладыванием ребенка в первые сутки после родов и сцеживания молочных желез, что в сумме отражается в низкой продукции окситоцина и парезе млечных протоков. В результате недостатка окситоцина молоко застаивается в альвеолах и не поступает в молочные протоки. Все эти явления в итоге приводят к отеку, нагрубанию и болезненности молочных желез [3, 7].

По данным ряда авторов, другой причиной лактостаза на фоне проводимого грудного вскармливания является закупорка одного или нескольких млечных протоков. Такой тип лактостаза у кормящих матерей развивается вследствие формирования так называемой «молочной пробки», что приводит к закупорке протока молочной железы и механическому прекращению оттока молока. Однако это положение, утвердившееся в клинической практике, требует более научного объяснения и доказательств [1].

Установлено, что независимо от причины возникновения, некупированный лактостаз патогенетически протекает по стандартной схеме и, как правило, завершается маститом.

С учетом вышеприведенных факторов представляет клинический интерес изучение причин развития лактостаза с целью проведения адекватных лечебных и профилактических мероприятий.

Цель исследования – изучить предрасполагающие факторы лактостаза в первые дни после родов и при активно проводимом грудном вскармливании с выработкой тактики патогенетической терапии.

Материал и методы исследования. Проведенное нами исследование включило изучение состояния молочных желез 39 женщин с лактостазом. Возраст женщин – от 19 до 39 лет, средний возраст – $27 \pm 2,5$ лет. Первые роды имели место у 28 (71,8%), вторые роды – у 8 (20,5%), третьи роды – у 3 (7,7%) пациенток.

С целью выявления особенностей развития патогенеза лактостаза пациентки были подразделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 13 женщин с лактостазом в течение первых 5 дней после родов. Во 2-ю группу были включены 26 пациенток, где регистрировали развитие лактостаза в сроки от 6 дней до 11,5 месяцев, в среднем $2,7 \pm 0,8$ месяца.

Группы были сопоставимы по возрасту, общему состоянию и выраженности лактостаза. Основным условием включения женщин в группы исследования было отсутствие признаков гнойного мастита.

Обследование включало сопоставление клинического и ультразвукового методов исследования: при поступлении и в динамике наблюдения, общее клиническое и биохимическое исследование крови.

Исходя из предполагаемого различного механизма развития лактостаза в 1-й группе пациентки применяли 2 раза в день накожные аппликации на обе молочные железы (а не только застойные участки) по 2,5 г 1% прожестожеля (100 г геля содержит 1 г прогестерона). У 7 (53,8%) пациенток проводили 2 аппликации в течение 1 дня, у остальных 6 (46,2%) – 4 аппликации в течение 2 дней.

Во 2-й группе пациенток с целью ингибирования синтеза пролактина использовали препарат бромкриптин (парлодел) в дозировке по 2,5 мг 2 раза в сутки в течение 2 дней.

Общим моментом в терапии лактостаза было проведение стимулирования сосково-ареолярной зоны, прикладывание ребенка, регулярное сцеживание и другие общепринятые мероприятия.

Библиографическая ссылка:

Гусейнов А.З., Милькевич И.Н., Гусейнов Т.А. Патогенетические особенности развития и терапии лактостаза в различные периоды грудного вскармливания // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-106. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4947.pdf> (дата обращения: 18.11.2014).

Результаты и их обсуждение. При анализ результатов обследования пациенток в группах принципиальных различий не выявлено.

Клинические признаки лактостаза заключались в увеличении объема молочной железы, уплотнении ее тканей на участке от 5х7 до 11х12 см, выраженной болезненности участков застоя при пальпации. Легкая гиперемия кожи отмечена у 21 (53,8%) женщин, повышение температуры до 37,5°C – у 19 (48,7%), до 38,0° – у 8 (20,5%) пациенток.

В биохимических показателях крови отклонений практически не обнаружено.

В общем анализе крови выявлен небольшой лейкоцитоз (до $11,8 \times 10^9 / \text{л}$) у 8 (33,3%) пациенток, который быстро нормализовался к концу лечения.

При проведении УЗИ молочных желез выявлены все признаки застоя молока, с инфильтрацией тканей, застоем молока в дольках и протоках молочных желез, данных за гнойный мастит не получено.

В 1-й группе наблюдения лактостаз купирован у 7 (53,8%) пациенток в течение 1-х суток, у остальных 6 (46,2%) – через 2 суток с началом полноценного грудного вскармливания и адекватного сцеживания.

Во 2-й группе женщин лактостаз удалось купировать полностью через 3 дня у 10 (38,5%) пациенток с полным рассасыванием участков уплотнения, с нормализацией общей температуры тела, возвращением к нормальному цвету кожи.

В эти же сроки в данной группе патологический процесс был частично купирован у остальных 16 (61,5%) пациенток: температура нормализовалась, гиперемия прошла, уплотнение уменьшилось в размерах почти в 2 раза, оставалась небольшая болезненность. В дальнейшем без терапии участки застоя молока полностью рассосались в течение 6–7 дней без использования препарата бромокриптин.

Проведенное нами исследование показало, что лактостаз в разные периоды после родов может протекать патогенетически различно. Так, в первые 3–4 дня после родов происходит достаточно быстрое накопление молока в дольках молочной железы. Однако недостаточная выработка окситоцина, гипотония, нередко и парез млечных протоков усугубляются отеком тканей молочной железы, что, в свою очередь, приводит к дополнительному сдавлению млечных протоков. Трансдермальная аппликация 1% прожестожеля, с проведением стимуляции сосково-ареолярной зоны, прикладыванием ребенка, сцеживанием молока в конце концов и обеспечили эффект лечения в данной группе наблюдения.

