

# ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 612.664.31

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТОРМОЖЕНИЯ ЛАКТАЦИИ

*М.В. Майоров*

Женская консультация медсанчасти № 2  
Харьковского завода тракторных двигателей

Лактация – является сложным нейрогуморальным процессом, в регуляции которого центральная роль принадлежит гипоталамусу и гипофизу.

Общеизвестно огромное значение лактации, однако в ряде случаев необходимо ее предупреждение, снижение и даже полное прекращение. Такие показания могут возникнуть в послеродовом периоде (нагрубание молочных желез, различные клинические формы лактационного мастита, мертворождение, тяжелое состояние родильницы, при котором кормление грудью нежелательно или противопоказано), а также после аборт, преимущественно больших сроков. Иногда приходится прибегать к профилактическому подавлению лактации. В повседневной практике также нередко встречается необходимость прекращения лактации при отлучении ребенка от груди в связи с переходом на искусственное вскармливание по тем или иным показаниям.

Согласно данным Б.Л. Гуртового (1981), при мастите в ряде случаев следует прибегать к подавлению, реже – к торможению лактации. Показаниями к подавлению лактации у больных с маститами при тяжелом течении и резистентности к проводимой терапии являются:

а) быстро прогрессирующий процесс - переход серозной стадии в инфильтративную в течение 1-3 дней, несмотря на активное комплексное лечение;

б) гнойный мастит с тенденцией к образованию новых очагов после хирургического вмешательства;

в) вялотекущий, резистентный к терапии гнойный мастит (после оперативного лечения);

г) флегмонозный и гангренозный мастит;

д) мастит при наличии заболеваний других органов и систем.

Вопрос с подавлением лактации следует решать индивидуально, естественно при наличии согласия больной.

Многие методы подавления лактации недостаточно эффективны и представляют в основном исторический интерес: значительное ограничение приема жидкости, тугое бинтование, пузырь со льдом на пораженную молочную железу, назначение солевых слабительных (сульфат магния, глауберова соль) и мочегонных средств (гипотиазид, урегит по 50 мг, фуросемид, бринальдикс по 40 мг ежедневно в первой половине дня в течение 2-3 дней), препаратов камфары (камфара тертая - по 0,3 мг или бромкамфара по 0,25 мг три раза в день, подкожное введение камфары 20 % по 2 мл два раза в сутки или внутримышечное - сульфокамфокаина 10 % по 2 мл в течение 7-10 дней). Э.К. Айламазян (1985) в целях подавления лактации рекомендует эндоназальный электрофорез пиридоксина (витамина В<sub>6</sub>) в течение 2-3 дней.

Подавляющий лактацию эффект имеет и препарат леводопа (L-дофа), обладающий дофаминергической активностью. Его назначают в капсулах по 0,5 два раза в сутки в течение 10 дней. Нередко отмечается непереносимость: тошнота, рвота, потеря аппетита, головная боль, гипергидроз, ортостатическая гипертензия, аритмии и др. Не рекомендуется прием леводола при эндокринных заболеваниях, гипертонической болезни, болезнях печени, почек, сердечно-сосудистой системы.

Современные методы подавления лактации значительно эффективнее, не требуют ограничения приема жидкости больными, нет необходимости в тугом бинтовании молочных желез.

Широко используется введение эстрогенных препаратов, например, синестрола. Для уменьшения лактации синестрол назначают внутрь по 0,001 мг два раза в день или по 1 мл 0,1 % раствора внутримышечно один раз в день, 2 дня подряд, а для полного подавления лактации - по 0,002 - 0,003 мг два раза в день или по 1 мл 0,1 % раствора внутримышечно 2 раза

в день в течение 5-7 дней. Ранее применялось введение больших доз эстрогенов, например, синестрол 2 % (двухпроцентный) по 0,5 мл внутримышечно, 5-6 инъекций на курс. Более целесообразно применение синтетического эстрогенного препарата микрофоллина (этинилэстрадиола). В целях устранения нежелательной лактации в течение первых 3 дней после родов (аборта) его назначают по 0,02 мг 3 раза в день, затем в течение последующих 3 дней по 0,01 мг 3 раза в день, далее в течение 3 дней по 0,01 мг в день. В качестве побочных явлений эстрогенотерапии отмечается головная боль, тошнота, рвота. Б.Л.Гуртовой (1981) рекомендует комбинированное применение эстрогенов и андрогенов: 1 мл 0,1 % масляного раствора эстрадиола дипропионата и 0,5 мл 5 % масляного раствора тестостерона пропионата вводят внутримышечно в одном шприце один раз в сутки или через день, 6-12 инъекций на курс.

