ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С НАРУШЕНИЯМИ ЛАКТАЦИИ ПРИ ОБЕСПЕЧЕНИИ ЕСТЕСТВЕННОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

© *Черниченко И.И. [1], Геращенко Я.Л.[2]*

Россия, г. Санкт-Петербург.

1.кафедра клинической медицины (Акушерства и гинекологии) медицинского университета «РЕАВИЗ» Санкт-Петербургский филиал. Российская Федерация.г.Санкт-Петербург, ул. Калинина, д. 8, лит. А

2. Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения Женская консультация №22. 194354, Российская Федерация Санкт-Петербург ул. Сикейроса, 10, литер В. 9119736687@mail.ru, т.+79119736687.

Ключевые слова: лактация, лактостаз, ультразвуковое исследование, грудное вскармливание, мастит, маммолог, грудное вскармливание.

Цель: представить оптимальный алгоритм действий врача для решения проблемы эвакуации молока у лактирующих женщин, обследования, лечения, оценить эффективность лечебной тактики.

Актуальность. Для нормального развития младенца чрезвычайно важно грудное вскармливание (ГВ), которое препятствует когнитивным и алиментарным нарушениям развития. ГВ важно также и для профилактики мастита и рака кормящей матери.[1] Однако нарушения лактации встречаются достаточно часто, они создают серьёзные проблемы для здоровья ребёнка и матери, а потому выработка эффективных подходов для лечения лактостаза актуальна.

Шведский педиатр Bo Vahlquist сказал: «У всех видов млекопитающих репродуктивный цикл включает беременность и кормление грудью. В отсутствие последнего, ни один из этих видов, включая человека, не мог бы выжить ».

В России, согласно приказу МЗ РФ 572Н «при выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка)». Однако конкретные же специалисты, отвечающие и контролирующие качество лактации, не указаны.

Частота лактационного мастита среди родильниц в различных странах колеблется от 2 до 33% и в среднем составляет около 10%.[2—5].В некоторых случаях это заболевание при отсутствии правильного лечения может привести к смертельному исходу. В представлении многих работников здравоохранения мастит остается синонимом инфекции груди [6,7,8,9]. Медицинские работники зачастую не могут помочь женщине, страдающей таким заболеванием, продолжать кормить своего ребенка грудью и могут без необходимости посоветовать ей прекратить ГВ[10].

Академия медицины грудного вскармливания — международная организация, в 2014г. опубликовала обновленный протокол ведения лактационного мастита. В нем отражены основные причины развития мастита. А так же оптимальный алгоритм лечения.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы медицинские карты (МК) 42 кормящих женщин, по факту обращения в период с декабря 2016 по декабрь 2018г. с жалобами на нарушение эвакуации молока, боль и дискомфорт, уплотнение ткани молочной железы.

Методы обследования: анамнестический, осмотр, пальпация, ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез (МЖ). Критерии включения в исследования, оценки наличия патологии МЖ основывался на анализе жалоб, стандартных ультразвуковых (УЗ), пальпаторных данных о толщине, плотности, размерах и соотношении тканей.

Результаты. У всех обратившихся за медицинской помощью женщин было диагностировано нарушение лактации. Лактостаз у 34 (80%) женщин, лактационный мастит серозная форма у 6 (14%) женщины. Лактационный мастит гнойно-абсцедирующая форма у 2 (5%) женщины.

Четырнадцать женщин были повторно родившими (33%). У двоих родилась двойня (5%). У двух пациенток (5%) беременность наступила в протоколе вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

У 11 (26%) женщин нарушение лактации развилось до 15 суток от родов. У 8 (19%) от 25 до 30 суток. У 6 (14%) женщин в период с 1

до 3х месяцев. У 4 (9%) женщин в период с 3 до 6 месяцев. У 7 (16%) женщин в период с 6 до 12 месяцев. У 6 (14%) женщин в период с 12 до 24 месяцев. Лактостазы в анамнезе имели 5 (12%) женщины. 32 (76%) женщины обратились за медицинской помощью до 3 суток, 7 (17%) женщин до 7 суток, 3(7%) женщины от 14 до 30 суток от начала заболевания.

