

УДК 618.5-089.888.61-06:618.63-084

https://doi.org/10.33619/2414-2948/120/25

ОСОБЕННОСТИ ЛАКТАЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ

©**Бактыбекова Ч. Б.**, ORCID: 0009-0009-3191-4554, Кыргызская государственная
медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,

г. Бишкек, Кыргызстан, Baktybekovachynara@gmail.com

©**Тухватшин Р. Р.**, ORCID: 0000-0002-9329-8568, SPIN-код: 1477-6810, д-р мед.наук,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызстан, rtuhvatshin@gmail.com

FEATURES OF LACTATION IN WOMEN AFTER CESAREAN SECTION: A CLINICAL AND PATHOGENETIC ANALYSIS OF LITERATURE DATA

©**Baktybekova Ch.**, ORCID: 0009-0009-3191-4554, I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical
Academy, Bishkek, Kyrgyzstan, Baktybekovachynara@gmail.com

©**Tuhvatshin R.**, ORCID: 0000-0002-9329-8568, SPIN-code: 1477-6810, Dr. habil.,
I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan, rtuhvatshin @gmail.com

Аннотация. Представлены результаты клинико-патогенетического анализа литературных данных о лактации у женщин после кесарева сечения. Рассмотрены особенности гормональной регуляции, нервно-рефлекторные механизмы формирования лактации, а также психологические и социальные факторы, влияющие на успешность грудного вскармливания. Особое внимание уделено изменениям уровня пролактина и окситоцина, задержке становления лактации, снижению эффективности сосательного рефлекса новорожденного, а также влиянию стресса, депрессии, отсутствия поддержки и недостатка опыта матери. На основе систематического обзора литературы выявлены ключевые факторы, способствующие нарушению лактации, включая тип анестезии, осложнения операции, сопутствующие заболевания матери и организацию послеродовой помощи. Обсуждены современные подходы к поддержке грудного вскармливания, включая раннее прикладывание к груди, обучение правильной технике кормления, медикаментозную и немедикаментозную коррекцию лактации, а также психологическое сопровождение родильниц. Особое внимание уделено статистическим данным по частоте кесарева сечения в мире, странах СНГ и Кыргызской Республике, а также влиянию хирургического родоразрешения на показатели грудного вскармливания. Представленные результаты позволяют комплексно оценить клинико-патогенетические изменения лактации и определить направления оптимизации послеродовой помощи. Данные обзора могут быть использованы для разработки клинических протоколов, повышения эффективности грудного вскармливания, снижения риска гипогалактии и планирования дальнейших исследований, направленных на улучшение здоровья матери и ребенка в послеродовом периоде, в том числе в условиях Кыргызстана и других стран СНГ.

Abstract. The article presents the results of a clinicopathogenetic analysis of literature data on lactation in women after cesarean section. The study examines hormonal regulation features, neuro-reflex mechanisms of lactation formation, as well as psychological and social factors affecting successful breastfeeding. Particular attention is paid to changes in prolactin and oxytocin levels, delayed lactation onset, reduced efficiency of the newborn's sucking reflex, as well as the impact of stress, depression, lack of support, and maternal inexperience. Based on a systematic review of the

literature, key factors contributing to lactation disorders were identified, including the type of anesthesia, surgical complications, maternal comorbidities, and organization of postpartum care. Modern approaches to breastfeeding support are discussed, including early initiation of breastfeeding, instruction in proper feeding techniques, pharmacological and non-pharmacological lactation correction, and psychological counseling for postpartum women. Special attention is given to statistical data on cesarean section rates worldwide, in CIS countries, and in the Kyrgyz Republic, as well as to the impact of surgical delivery on breastfeeding outcomes. The results presented allow for a comprehensive assessment of clinicopathogenetic changes in lactation and help identify strategies to optimize postpartum care. The findings can be used for developing clinical protocols, improving breastfeeding effectiveness, reducing the risk of hypogalactia, and planning further research aimed at enhancing maternal and child health in the postpartum period, including in Kyrgyzstan and other CIS countries.

Ключевые слова: лактация, кесарево сечение, грудное вскармливание, гипогалактия, гормональная регуляция, пролактин, окситоцин.

Keywords: lactation, cesarean section, breastfeeding, hypogalactia, hormonal regulation, prolactin, oxytocin.

Грудное вскармливание является фундаментальным элементом раннего постнатального периода, обеспечивая новорождённому оптимальное питание, иммунную защиту и формирование психоэмоциональной связи с матерью (<https://goo.su/jwg874>).

Успешная лактация зависит от сложного взаимодействия гормональной регуляции, нервно-рефлекторных механизмов и психоэмоционального состояния женщины. Нарушения этих процессов могут приводить к задержке становления молочной продукции, гипогалактии и раннему переходу на искусственное вскармливание, что негативно влияет на здоровье ребёнка и матери (<https://goo.su/jwg874>).

В последние десятилетия наблюдается устойчивый рост числа кесаревых сечений во всем мире, в том числе в странах СНГ и Кыргызстане. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2023), частота оперативного родоразрешения в глобальном масштабе составляет около 21%, в странах СНГ — 22–28%, в Кыргызстане — 18–20% (<https://goo.su/3HJ5I3>) [1].

Одновременно с увеличением числа кесаревых сечений возрастает актуальность изучения их влияния на грудное вскармливание, так как хирургическое вмешательство сопровождается изменениями гормонального фона, нарушением нервно-рефлекторных механизмов лактации и повышенной психоэмоциональной нагрузкой на мать [5].