Эстрогенное (и эстроген-андрогенное) подавление лактации противопоказано при гиперпластических процессах в молочной железе, опухолевых процессах гениталий, нарушениях менструального цикла в анамнезе, вирильном синдроме и гирсутизме, ряде экстрагенитальных заболеваний (гипертоническая болезнь, выраженное варикозное расширение вен, тромбоз флебит, сахарный диабет, болезни печени, почек).

Среди методов подавления лактации, применяемых в последнее время, следует отметить гестагенный препарат норколут (норэтистерон). Противопоказания и побочные действия такие же, как при применении эстрогенов, однако последние встречаются гораздо реже и менее выражены.

В целях **предупреждения лактации** после родов (аборта) норколут применяют по схеме (см. табл.).

Для **прекращения лактации** норколут принимают: с 1-го по 3-й день в суточной дозе 20 мг (4 табл.), с 4-го по 7-й день - 15 мг (3 табл.)

и с 8-го по 10-й день в суточной дозе 10 мг (2 табл.). В случае отсутствия норколута допускается применение в адекватных дозах других гестагенов: туринала, ацетомепрегенола, оргаметрила, примолюта-нор и др.

Наиболее целесообразным и рациональным в настоящее время является применение средств, стимулирующих выработку в гипоталамусе пролактинингибирующего фактора - 2-Вг- $\alpha$ -эргокриптина (препараты бромокриптин, парлодел). Для предупреждения физиологической лактации бромокриптин назначают в суточной дозе 5 мг (по 1 таблетке 2 раза в день) в течение 14 дней во время еды. Прием препарата следует начинать как можно раньше после родов или аборта, но не ранее, чем через 4 часа. Через 2-3 дня после отмены препарата может появиться небольшое выделение молока, в этом случае возобновляют прием бромокриптина в той же дозе в течение недели.

В целях уменьшения физиологической лактации при возникшем нагрубании молочных желез в послеродовом периоде бромокриптин назначают однократно в дозе 2,5 мг (1 табл.). В случае необходимости спустя 6-12 часов повторно назначают ту же дозу препарата натошак, но так, чтобы не подавить выделение молока. При возникновении мастита в послеродовом периоде бромокриптин назначают так же, как и для предупреждения физиологической лактации. Одновременно применяют соответствующее комплексное лечение мастита. В начале терапии бромокриптином могут иметь место следующие побочные явления: тошнота, рвота, головная боль, головокружение, утомляемость. Это не требует обязательной отмены препарата, а для устранения головокружения и тошноты рекомендуется за один час до приема препарата принять противорвотное средство (церукал). В редких случаях отмечается ортостатическая гипотония. Применение бромокриптина противопоказано при тяжелых формах сердечно-сосудистых заболеваний, неконтролируемой артериальной

**Таблица**

Срок прерывания беременности	Дозировка норколута		
	1-й день	2-3 день	4-7 день
16 - 28 недель	15 мг/сут (3 табл.)	10 мг/сут (2 табл.)	5 мг/сут (1 табл.)
Свыше 28 недель	15 мг/сут (3 табл.)	10 мг/сут (2 табл.)	10 мг/сут (2 табл.)

гипертонии, повышенной чувствительности к алкалоидам спорыньи.

Следует помнить об уменьшении эффективности бромкриптина при совместном применении с бутирофенонами и фенотиазиновыми производными. Необходимо регулярно контролировать артериальное давление, особенно в первую неделю терапии. В случае развития артериальной гипертензии, особенно при появлении сильных головных болей, препарат отменяют и немедленно проводят соответствующее обследование. Не допускается прием бромкриптина одновременно с другими производными алкалоидов спорыньи.

Рациональное применение современных методов торможения лактации позволяет обеспечить при имеющихся показаниях эффективный лактостаз, а также значительно улучшить результаты лечения маститов.

#### Литература

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Л.: Медицина, 1985.
2. Ба Й. Торможение лактации таблеткой Бромкриптин-Рихтер // Magyar Belorv. Arch. - 1991. - 44 Suppl. - 1-4/
3. Гуртовой Б.Л., Серов В.Н., Макацария А.Д. Гнойно-септические осложнения в акушерстве. - М.: Медицина, 1981.
4. Каршаи К. Применение таблеток Бромкриптин-Рихтер для аблактации и терапии по разным показаниям. - 1992.
5. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. - М.: Медицина, 1989.
6. Шамбах Х. Гормонотерапия: Пер. с нем. - М.: Медицина, 1988.