Клинические проявления в виде локального уплотнения в одной МЖ, болей, нарушение оттока молока имели все пациентки. Повышение температуры тела выше 36,6°С отмечено у 21 женщин (50%), из них у 8 (19%) выше 38°С, у 3(7%) из них выше 40 °С.

Ультразвуковая картина локального отека ткани МЖ выявлена у всех пациенток. УЗ картина абсцесса МЖ у 2 (5%) женщин.

Тактика лечения, в зависимости от клинической картины, включала в себя:

1. Ручное сцеживание МЖ по Риордану — 41 женщин (99%).

2.Локальная гипотермия у 31 женщины 73,8%, после каждого кормления 15 минут.

3.«Траумель С» — мазь для наружного применения гомеопатическая: тубы 50 г., «BIOLOGISCHE HEILMITTEL HEEL GmbH» (Германия) у 25 женщин 59%.

4.Противовоспалительная терапия (Ибупрофен в таблетках 200 мг 2 раза в день) применялась у 20 женщин (48%).

5.Спазмолитики (Дротаверин в таблетках 20 мг. За 15 минут до кормления) применялись у 23 женщин (55%).

6. Раствор Окситоцина 5 МЕ\мл 2 капли интраназально за 15 минут до кормления у 14 женщин (33%).

7. Антибактериальная терапия (АБТ) (амоксициллин+клавулановая кислота в таблетках 625 мг. 2 раза в день) у 8 женщин (19%).

8.Оперативное лечение в объеме вскрытие и дренирование абсцесса МЖ выполнено 2 женщинам (5%). В 1 случае проведена лечебная пункция .

Лактацию и грудное вскармливание продолжила 41 женщина. Одна пациентка уже прекращала лактацию к моменту развития лактостаза.

Излечение наступило в сроки:

до 3х суток у 30 женщин (71%),

от 4 до 8 дней у 9 женщин (21%).

с 9 до 21 дня у 3 женщин (7%).

Выводы. Нарушение оттока молока может возникать в любой период лактации.

Максимальное количество нарушений развивается в первые 2 недели после родов.

Лактостаз может случаться и у повторно родивших женщин.

Развитие стадий заболевания происходит постепенно, однако интенсивность их развития может быть различной. При этом развитие воспаления в 81% случаев удается остановить консервативно без антибактериальной терапии.

Наш двухлетний опыт работы показывает, что обследование и лечение должно начинаться на первом же приеме. Диагностический минимум: осмотр, УЗИ МЖ. Основным методом восстановления лактации является ручное сцеживание. АБТ целесообразно применять при признаках выраженного воспаления в виде гипертермии выше 40°С, или клинических и УЗ признаках абсцедирования. При своевременном обращении и начале лечения возможно сохранение полноценной лактации.

Наличие функционирующей службы помощи женщинам с нарушением лактации позволяет сохранить лактацию и её продолжительность и способствует сохранению здоровья матери и ребенка.

Список литературы.

1. Черниченко И. И., Хаджиева Э. Д., Геращенко Я. Л. Решение проблем лактации при обеспечении полноценного грудного вскармливания //Research'n Practical Medicine Journal. — 2018. — Т. 5. — №. S1.
2. Пустотина О. А. Опыт лечения лактационного мастита у 642 родильниц в России. Сравнительный анализ с международными рекомендациями //
3. Архив акушерства и гинекологии им. ВФ Снегирева. — 2015. — Т. 2. — №. 2.
4. ACOG Committee Opinion N 361: Breastfeeding: maternal and infant aspects. Obstet. and Gynecol. 2007; 109: 479.
5. Department of Child and Adolescent Health and Development. Mastitis: Causes and Management. WHO; 2008.
6. Dixon J.M., Khan L.R. Treatment of breast infection. Br. Med. J. 2011; 342: d396.
7. Bertrand H., Rosenblood L. K. Stripping out pus in lactational mastitis: a means of preventing breast abscess //CMAJ: Canadian Medical Association Journal. — 1991. — Т. 145. — №. 4. — С. 299.