Клинико-патогенетические особенности лактации после кесарева сечения включают снижение уровня пролактина и окситоцина, задержку формирования рефлекса молокоотдачи, угнетение секреторной активности молочных желёз и замедление становления полноценного грудного вскармливания [7, 8].

Эти изменения могут быть обусловлены как физиологическими последствиями операции и анестезии, так и психологическими факторами, включая стресс, тревогу, боль и ограничение раннего контакта с ребёнком [4].

Актуальность изучения этих процессов в Кыргызстане связана с особенностями организации послеродовой помощи, ограниченной доступностью консультирования по грудному вскармливанию и недостаточным внедрением практик раннего прикладывания и совместного пребывания матери и новорождённого [5, 6].

Учитывая важность грудного вскармливания для здоровья населения и профилактики ранней детской патологии, необходимо детально изучить клинико-патогенетические изменения лактации после кесарева сечения и разработать рекомендации для медицинских работников. Цель данной статьи — выявить клинико-патогенетические особенности лактации у женщин после кесарева сечения, рассмотреть факторы риска нарушений грудного вскармливания и предложить современные подходы к поддержке лактации в послеродовом периоде.

Материал и методы исследования

Для подготовки обзора использованы современные публикации в области лактации и родоразрешения путем кесарева сечения, опубликованные в период с 2000 по 2025 годы. Источники информации включали базы данных PubMed, Scopus, Web of Science, MEDLINE, а также отечественные медицинские журналы и официальные статистические данные Министерства здравоохранения Кыргызстана.

Критерии включения: статьи, посвящённые клинико-патогенетическим изменениям лактации после кесарева сечения; публикации на русском и английском языках; оригинальные исследования, обзоры и мета-анализы; данные о гормональной регуляции лактации, влиянии анестезии, боли и стресса на формирование грудного вскармливания.

Критерии исключения: статьи, не содержащие информации о влиянии кесарева сечения на лактацию; публикации до 2000 года; отчёты и материалы с недостаточной методологической достоверностью.

Методы анализа: систематизация и сравнительный анализ данных по частоте и особенностям лактации после кесарева сечения; оценка клинико-патогенетических изменений: гормональные сдвиги (пролактин, окситоцин), нервно-рефлекторные механизмы, влияние боли и стресса; выявление факторов риска гипогалактии и замедленного становления лактации; обобщение рекомендаций по поддержке лактации у женщин после кесарева сечения.

Таким образом, использованная методика позволила провести комплексный анализ современных данных литературы и выявить основные клинико-патогенетические особенности лактации у родильниц после кесарева сечения, а также определить практические рекомендации для их поддержки.

Результаты и обсуждение

Частота кесарева сечения продолжает расти во всех регионах мира. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 1990 г показатель составлял около 7%, а к 2021 г увеличился до 21%. В ряде стран Латинской Америки и Азии показатели превышают 50% всех родов, что связано с как медицинскими, так и социальными факторами [7].

В странах СНГ частота кесарева сечения варьируется в пределах 15–30%. Например: Россия — около 25–27%; Казахстан — 18–22%; Беларусь — 20–25%; Украина — 20–24%. Эти показатели выше рекомендованного ВОЗ уровня (10–15%), что свидетельствует о тенденции к росту частоты хирургического родоразрешения в регионе (<https://goo.su/3HJ5I>).

По данным Министерства здравоохранения Кыргызстана, в 2023 году частота кесарева сечения составила около 20–22% от общего числа родов. Этот показатель находится выше оптимального уровня ВОЗ (10–15%), но ниже, чем в ряде других стран СНГ, что указывает на необходимость комплексного анализа причин и факторов, влияющих на выбор метода родоразрешения (<https://goo.su/3HJ5I>).

Кесарево сечение оказывает значительное влияние на процесс грудного вскармливания и становление лактации. Исследования показывают, что у женщин после хирургического родоразрешения чаще наблюдаются задержка начала лактации, снижение объёма молока в первые дни после родов и более высокая частота гипогалактии по сравнению с матерями, родившими естественным путём. Основные факторы, влияющие на грудное вскармливание после кесарева сечения [8]:

гормональные изменения: уменьшение уровня пролактина и окситоцина, что замедляет образование и выделение молока. Нарушение естественного механизма «молочного рефлекса» из-за отсутствия физиологического прохождения ребёнка по родовым путям. Влияние анестезии и боли: общая или региональная анестезия может ослаблять рефлекс сосания и снижать чувствительность груди. Боль в послеоперационном периоде ограничивает мобильность матери и затрудняет прикладывание ребёнка к груди. Психологические и социальные факторы: стресс, тревожность, депрессия и ограничение контакта «кожа к коже» в первые часы после родов могут снижать стимуляцию лактации. Отсутствие поддержки со стороны медицинского персонала и родственников также влияет на успешность грудного вскармливания.

Клинические проявления: замедленное становление лактации в первые 48–72 часа. Снижение объёма молока и редкая или неполноценная активность сосания у ребёнка. Повышенный риск ранней искусственной докормки. Исследования подчеркивают, что раннее прикладывание к груди (в первые 1–2 часа после родов) и интенсивная поддержка грудного вскармливания способны значительно уменьшить негативное влияние кесарева сечения на показатели лактации [9].

