

ЛАКТИРУЮЩАЯ МОЛОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА:

УХОД, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Естественным, или грудным, вскармливанием, по терминологии, принятой в России, называется вскармливание ребенка материнским молоком. Естественное вскармливание – природная модель, которая ярко и непосредственно иллюстрирует основные положения концепции оптимального питания. Обеспечение оптимальной модели питания младенца подразумевает изменения женского организма уже с началом беременности. Данные процессы затрагивают в первую очередь молочную железу. Подготовка молочной железы к выработке молока называется лактогенезом, а процесс поддержания лактации у кормящей женщины – лактопозом [1, 3].

Ключевые слова: лактация, трещины сосков, профилактика, декспантенол, грудное вскармливание

С наступлением и на протяжении всей беременности молочная железа растет и меняется под действием гормонов и факторов роста в соответствии с генетическими особенностями клеток железы. В среднем объем каждой молочной железы увеличивается на 200 мл и масса – на 700 г. В I триместре беременности образуются дольчато-ячеистые структуры в результате эпителиально-канальцевых разрастаний. Во II триместре дифференцируются альвеолярные элементы, появляется молочная секреция. В III триместре происходит дольчато-ячеистая гиперплазия и усиливается секреторная функция. В результате млечные протоки, которые образуются при слиянии протоков долек, разрастаются в длину и толщину, разветвляются путем почкования, формируются новые альвеолярные структуры, усиливается кровоснабжение железы [1, 2, 5].

После того как лактация началась, уменьшается доля жировой ткани и плотность соединительной ткани молочной железы, усиливается васкуляризация и гипертрофия альвеол и протоков. Теперь основная функция молочной железы – секреция грудного молока.

Существует несколько механизмов выведения (экструзии) секрета молочной железы: мерокриновый, леммокриновый, апокриновый и голокриновый [1, 3]. При мерокриновом типе происходит преимущественно выход секрета через отверстия неповрежденной оболочки. При леммокриновом типе секреции выходят жировые капли с частью плазматической мембраны. При апокриновом типе секрет отделяется вместе с апикальной частью клетки. Голокриновая экструзия характеризуется выходом в альвеолу секрета вместе с клеткой, которая при этом гибнет. Интенсивность и значимость механизмов секреции меняются в зависимости от периодов лактации. Также известно, что качественный состав молока зависит от типа экструзии. В промежутках между кормлениями, при отсутствии сосания и сцеживания, т. е. в состоянии покоя железистого аппарата, превалируют мерокриновый и леммокриновый типы экструзии. И в этом молоке, которое ребенок получит сразу после начала кормления, содержится меньше жира и больше лактозы. Это т. н. переднее молоко. В

процессе кормления включается апокриновый тип экструзии, реже – голокриновый. В этом случае формируется т. н. заднее молоко, обладающее большей жирностью и энергетической ценностью.

В первые дни после родов происходит экскреция молозива, затем в течение в среднем 2 нед. нарастает объем лактации. После стабилизации лактации суточный объем секреции может достигать 1 300 мл. В поддержании лактопоза ведущая роль принадлежит кормлению грудью [2, 3]. Рецепторы сосков и ареол, спинномозговые пути, гипоталамус и гипофиз образуют рефлекторную дугу механизма молоковыведения. В 1-й фазе этого рефлекса с началом кормления при раздражении области соска и ареолы уже через 30 с увеличивается кровоток в паренхиме железы, сфинктер соска расслабляется, сосок выпрямляется, сокращается гладкая мускулатура протоков. Ребенок получает «переднее» молоко, накопленное в синусе и протоках. В процессе кормления гипофизом выделяется окситоцин (2-я фаза рефлекса). Окситоцин и вазопрессин в присутствии ионов кальция вызывают сокращение миоэпителиальных клеток, которые обеспечивают выведение секрета из альвеол и млечных протоков. Параллельно подключаются апокриновый и голокриновый типы секреции. В результате ребенок получает «заднее» молоко. При недостаточном опорожнении грудной железы сохраняющееся давление в синусах, протоках и альвеолах ухудшает кровоснабжение железы, что в итоге приводит к уменьшению секреции. Таким образом, поддержание продукции молока зависит и от полноты его выведения [3, 6].

Наряду с описанными процессами происходит повышение продукции и выброс пролактина. Рефлекторный выброс пролактина происходит после латентной фазы (около 30–50 мин), поэтому основная цель рефлекса – в накоплении секрета между кормлениями, т. е. сохранение лактопоза.

Плод тоже проходит «подготовку» к грудному вскармливанию. Попадание грудного молока в ротовую полость ребенка обеспечивается сосанием – ритмичным прижатием соска груди к верхушке неба и созданием отрицательного давления (до 250 мм рт. ст.). Известно, что уже на 13–15-й нед. гестации плод делает сосательные движения. У недоношенных детей к 26-й нед. гестации можно наблюдать сосательный рефлекс. Но окончательно созревает этот рефлекс к 32–34-й

нед. гестации. Глотательный рефлекс достаточно развит к 30-й нед. и полностью созревает к 34-й нед. гестации. Вскармливание ребенка грудью возможно, когда акты сосания, глотания и дыхания хорошо скоординированы. К 28–30-й нед. гестации у ребенка есть и глотательный и сосательный рефлекс, к 32–34-й ребенок уже способен их координировать, но они быстро истощаются. К 36–38-й нед. рефлекс созревают и хорошо скоординированы [2, 3, 5].