Следует отметить, что после нанесения 1% прожестожеля на кожу молочных желез уже через 30 мин отмечалось уменьшение болей и нагрубания молочной железы. Это позволяло начать проводить мягкое сцеживание, а практически через один час – прикладывать ребенка к груди. По данным ряда авторов, опасность попадания препарата в организм ребенка отсутствует, так как прожестожель в основной массе попадает в кровеносное русло из ткани молочной железы в течение 1 часа [1, 6].

Во 2-й группе пациенток эффект после приема бромокриптина объясняется принципиально другим механизмом возникновения лактостаза – повышенной выработкой молока при несоразмерно недостаточном его выведении. Цель назначения препарата бромокриптина в таких случаях – борьба не с гиперпролактинемией, которая в принципе соответствует физиологической норме, а некоторое снижение уровня пролактина, что автоматически влечет за собой уменьшение выработки молока, и, соответственно, приведение механизма выработка – выведение молока в количественное соответствие. Как показали наши исследования, на полное устранение дисбаланса механизм регуляции необходимо не менее 6 дней, хотя в использовании лекарственной регуляции бромокриптином более 2-х дней, как правило, нет необходимости.

Естественно, не следует упрощать механизм развития лактостаза, как и методы терапии и профилактики застоя молока. Изучение других или комплекса причин позволит своевременно и адекватно не только выявить, но и своевременно устранить лактостаз на более ранних стадиях развития патологического процесса, оптимально – полностью предотвращая его.

Таким образом, лактостаз в большинстве случаев характерен для первородящих женщин в первые недели и месяцы (1–2) после родов.

Лактостаз в первые 5 дней после родов преимущественно связан с нарушением выведения молока в основном из-за низкого содержания окситоцина и пареза млечных протоков, что подтверждается эффектом применения трансдермального геля 1% прожестожеля.

В другие периоды грудного вскармливания после 5 дней одной из причин лактостаза является повышенная или нормальная выработка молока при условии его недостаточного выведения через млечные протоки. Эффект применения бромокриптина в таких случаях объясняется некоторым уменьшением уровня пролактина и, соответственно, выработки молока в соответствии с возможностями системы выведения.

В проведении комплекса лечебно-профилактических мероприятий, особенно с назначением фармакопрепаратов, при лактостазе необходим учет всех составляющих причин, сроков развития и особенностей течения лактостаза.

Библиографическая ссылка:

Гусейнов А.З., Милькевич И.Н., Гусейнов Т.А. Патогенетические особенности развития и терапии лактостаза в различные периоды грудного вскармливания // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-106. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4947.pdf> (дата обращения: 18.11.2014).

Литература

1. Гусейнов А.З., Истомина Д.А., Гусейнов Т.А. Основы маммологии. СПб-Тула: Изд-во ТулГУ, 2014. 240 с.
2. Иловайская И.А., Марова Е.И. Биология пролактина. Нейроэндокринный контроль и регуляция секреции // *Акушерство и гинекология*. 2000. № 5. С. 42–44.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии // Нац. проект «Здоровье». М.: Изд-во «Гэотар-медиа», 2006. С. 840–846.
4. Состояние гормональной регуляции при фиброзно-кистозной мастопатии / Сотникова Л.С. [и др.] // *Мать и дитя*. 2011. № 1. С. 342–346.
5. Тютюнник В.Л. Трещины сосков у кормящих мам, методы их лечения и профилактики // *Русский медицинский журнал*. 2013. №13. С. 23–25
6. Fructusagnicasti and bromocriptine for treatment of hyperprolactinemia and mastalgia / Kilicdag E.B. [et al.] // *Intl. J. Gyn&Ob*. 2004. Vol. 85. P. 292–293.
7. Lamers Y. Folate recommendations for pregnancy, lactation, and infancy // *Ann. Nutr. Metab*. 2011. Vol. 59(1). P. 32–37.
8. Mansel R.E., Webster D.J.T., Sweetland H.M. Breast pain and nodularity // *Benign disorders and diseases of the breast*. Elsevier, 2009. P. 107–39.

References

1. Guseynov AZ, Istomin DA, Guseynov TA. Osnovy mammologii. SPb-Tula: Izd-vo TulGU; 2014. Russian.
2. Ilovayskaya IA, Marova EI. Biologiya prolaktina. Neyroendokrinnyy kontrol' i regulyatsiya sekretsii. Akusherstvo i ginekologiya. 2000;5:42-4. Russian.
3. Rukovodstvo po ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi v akusherstve i ginekologii. Nats. pro-ekt «Zdorov'e». Moscow: Izd-vo «Geotar-media»; 2006. Russian.
4. Sotnikova LS, et al. Sostoyanie gormonal'noy regulyatsii pri fibrozno-kistoznoy mastopatii. Mat' i di-tya. 2011;1:342-6. Russian.
5. Tyutyunnik VL. Treshchiny soskov u kormyashchikh mam, metody ikh lecheniya i profilaktiki. Russ-kiy meditsinskiy zhurnal. 2013;13:23-5. Russian.
6. Kilicdag EV, et al. Fructusagnicasti and bromocriptine for treatment of hyperprolactinemia and mas-talgia. Intl. J. Gyn&Ob. 2004;85:292-3.
7. Lamers Y. Folate recommendations for pregnancy, lactation, and infancy. Ann. Nutr. Metab. 2011;59(1):32-7.
8. Mansel RE, Webster DJT, Sweetland HM. Breast pain and nodularity. Benign disorders and diseases of the breast. Elsevier; 2009.

Библиографическая ссылка:

Гусейнов А.З., Милькевич И.Н., Гусейнов Т.А. Патогенетические особенности развития и терапии лактостаза в различные периоды грудного вскармливания // *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. 2014. №1. Публикация 2-106. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4947.pdf> (дата обращения: 18.11.2014).