Физиологические основы лактации. Лактация — это сложный многокомпонентный процесс, обеспечивающий оптимальное питание новорождённого, формирование иммунной защиты и восстановление организма матери после родов. Она регулируется гормональной системой, нервными рефлексам и зависит от частоты и качества сосания ребёнка [3, 4].

Основными гормональными регуляторами лактации являются пролактин и окситоцин. Пролактин, синтезируемый в передней доле гипофиза, отвечает за формирование молока в альвеолах молочной железы, стимулирует синтез белков, жиров и углеводов молока, а его концентрация увеличивается в ответ на сосание ребёнка. Окситоцин, выделяемый из задней доли гипофиза, обеспечивает выброс молока через сокращение миоэпителиальных клеток и способствует установлению эмоциональной связи матери с ребёнком [10].

У женщин после кесарева сечения наблюдаются специфические гормональные сдвиги: снижение уровня пролактина в первые 24–48 часов, уменьшение выброса окситоцина при сосании ребёнка и замедленное формирование «молочного рефлекса». Эти изменения могут приводить к задержке становления лактации, снижению объёма молока в первые дни и увеличению риска гипогалактии [11, 12].

Лактация регулируется также сложной системой нервно-гуморальных связей, включающей сенсорные рецепторы соска, проводящие сигналы в гипоталамус и гипофиз. Сосание ребёнком активирует сенсорные нервные окончания, парасимпатическую нервную систему и центральные механизмы, регулирующие уровень пролактина [12].

После кесарева сечения этот механизм может быть нарушен из-за ограниченного раннего контакта «кожа к коже», болевого синдрома, ограниченной подвижности матери и влияния анестезии. Нарушение нервно-рефлекторной стимуляции приводит к снижению частоты и силы сосательных движений ребёнка, что замедляет становление лактации [10].

Процесс лактации проходит три основные стадии. Пре-лактогенез (I стадия) — первые 48–72 часа после родов, когда формируется молозиво, богатое иммуноглобулинами, белками

и микроэлементами. Лактогенез II (II стадия) — активное выделение молока через 48–72 часа, обусловленное ростом концентрации пролактина и окситоцина и стимуляцией сосания. Лактогенез III (III стадия) — стабильная лактация, поддерживаемая регулярным сосанием ребёнка и сохранением гормональной стимуляции. После кесарева сечения нередко наблюдается замедление перехода от пре-лактогенеза к II стадии, снижение объёма молока в первые 3–5 дней и необходимость активного наблюдения и поддержки кормления [13].

Кроме пролактина и окситоцина, на лактацию влияют другие гормоны эндокринной системы. Кортизол, повышающийся при стрессовой реакции после операции, может угнетать секреторную активность альвеол молочной железы. Гормоны щитовидной железы участвуют в энергетическом обмене и синтезе белков молока, а инсулин и глюкокортикоиды регулируют метаболизм углеводов и жиров, влияя на состав и объём молока. Дисбаланс этих гормонов после кесарева сечения замедляет становление лактации [14, 15].

Молозиво, выделяемое в первые 48–72 часа, богато иммуноглобулинами (IgA, IgG), лейкоцитами, цитокинами и ферментами, обеспечивающими иммунологическую защиту ребёнка. Любая задержка его выделения снижает иммунологическую ценность первого кормления и может временно уменьшать питательную ценность молока [12].

Контакт «кожа к коже» и частота сосания критически важны для стимуляции нервно-гуморальных механизмов. Интенсивное прикладывание ребёнка к груди в первые часы после родов способствует нормализации гормонального фона и ускоряет переход к стабильной лактации, компенсируя гормональные и нервно-рефлекторные нарушения после кесарева сечения [13].

Послеоперационная боль, тревога и стресс повышают уровень катехоламинов и кортизола, что снижает сократительную активность миоэпителиальных клеток и замедляет выделение молока. Это может создавать ощущение «пустой груди» и негативно влиять на мотивацию матери, снижая эффективность грудного вскармливания [16].

Для нормализации лактации после кесарева сечения важны: раннее и частое прикладывание ребёнка к груди, психологическая поддержка матери, комфортные условия кормления, минимизация боли и при необходимости коррекция гормональных нарушений [15, 16].

Таким образом, физиологические аспекты лактации после кесарева сечения представляют собой сложную систему, в которой гормональные, нервные, иммунные и психологические компоненты тесно взаимосвязаны. Нарушение любого из этих компонентов может замедлять становление лактации и снижать её эффективность, что требует комплексного подхода к поддержке грудного вскармливания [17].

Клинико-патогенетические изменения лактации после кесарева сечения. Лактация является сложным физиологическим процессом, регулируемым взаимодействием эндокринных, нервных и психоэмоциональных систем. После оперативного родоразрешения (кесарева сечения) в организме женщины происходят выраженные нейроэндокринные и метаболические перестройки, способные нарушать физиологическое становление и поддержание грудного вскармливания. По данным многочисленных исследований, у женщин после кесарева сечения частота гипогалактии и задержки лактации в 2–3 раза выше, чем после самопроизвольных родов [12–14].