Становление лактации происходит в течение 2–3 нед. после родов. В первые дни (до 5-го дня) продуцируется молоко, затем переходное молоко и примерно через 2 нед. появляется зрелое молоко.

Известно положительное влияние грудного вскармливания на здоровье женщины. У кормящих женщин ниже риск развития новообразований грудных желез и половых органов [1, 7, 16].

Нельзя недооценивать психологические эффекты грудного вскармливания. Грудное вскармливание является завершающим этапом в формировании чувства материнства у женщины. Общеизвестно, что сосание и положение у груди матери дает ребенку чувство защищенности, успокаивает. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, имеют лучшие показатели психомоторного развития на 1-м году жизни. Усталость, состояние тревожности, неуверенность женщины не позволяют ей найти понимание запросов ребенка. В этих условиях свободное вскармливание часто становится хаотичным, что только усугубляет проблемы [3, 6, 7].

■ Одной из основных проблем, с которыми сталкивается женщина в период становления лактации, является техника грудного вскармливания, распознавание первых признаков голода у ребенка, основные признаки гипогалактии, методы стимуляции лактации, особенности питания в период беременности и лактации

Существуют правила, соблюдение которых обеспечивает успешное грудное вскармливание.

К ним относятся правила, необходимые в период становления лактации [1, 3, 11, 12], т. е. в условиях родильного дома:

- раннее (в первый час после рождения) прикладывание ребенка к груди,
 - вскармливание по требованию ребенка,
 - отказ от сосок и любого другого питания и питья.
- Другие рекомендации направлены на сохранение лактации более продолжительное время:
- кормление по требованию ребенка,
 - ночные кормления,
 - кормление одной грудью в одно кормление (при отсутствии гипогалактии),
 - введение прикорма не ранее 6-месячного возраста.

Необходимо отметить, что для реализации продолжительного грудного вскармливания необходимо соблюдение определенных условий: совместное пребывание матери и ребенка,

нормальный отдых и сон кормящей женщины, полноценный и сбалансированный рацион. Немаловажным является психологический настрой женщины, обозначенный как формирование «доминанты лактации», т. е. наличие у женщины стойкой убежденности в неоспоримых преимуществах грудного вскармливания перед искусственным и ее уверенность в том, что она сумеет кормить ребенка грудью, несмотря на разные трудности. В формировании доминанты лактации важна роль близких людей, но ведущим является просветительская работа и психологическая поддержка медицинского персонала на всех этапах оказания медицинской помощи женщине (женская консультация, родильный дом, детская поликлиника). Успешность такой работы зависит от организации консультативной помощи, единых подходов к теоретическим и практическим вопросам грудного вскармливания на всех этапах и преемственности между этими учреждениями [8, 9, 11–13].

ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ ПРИ ВСКАРМЛИВАНИИ ГРУДЬЮ

Одной из основных проблем, с которыми сталкивается женщина в период становления лактации, является техника грудного вскармливания, распознавание первых признаков голода у ребенка, основные признаки гипогалактии, методы стимуляции лактации, особенности питания в период беременности и лактации [1, 2, 4, 10–12].

При невозможности кормления ребенка грудью целесообразно вскармливание сцеженным грудным молоком, что более физиологично для ребенка и позволит сохранить лактацию. Успешность сцеживания определяется функциональными возможностями молокоотсоса.

Немаловажной проблемой при грудном вскармливании является состояние молочных желез (последствия неправильного прикладывания к груди, нагрубание молочных желез, закупорка молочных протоков и воспаление, абсцесс молочной железы).

В первые дни лактации при употреблении ребенком небольшого количества молока может возникнуть лактостаз, при котором в молочной железе появляется болезненное уплотнение. Помимо этого, лактостаз может сопровождаться чувством тяжести, распирающего жара, а также локальным покраснением кожи. Болезненные ощущения обычно усиливаются перед кормлением и ослабевают после него. Само кормление также может быть болезненным. Возможна субфебрильная лихорадка с повышением температуры до 38 °С. Так как лактостаз может осложниться развитием инфекционного процесса (мастит), необходимо принять скорейшие меры к его разрешению. Нельзя ограничивать или прекращать лактацию при развитии лактостаза – это повышает риск осложнений, в т. ч. абсцесса молочной железы [1, 3].

Основные правила борьбы с лактостазом: тепло, отдых, опорожнение груди. Необходимо более частое прикладывание ребенка к груди с обязательным полным ее опорожнением. Для снятия спазма протоков молочной железы можно сделать согревающий компресс. Если отмечается ухудшение состояния, необходимо обратиться к врачу для решения

вопроса о назначении антибактериальной терапии. Лечение данными антибактериальными препаратами не является противопоказанием для продолжения грудного вскармливания. Кормление ребенка грудью необходимо продолжить, т. к. грудное молоко способствует восстановлению нормальной флоры кишечника ребенка [1, 3].

