

Бакун О.В.,*кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства і гінекології
Буковинського державного медичного університету***Мартин Н.С.,***студентка
Буковинського державного медичного університету***Мінчук Л.А.,***студентка
Буковинського державного медичного університету*

РАЦІОНАЛЬНЕ ВИКОРИСТАННЯ ФІТОПРЕПАРАТІВ ПРИ ГІПОГАЛАКТІЇ

В статті висвітлені клінічні симптоми гіпогалакції. Рекомендовано використання для профілактики і лікування хворих фітотерапевтичних сумішей лікарських препаратів і фітопрепаратів.

Ключові слова: гіпогалакція, фітопрепарати, лактація.

В статье высвячены клинические симптомы гипогалактии. Рекомендовано использование для профилактики и лечения больных фитотерапевтических смесей лекарственных препаратов и фитопрепаратов.

Ключевые слова: гипогалактия, фитопрепараты, лактация.

Clinical signs of hypogalaktia have been determined in the article. Phytoterapeutical mixtures of medical plants and phytopreparations are recommended for prophylaxis and treatment of patients.

Key words: gypolalactia, phytomedications, lactation.

Раціональне харчування передбачає, в першу чергу, вигодовування дітей першого року життя грудним молоком матері. Унікальність грудного молока полягає в тому, що це – найбільш здорова, оптимально збалансована природою їжа, яка легко засвоюється. Вона повністю задовольняє всі харчові і енергетичні потреби дитини від народження і не менше ніж до 5–6 місяців життя без яких-небудь добавок [3, 5, 10, с. 15]. Серед багатьох проблем грудного вигодовування самою частою є скарга матері на те, що у неї не вистачає молока.

За останнє десятиліття проведена і продовжується велика організаційна робота по реалізації національних завдань в області охорони здоров'я дітей в Україні. Вона передбачає, в першу чергу, впровадження в практику охорони здоров'я основних принципів підтримки лактації у матері і грудного вигодовування [3, 21, с. 19]. І в народній, і в науковій медицині є чимало даних про лактаційну дію ряду рослин. Хоча ці властивості рослин вивчені ще недостатньо науковою медициною, досвід народного використання лікарських рослин подає багато інформації про них [5, 12, с. 21]. Найбільш популярним у народній медицині засобом при гіполактації є горіх ліщини. Використання горішків у харчуванні (30-40 г у добу) відразу ж підвищує лактацію на 40-80 мл за добу [1, 15, с. 26]. З метою збільшення вироблення грудного молока можна рекомендувати деякі напої, приготовані з використанням рослинних стимуляторів лактації, до

яких відносяться кульбаба, кропива, кріп, материнка, тмин, салат, морква, редька, фенхель, аніс та інші [9, 11, с. 32]. Крім того, у продажу є спеціальний чай для збільшення вироблення молока в матерів, які годують груддю. В їх склад входять екстракти лікарських рослин, що є природними стимуляторами лактації. Вони швидко розчинні і зручні у вживанні [8, 13, 14, с. 39]. З метою збільшення лактації використовують відвари коренів і плодів анісу звичайного, кореневищ оману високого, трави материнки звичайної, дягеля лікарського, чаполочі пахучої, листя ожини сизої, ліщини звичайної, відвари з листків малини звичайної, трави меліси лікарської, шишко-ягід і хвої ялівцю звичайного, листків і коренів кульбаби лікарської, плодів кмину звичайного, м'якоті плодів гарбуза звичайного, відвар квіток і трави деревію звичайного, плодів шипшини коричневої [4, с. 45]. Для лікування гіпогалакції застосовують також зірочник хвилястий, глуху кропиву білу, буквицю лікарську, розмарин лікарський, лілію лісову, суницю лісову, кардамон [7, 16, 19, с. 48]. У літературі є відомості про лактогенну дію таких рослин, як астрагал піщаний, астранція велика, волошка синя, самосил гайовий, вовконіг європейський, дзвіночок голівчастий, котячі лапки, лаванда колоскова, любка дволиста, люцерна посівна, жабрій ладанний, раувольфія змієподібна, сон-трава лугова, тладианта сумнівна, шандра звичайна [2, с. 54]. Є повноцінні наукові дані про позитивний вплив на лактацію приймання настою меліси лікарської, а

також по 30 капель екстракту чистецю буквице-подібного [6, 17, 20, с. 59]. Одночасно з підвищенням виділення молока в таких жінок більш активно відбувається скорочення матки після пологів, нормалізується стан сосків, більш сприятливо проходить період перших тижнів життя немовлят [10, 22, с. 65]. Великий досвід народної медицини доцільно прийняти до уваги і застосовувати лікарські рослини для профілактики і лікування гіпогалакції [3, 18, с. 70].