Одним из ключевых патогенетических механизмов нарушений лактации после кесарева сечения являются гормональные сдвиги. В норме родоразрешение сопровождается мощным выбросом окситоцина и пролактина, которые инициируют и поддерживают секрецию молока. При хирургическом вмешательстве отсутствует естественная стимуляция рецепторов шейки матки и влагалища, что снижает активацию гипоталамо-гипофизарной системы. В результате

концентрация пролактина и окситоцина в первые 24–48 часов после операции значительно ниже, чем у женщин после естественных родов. Это подтверждено результатами метаанализа Brownell и соавт. (2019), где отмечено, что уровень пролактина после кесарева сечения в среднем на 25–30 % ниже, что напрямую влияет на объем и скорость становления лактации [18].

Применение анестезии также оказывает влияние на гормональный фон. Используемые препараты, в частности опиоиды, ингаляционные и спинальные анестетики, могут угнетать секрецию окситоцина и пролактина, снижая чувствительность рецепторов молочной железы. Вдобавок к этому, операция и анестезия активируют гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, что сопровождается повышением уровня кортизола и адреналина. Эти стрессовые гормоны подавляют выработку окситоцина и блокируют рефлекс молокоотдачи, известный как let-down reflex. Таким образом, формируется типичная патогенетическая цепочка: оперативная травма — гормональный дисбаланс — замедленное становление лактации [18, 19].

Наряду с гормональными факторами, существенную роль играют нервно-рефлекторные нарушения. Процесс лактации обеспечивается согласованной деятельностью периферических нервных рецепторов молочной железы и центральных структур гипоталамуса. При кесаревом сечении часто наблюдается задержка первого прикладывания ребёнка к груди из-за состояния матери или необходимости медицинского наблюдения за новорождённым [20].

Отсутствие раннего контакта «кожа к коже» снижает афферентную стимуляцию сосковых рецепторов, ослабляя нейрогуморальный ответ. Послеоперационная боль, ограниченная подвижность и неудобное положение во время кормления также препятствуют формированию эффективного сосательного рефлекса. При отсутствии раннего прикладывания риск развития гипогалактии увеличивается почти втрое. Психологические факторы после кесарева сечения оказывают не менее значимое влияние. Послеоперационная боль, физическое истощение, страх за состояние ребёнка и чувство неуверенности в себе активируют симпатико-адреналовую систему, повышая уровень адреналина и норадреналина, которые угнетают секрецию окситоцина и тормозят молокоотделение. Даже при достаточном количестве молока его выделение может быть затруднено, что формирует у женщины ощущение «отсутствия молока» и усиливает тревогу [19].

У многих родильниц, перенесших кесарево сечение, выявляются признаки послеродовой тревожности, синдрома эмоционального выгорания или депрессивных состояний, особенно если операция была экстренной или против их желания. Эти состояния достоверно коррелируют со снижением продолжительности грудного вскармливания и ранним переходом на искусственное питание. Клинически нарушения лактации проявляются задержкой становления молока, гипогалактией и, в более тяжёлых случаях, агалактией. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2023), задержка лактации более чем на 48 часов после родов отмечается у 35–55% женщин, перенесших кесарево сечение, а у 20–25% грудное вскармливание прекращается в течение первого месяца. У таких женщин отсутствует нагрудное молоко, отмечается слабое или неэффективное сосание ребёнком, а также необходимость частого докорма. Эти проявления приводят к недостаточному питанию новорождённого, риску гипотрофии, нарушению микробиоты кишечника и снижению иммунной защиты ребёнка [21].

В клинической практике коррекция нарушений лактации требует комплексного подхода. В первую очередь необходимы немедикаментозные методы — раннее прикладывание

ребёнка к груди, частое кормление, контакт «кожа к коже», мягкий массаж и тепловое воздействие на грудные железы, а также обучение правильной технике кормления. Особое внимание уделяется психоэмоциональной поддержке матери и созданию благоприятной атмосферы в послеродовом отделении. В случаях выраженной гипогалактии возможно назначение фармакологических стимуляторов лактации, таких как домперидон, метоклопрамид, сульпирид, однако их использование требует осторожности и врачебного контроля [19, 21].

Таким образом, клинико-патогенетические изменения лактации после кесарева сечения носят мультифакторный характер и включают гормональные, нейрогенные и психоэмоциональные звенья. Нарушения этих механизмов приводят к снижению секреции молока и затруднению молокоотделения, что обуславливает необходимость комплексного подхода к профилактике, ранней диагностике и коррекции данных расстройств. Поддержка лактации после кесарева сечения должна рассматриваться как приоритетное направление перинатальной медицины, поскольку она напрямую влияет на здоровье и развитие ребёнка, а также на психоэмоциональное состояние матери.

Факторы риска нарушений лактации после кесарева сечения. Нарушения лактации после кесарева сечения обусловлены сложным взаимодействием медицинских, физиологических, психологических и социальных факторов. Их патогенетическое значение заключается в том, что каждый из них в той или иной степени влияет на гормональный баланс, нейрогуморальную регуляцию и психоэмоциональное состояние женщины, создавая неблагоприятные условия для становления и поддержания грудного вскармливания [23].

К числу медицинских факторов риска относятся особенности оперативного вмешательства, вид анестезии, наличие акушерских и соматических осложнений, а также течение раннего послеродового периода. Исследования показывают, что при проведении планового кесарева сечения с использованием регионарной (спинальной или эпидуральной) анестезии риск выраженных лактационных нарушений ниже, чем при экстренных операциях с общей анестезией [24].