Очень неприятные ощущения вызывают трещины сосков, которые могут образовываться в результате недостаточно хорошей подготовки молочных желез во время беременности, неправильной техники кормления, гиповитаминоза, общего ослабления организма женщины. Кроме того, трещины сосков – это входные ворота для инфекции, которая может вызвать мастит. Предупреждение образования трещин и ссадин сосков и их своевременное их лечение, предупреждение застоя молока являются средствами профилактики мастита.

Поскольку к трещинам сосков может приводить неправильный уход за грудью при кормлении, то необходимо соблюдать некоторые условия, которые помогут избежать этого явления:

- дородовая подготовка сосков – мягкий массаж, гидромассаж;
- дородовое обучение правильному прикладыванию ребенка к груди;
- в период лактации необходимо содержать грудь в чистоте – перед кормлением необходимо мыть молочную железу теплой водой и просушить мягким чистым полотенцем;
- не использовать для обеззараживания кожи соска спиртовых растворов, поскольку спирт сильно сушит кожу, а стерильность такой степени вовсе не требуется;
- необходимо подкладывать в бюстгальтер мягкие прокладки на область соска и регулярно их менять в случаях спонтанного выделения молока в промежутках между кормлениями, т. к. повышенная влажность может провоцировать повреждение кожи и развитие болезнетворных микробов;
- для смягчения пользоваться мазями или маслами, обладающими свойством потенцировать противовоспалительные процессы в коже [1, 6, 18].

Нежелательно применение масел и кремов на основании вазелина, растительного масла, т. к. они могут не только вызвать аллергию у ребенка, но и расстройство пищеварения. Смазывать грудь надо после кормления, тогда при следующем прикладывании ребенка к груди масло частично всосется в кожу, а частично смоеся водой (это же относится и ко всем лекарственным составам из рекомендованных ниже) [17–19].

В качестве средства, применяемого как для профилактики, так и для лечения трещин сосков, можно рекомендовать мазь Бепантен, содержащую декспантенол, который в клетках кожи быстро превращается в пантотеновую кислоту и действует как витамин, известный под названием витамин В5. Высокая безопасность и эффективность мази Бепантен подтверждены в ходе более чем 100 клинических исследований. Декспантенол, входящий в состав препарата Бепантен, имеет GRAS-статус (Generally Regarded as Safe), означающий международное признание его безопасности и разрешающий неограниченное использование в пищевой и фармацевтической промышленности, а также безопасное применение у детей с первых дней жизни [17–19].

Основным неактивным веществом мази является ланолин – полупроницаемое вещество, дающее выраженный защитный эффект, но не препятствующее газообмену. Ланолин проникает в роговой слой кожи и обеспечивает его гидратацию. Важно отметить, что ланолин разрешен Администрацией США по контролю пищевых и лекарственных продуктов для использования с целью ухода за грудью во время кормления [21].

Декспантенол быстрее, чем сама пантотеновая кислота, абсорбируется после наружного использования из кожи в клетки. Это является обоснованием целесообразности использования крема после обработки соска грудным молоком, т. к. он обеспечивает более быстрое проникновение пантотеновой кислоты в глубокие слои кожи. Кроме того, пантотеновая кислота является компонентом коэнзима А (CoA). В этой форме ацетилкоэнзим А (CoA) играет центральную роль в метаболизме каждой клетки.

Таким образом, два компонента обеспечивают двойной защитный эффект мази Бепантен: ланолин защищает верхние слои эпидермиса, т. к. он по строению сходен с секретами сальных желез и проникает в верхние слои роговой оболочки кожи, а декспантенол усиливает защитные свойства внутренних слоев кожи, стимулируя клетки, которые образуют роговой слой в процессе кератизации.

Своевременное использование Бепантена поможет предотвратить целый ряд проблем, возникающих при грудном вскармливании, и создать условия для полноценного питания для ребенка.

Кормящей матери следует напоминать, что слишком частое мытье сосков (чаще одного раза в день) удаляет защитную пленку и провоцирует появление трещин. А также, учитывая состав препарата, нет необходимости в обязательном смывании мази Бепантен перед кормлением.

Грудное молоко – золотой стандарт питания новорожденного и грудного ребенка.

Со времени представления Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и ЮНИСЕФ Декларации «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания» (1989) и инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» (1991) достигнуты значительные успехи в распространении грудного вскармливания. В России при активном участии ученых, нутрициологов, педиатров, поддержке организаторов здравоохранения создана нормативно-правовая база, обеспечивающая распространение инициативы ВОЗ и ЮНИСЕФ. Издана методическая и учебная литература, созданы курсы по обучению, горячие линии по поддержке грудного вскармливания [7, 9, 12].

В научно-практической программе «Оптимизация вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» запланированы мероприятия по распространению грудного вскармливания, адресная помощь беременным женщинам, кормящим матерям и детям первых 3 лет жизни. Один из ожидаемых результатов данной программы – увеличение распространенности грудного вскармливания в России на 30% [9, 10].



Полный список литературы вы можете запросить в редакции.