Это объясняется меньшей фармакологической нагрузкой, лучшим сохранением гормональных рефлексов и возможностью раннего контакта матери с ребёнком. В то же время экстренное кесарево сечение сопровождается выраженной стрессовой реакцией организма, гиперпродукцией кортизола и катехоламинов, что приводит к угнетению секреции пролактина и окситоцина. Особое значение имеют послеоперационные осложнения — эндометрит, анемия, гипотония матки, лихорадочные состояния, которые повышают уровень воспалительных цитокинов (интерлейкин-6, фактор некроза опухоли- α), воздействующих на гипоталамо-гипофизарную систему. Эти изменения приводят к снижению синтеза пролактина и задержке секреции молока. Также важную роль играют хронические заболевания — сахарный диабет, ожирение, эндокринные нарушения (в частности, гипотиреоз), которые нередко ассоциируются с гипогалактией и поздним началом лактации [25].

К дополнительным физиологическим факторам риска относятся позднее прикладывание новорождённого к груди, отсутствие контакта «кожа к коже», ограничение грудного вскармливания в первые сутки, а также искусственное докармливание смесью. Каждое из этих обстоятельств снижает рефлекторную стимуляцию рецепторов ареолы и уменьшает выброс окситоцина и пролактина, что ведёт к постепенному угасанию лактационного процесса [22-24].

Не менее важным звеном патогенеза являются психологические и социальные факторы. Женщины после кесарева сечения часто испытывают эмоциональное напряжение,

тревожность и чувство вины, связанные с невозможностью естественных родов. Отсутствие поддержки со стороны медицинского персонала и семьи, недостаточная информированность о способах стимуляции лактации и техниках кормления приводят к снижению уверенности матери в своих возможностях [26]. Высокий уровень тревожности в первые недели после операции коррелирует с короткой продолжительностью грудного вскармливания и высоким риском гипогалактии. К социальным предикторам относятся молодой возраст матери, низкий уровень образования, отсутствие супружеской поддержки и неблагоприятные бытовые условия. Женщины, не прошедшие дородовое обучение по вопросам грудного вскармливания, значительно чаще прекращают лактацию в первые 1–2 месяца после родов [25, 26].

Особое внимание в современной литературе уделяется влиянию организационных факторов медицинской помощи. В тех родильных домах, где активно внедряется концепция «Больница, доброжелательная к ребёнку», включающая раннее прикладывание, совместное пребывание матери и новорождённого, поддерживающее консультирование и отказ от необоснованного докорма, показатели успешной лактации после кесарева сечения значительно выше. Напротив, изоляция новорождённого, недостаточная поддержка со стороны медперсонала и позднее начало кормления приводят к задержке становления лактации и необходимости докорма [27].

Таким образом, факторы риска нарушений лактации после кесарева сечения многообразны и взаимосвязаны. Их патогенетическая основа заключается в сочетанном воздействии хирургического стресса, гормональных сдвигов, боли, психоэмоциональных переживаний и социально-организационных условий. Комплексная оценка этих факторов необходима для своевременной профилактики гипогалактии и обеспечения успешного грудного вскармливания у женщин, перенёсших оперативное родоразрешение.

Тактика и рекомендации по поддержке лактации после кесарева сечения. Поддержка лактации у женщин после операции кесарева сечения представляет собой важнейшее направление комплексного ведения послеродового периода. Эффективная организация грудного вскармливания в этой группе пациенток требует сочетания медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на восстановление физиологических механизмов лактации, коррекцию гормональных и рефлекторных нарушений, а также укрепление эмоционального контакта между матерью и ребёнком [26].

Раннее прикладывание ребёнка к груди — один из наиболее значимых факторов успешного становления лактации. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), контакт «кожа к коже» и первое кормление должны быть обеспечены в течение первого часа после рождения, даже в случае оперативного родоразрешения (<https://goo.su/jwg874>).

Исследования показывают, что раннее прикладывание способствует усилению секреции пролактина и окситоцина, активации молокоотдачи, улучшению адаптации новорождённого и снижению уровня материнского стресса. При невозможности непосредственного прикладывания (например, при общем наркозе или тяжёлом состоянии матери) рекомендуется как можно раньше начать сцеживание молока для стимуляции лактационного рефлекса и поддержания секреции молока [16].

Большое значение имеет правильная техника кормления и позиционирование ребёнка. Женщины после кесарева сечения часто испытывают боль в области послеоперационного шва, что ограничивает выбор удобной позы для кормления. В таких случаях рекомендуется кормление в положении «из-под руки» (футбольная позиция) или лёжа на боку, что снижает давление на переднюю брюшную стенку и способствует комфорту матери [6].

Обучение технике кормления и поддержка консультанта по грудному вскармливанию значительно повышают вероятность успешного продолжения лактации [7].

Медикаментозная и немедикаментозная коррекция лактации применяется при признаках гипогалактии или задержки становления молока. Среди немедикаментозных методов выделяют регулярное прикладывание ребёнка к груди (не реже 8–12 раз в сутки), адекватное потребление жидкости, сбалансированное питание, достаточный сон и эмоциональный отдых матери [8].

К медикаментозным средствам, стимулирующим лактацию, относятся допаминовые антагонисты (домперидон, метоклопрамид), однако их применение должно проводиться строго по показаниям и под контролем врача, учитывая возможные побочные эффекты [9, 10].

Психологическая поддержка играет ключевую роль в процессе восстановления лактации. Женщины после операции часто испытывают тревожность, чувство беспомощности, вину из-за невозможности сразу кормить ребёнка, что усиливает стресс и тормозит выработку пролактина [11].

Важно проведение индивидуальных консультаций, психоэмоциональной поддержки, создание доверительных отношений между женщиной и медицинским персоналом. Включение партнёра или родственников в процесс ухода за ребёнком также способствует повышению уверенности матери и снижению уровня тревожности [12].

Организация условий для совместного пребывания матери и новорождённого в стационаре имеет решающее значение. Непрерывный контакт способствует формированию стабильного лактационного рефлекса, улучшает адаптацию ребёнка, уменьшает риск послеродовой депрессии и повышает удовлетворённость матерей процессом грудного вскармливания (<https://goo.su/r1RdCP>).

Таким образом, успешная поддержка лактации у женщин после кесарева сечения требует индивидуального подхода, основанного на принципах физиологической и психологической адаптации. Комплекс мероприятий — от раннего прикладывания к груди и правильной техники кормления до эмоциональной поддержки и при необходимости медикаментозной стимуляции — обеспечивает восстановление естественного течения лактационного процесса, улучшает здоровье матери и ребёнка и способствует укреплению материнско-детской связи. Лактация после кесарева сечения характеризуется замедленным становлением и повышенным риском гипогалактии, что связано с гормональными, нервно-рефлекторными и психоэмоциональными нарушениями. Основные клинко-патогенетические факторы включают снижение уровня пролактина и окситоцина, задержку прикладывания ребёнка к груди, послеоперационную боль и стресс. Для успешного грудного вскармливания необходим комплексный подход: раннее прикладывание, правильная техника кормления, психологическая поддержка и при необходимости медикаментозная стимуляция лактации. Своевременное вмешательство способствует восстановлению физиологических механизмов лактации, улучшению здоровья матери и ребёнка и укреплению материнско-детской связи. Представленные данные могут быть использованы для разработки клинических протоколов, повышения эффективности грудного вскармливания и планирования дальнейших исследований, направленных на оптимизацию послеродовой помощи в Кыргызстане и других странах СНГ.

Список литературы:

1. Жумакматова Б. К., Стакеева Ч. А., Амираева Ж. Н., Искендерова А. К., Тогузбаева Б. Д. Материнская смертность в Кыргызской Республике // ВолгаМед: сборник тезисов IX Всероссийской научно-практической конференции. Нижний Новгород, 2023. С. 206-207.

2. Hobbs A. J., Mannion C. A., McDonald S. W., Brockway M., Tough S. C. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum // BMC pregnancy and childbirth. 2016. V. 16. №1. P. 90. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
3. Chowdhury R., Sinha B., Sankar M. J., Taneja S., Bhandari N., Rollins N., Martines J. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis // Acta paediatrica. 2015. V. 104. P. 96-113.
4. Fuks A. M., Vadgaonkar P. D., Rothschild T. J., Akinawonu K. F., Radzinsky V. E., Salafia C. Baseline Maternal Body Mass Index Compared With Body Mass Index at Delivery as a Predictor of Neonatal Outcomes in Obese Pregnant Women [95] // Obstetrics & Gynecology. 2015. V. 125. P. 36S-37S.
5. Коротько Г., Коротько Т., Модель Г. Физиология лактации. Грудное вскармливание. Litres, 2024.
6. Гайворонских Д. И., Шмидт А. А., Иванова Л. А. Грудное вскармливание. СПб.: СпецЛит, 2016.
7. Hulman A. Impact of different obstetric interventions and types of delivery on breastfeeding: a nationwide cross-sectional survey of Hungarian women // BMC Pregnancy and Childbirth. 2024. V. 24. №1. P. 473. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06666-x>
8. Betrán A. P., Torloni M. R., Zhang J. J., Gülmezoglu A. M., Aleem H. A., Althabe F., Zongo A. WHO statement on caesarean section rates // Bjog. 2015. V. 123. №5. P. 667. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>
9. Parasiliti M., Vidiri A., Perelli F., Scambia G., Lanzone A., Cavaliere A. F. Cesarean section rate: navigating the gap between WHO recommended range and current obstetrical challenges // The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2023. V. 36. №2. P. 2284112. <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2284112>
10. Laine K., Pay A. D., Yli B. M. Time trends in caesarean section rates and associations with perinatal and neonatal health: a population-based cohort study of 1 153 789 births in Norway // BMJ open. 2023. V. 13. №2. P. e069562. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069562>
11. Gyaase D., Enuameh Y. A., Adjei B. N., Gyaase S., Nakua E. K., Kabanunye M. M., Asante K. P. Prevalence and determinants of caesarean section deliveries in the Kintampo Districts of Ghana // BMC pregnancy and childbirth. 2023. V. 23. №1. P. 286. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05622-5>
12. Zahroh R. I., Hazfiarini A., Martiningtyas M. A., Ekawati F. M., Emilia O., Cheong M., ... Bohren M. A. Rising caesarean section rates and factors affecting women's decision-making about mode of birth in Indonesia: a longitudinal qualitative study // BMJ Global Health. 2024. V. 9. №6. P. e014602. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014602>
13. Alonso-Colón M., Pérez-Gómez B., Ramis R. Determinants of cesarean section rates: A cross-sectional study of 4.9 million deliveries over 10 years // European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2025. P. 114527. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2025.114527>
14. Veparala A. S., Lall D., Srinivas P. N., Samantaray K., Marchal B. Health system drivers of caesarean deliveries in south Asia: a scoping review // The Lancet Regional Health-Southeast Asia. 2025. V. 40. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2025.100651>
15. Dutta R., Nathani P., Patil P., Ghoshal R., Tuli S., Bakker J. M., Gadgil A. State-wise variation and inequalities in caesarean delivery rates in India: analysis of the National Family Health Survey-5 (2019–2021) data // The Lancet Regional Health-Southeast Asia. 2025. V. 32. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2024.100512>

16. Sildver K., Veerus P., Gissler M., Lang K., Pisarev H. Cesarean section trends from 1992 to 2023 in Estonia among singleton term pregnancies: A registry-based study // *European Journal of Midwifery*. 2025. V. 9. №April. P. 1-8. <https://doi.org/10.18332/ejm/201342>
17. Frappaolo A. M., Logue T. C., Goffman D., Nathan L. M., Sheen J. J., Andrikopoulou M., Friedman A. M. Cesarean delivery trends among patients at low risk for cesarean delivery in the US, 2000-2019 // *JAMA Network Open*. 2023. V. 6. №3. P. e235428-e235428. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.5428>
18. Wilson A., Kaur H., Hassan A. A., Mbwele B., Sobhy S., Calvo G. R., Thangaratinam S. Variations in caesarean section outcome reporting in low-and middle-income countries: A systematic review // *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2025. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2025.01.039>
19. Смирнова С. С., Егоров И. А., Голубкова А. А. Гнойно-септические инфекции у родильниц. Часть 2. Клинико-патогенетическая характеристика нозологических форм, этиология и антибиотикорезистентность (обзор литературы) // *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 2022. №2. С. 244-259. <https://doi.org/10.36233/0372-9311-227>
20. Самчук П. М., Розалиева Ю. Ю. Прогнозирование нарушения лактации по уровню гормонов плаценты после экстракорпорального оплодотворения // *Международный научно-исследовательский журнал*. 2019. №9-1 (87). С. 79-84. <https://doi.org/10.23670/IRJ.2019.87.9.013>
21. Таюпова И. В., Сахаутдинова И. В., Кулешова Т. П., Хайбуллина А. Р., Муслимова С. Ю. Физиология и патология послеродового периода. Уфа. 2014. 59 с.
22. Захарова И. Н., Бережная И. В., Санникова Т. Н., Малкандуева Ж. Х., Кучина А. Е., Сазанова Ю. О., Кольцов К. А. Кесарево сечение и проблемы лактации у женщин // *Медицинский совет*. 2018. №17. С. 22-29. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-17-22-29>
23. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
24. Victora C. G., Bahl R., Barros A. J., França G. V., Horton S., Krasevec J., Rollins N. C. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect // *The lancet*. 2016. V. 387. №10017. P. 475-490.
25. Daly S. E. J., Hartmann P. E. Infant demand and milk supply. Part 2: The short-term control of milk synthesis in lactating women // *Journal of Human Lactation*. 1995. V. 11. №1. P. 27-37. <https://doi.org/10.1177/089033449501100120>
26. Ladodo, O. B., Karavaeva, A. L., Timofeeva, L. A., Zubkov, V. V., Degtyarev, D. N., Nikolaeva, A. V., & Chutkova, D. A. Breastfeeding after cesarean section: difficulties in the first four months // *Obstetrics and Gynecology*. 2024. №7. С. 40-47.

References:

1. Zhumakmatova, B. K., Stakeeva, Ch. A., Amiraeva, Zh. N., Iskenderova, A. K., & Toguzbaeva, B. D. (2023). Materinskaya smertnost' v Kyrgyzskoi Respublike. In *VolgaMed: sbornik tezisov IX Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii, Nizhnii Novgorod*, 206-207. (in Russian).
2. Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M., & Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>

3. Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., ... & Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta paediatrica*, 104, 96-113.
4. Fuks, A. M., Vadgaonkar, P. D., Rothschild, T. J., Akinawonu, K. F., Radzinsky, V. E., & Salafia, C. (2015). Baseline Maternal Body Mass Index Compared With Body Mass Index at Delivery as a Predictor of Neonatal Outcomes in Obese Pregnant Women [95]. *Obstetrics & Gynecology*, 125, 36S-37S.
5. Korot'ko, G., Korot'ko, T., & Model', G. (2024). Физиология лактации. Грудное вскармливание. Литрес. (in Russian).
6. Gaivoronskikh, D. I., Shmidt, A. A., & Ivanova, L. A. 2016. Грудное вскармливание. St. Petersburg. (in Russian).
7. Hulman, A., Pakai, A., Csákvári, T., & Varga, K. (2024). Impact of different obstetric interventions and types of delivery on breastfeeding: a nationwide cross-sectional survey of Hungarian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 473. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06666-x>
8. Betrán, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J. J., Gülmezoglu, A. M., Aleem, H. A., Althabe, F., ... & Zongo, A. (2015). WHO statement on caesarean section rates. *Bjog*, 123(5), 667. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>
9. Parasiliti, M., Vidiri, A., Perelli, F., Scambia, G., Lanzone, A., & Cavaliere, A. F. (2023). Cesarean section rate: navigating the gap between WHO recommended range and current obstetrical challenges. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 36(2), 2284112. <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2284112>
10. Laine, K., Pay, A. D., & Yli, B. M. (2023). Time trends in caesarean section rates and associations with perinatal and neonatal health: a population-based cohort study of 1 153 789 births in Norway. *BMJ open*, 13(2), e069562. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069562>
11. Gyaase, D., Enuameh, Y. A., Adjei, B. N., Gyaase, S., Nakua, E. K., Kabanunye, M. M., ... & Asante, K. P. (2023). Prevalence and determinants of caesarean section deliveries in the Kintampo Districts of Ghana. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 286. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05622-5>
12. Zahroh, R. I., Hazfiarini, A., Martiningtyas, M. A., Ekawati, F. M., Emilia, O., Cheong, M., ... & Bohren, M. A. (2024). Rising caesarean section rates and factors affecting women's decision-making about mode of birth in Indonesia: a longitudinal qualitative study. *BMJ Global Health*, 9(6), e014602. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014602>
13. Alonso-Colón, M., Pérez-Gómez, B., & Ramis, R. (2025). Determinants of cesarean section rates: A cross-sectional study of 4.9 million deliveries over 10 years. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 114527. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2025.114527>
14. Veparala, A. S., Lall, D., Srinivas, P. N., Samantaray, K., & Marchal, B. (2025). Health system drivers of caesarean deliveries in south Asia: a scoping review. *The Lancet Regional Health-Southeast Asia*, 40. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2025.100651>
15. Dutta, R., Nathani, P., Patil, P., Ghoshal, R., Tuli, S., Bakker, J. M., ... & Gadgil, A. (2025). State-wise variation and inequalities in caesarean delivery rates in India: analysis of the National Family Health Survey-5 (2019–2021) data. *The Lancet Regional Health-Southeast Asia*, 32. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2024.100512>
16. Sildver, K., Veerus, P., Gissler, M., Lang, K., & Pisarev, H. (2025). Cesarean section trends from 1992 to 2023 in Estonia among singleton term pregnancies: A registry-based study. *European Journal of Midwifery*, 9(April), 1-8. <https://doi.org/10.18332/ejm/201342>

17. Frappaolo, A. M., Logue, T. C., Goffman, D., Nathan, L. M., Sheen, J. J., Andrikopoulou, M., ... & Friedman, A. M. (2023). Cesarean delivery trends among patients at low risk for cesarean delivery in the US, 2000-2019. *JAMA Network Open*, 6(3), e235428-e235428. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.5428>
18. Wilson, A., Kaur, H., Hassan, A. A., Mbwele, B., Sobhy, S., Calvo, G. R., ... & Thangaratinam, S. (2025). Variations in caesarean section outcome reporting in low-and middle-income countries: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2025.01.039>
19. Smirnova, S. S., Egorov, I. A., & Golubkova, A. A. (2022). Gnoino-septicheskie infektsii u rodil'nits. Chast' 2. Kliniko-patogeneticheskaya kharakteristika nozologicheskikh form, etiologiya i antibiotikorezistentnost' (obzor literatury). *Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii*, (2), 244-259. (in Russian). <https://doi.org/10.36233/0372-9311-227>
20. Samchuk, P. M., & Rozalieva, Yu. Yu. (2019). Prognozirovanie narusheniya laktatsii po urovnyu gormonov platsenty posle ekstrakorporal'nogo oplodotvoreniya. *Mezhdunarodnyi nauchno-issledovatel'skii zhurnal*, (9-1 (87)), 79-84. (in Russian). <https://doi.org/10.23670/IRJ.2019.87.9.013>
21. Tayupova, I. V., Sakhautdinova, I. V., Kuleshova, T. P., Khaibullina, A. R., & Muslimova, S. Yu. (2014). Fiziologiya i patologiya poslerodovogo perioda. Ufa. (in Russian).
22. Zakharova, I. N., Berezhnaya, I. V., Sannikova, T. N., Malkandueva, Zh. Kh., Kuchina, A. E., Sazanova, Yu. O., ... & Kol'tsov, K. A. (2018). Kesarevo sechenie i problemy laktatsii u zhenshchin. *Meditinskii sovet*, (17), 22-29. (in Russian). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-17-22-29>
23. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
24. Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., ... & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The lancet*, 387(10017), 475-490.
25. Daly, S. E., & Hartmann, P. E. (1995). Infant demand and milk supply. Part 2: The short-term control of milk synthesis in lactating women. *Journal of Human Lactation*, 11(1), 27-37. <https://doi.org/10.1177/089033449501100120>
26. Ladodo, O. B., Karavaeva, A. L., Timofeeva, L. A., Zubkov, V. V., Degtyarev, D. N., Nikolaeva, A. V., & Chutkova, D. A. (2024). Breastfeeding after cesarean section: difficulties in the first four months. *Obstetrics and Gynecology*, (7), 40-47. <https://doi.org/10.18565/aig.2024.125>

Поступила в редакцию
21.10.2025 г.

Принята к публикации
30.10.2025 г.

Ссылка для цитирования:

Бактыбекова Ч. Б., Тухватшин Р. Р. Особенности лактации у женщин после кесарева сечения: клинико-патогенетический анализ литературных данных // Бюллетень науки и практики. 2025. Т. 11. №11. С. 243-255. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/120/25>

Cite as (APA):

Baktybekova, Ch., & Tuhvatshin, R (2025). Features of Lactation in Women After Cesarean Section: A Clinical and Pathogenetic Analysis of Literature Data. *Bulletin of Science and Practice*, 11(11), 243-255. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/120/25>