Гіпогалакція – це зниження секреторної діяльності молочних залоз в період лактації. Розрізняють первинну і вторинну гіпогалакцію. Серед причин гіпогалакції можна виділити наступні фактори: генетичний і ятрогенний. До останнього відносять випадки застосування у вагітних і породіль медикаментозних засобів, які активують і стимулюють пологову діяльність (естрогени, простагландини, окситоцин). В подальшому у породіль, які отримували ці препарати, в перші години і доби після пологів відсутня лактація чи вона проявляється в більш пізні терміни і є недостатньою [3, 12, с. 99].

Вторинна гіпогалакція може бути викликана ускладненнями вагітності, пологів і післяпологового періоду (пізні гестози вагітних, анемії вагітних, маткові кровотечі та ін.), а також порушення режиму, нерациональне харчування, психічні та фізичні перенавантаження, неправильна організація режиму годування новонародженого та техніка годування, захворювання молочних залоз (тріщини сосків, мастити). Вторинна гіпогалакція в більшій мірі тимчасовий стан [3, с. 104]. Якщо при первинній гіпогалакції ми маємо обмежені можливості лікування, то при вторинній гіпогалакції можливо при своєчасному лікуванні відновити лактацію. Для цього необхідно з'ясувати причину, яка викликала гіпогалакцію [3, 10, с. 111].

Можна виділити особливу групу жінок по розвитку первинної гіпогалакції – це жінки, які перенесли операцію кесаревого розтину. За динаміки виникнення розрізняють ранню гіпогалакцію. Вона проявляється в перші 10 днів після пологів. І пізню гіпогалакцію, яка виникає після 10 днів. Діагноз встановлюється на основі нагляду за лактацією в динаміці. Про кількість продукції молока можна судити на основі зважування дитини до і після годування (з врахуванням кількості зцідженного молока). Основні клінічні симптоми: гіпогалакція проявляється у 6–8% жінок, які народили. Вона може бути виражена морфологічною або функціональною неповноцінністю молочної залози. В цей період дитину потрібно годувати у відповідну годину або зціджувати молоко. Також лактація порушується у зв'язку з дією негативних чинників навколиш-

нього середовища, через недуги матері, неврологічні та ендокринні розлади, які порушують розвиток молочних залоз [3, с. 56].

При гіпогалакції у породіль відсутнє нагрубання молочних залоз, при надавлюванні на них молоко виділяється погано, відмічається недостатня кількість молока. При пальпації молочної залози нерідко визначається недорозвинена залозиста тканина. У більшості жінок в період годування груддю відмічаються гіпогалактичні кризи – періодичне зниження секреції молока, що повторюється з інтервалом 26–30 днів і продовжується протягом декількох діб. Розвиток кризів пояснюється [3, с. 58] циклічністю процесів гормональної активності, які перебігають в жіночому організмі.

Часто дитину при появі гіпогалакції годують не 7, а 8 і більше разів. Якщо лактація повністю не встановлюється на протязі 3-4 днів, то тоді потрібно за одне годування давати дитині дві груді. Тільки вичерпавши всі можливості по встановленню лактації, необхідно призначати докорм (не пізніше 7-го дня).

Розрізняють 4 ступені секреторної продуктивності молочних залоз:

- 1-ий ступінь – дефіцит молока (по відношенню до дитини) – до 25%;
- 2-ий ступінь – до 50%;
- 3-ий ступінь – до 75%;
- 4-ий ступінь – більше 75%.

З метою профілактики і лікування гіпогалакції необхідно використовувати лікарські рослини: козлятник лікарський, аніс звичайний, фенхель звичайний, кріп звичайний, буркун лікарський, бузину чорну, звіробій звичайний, мелісу лікарську, кмін звичайний, кропиву дводомну, материнку звичайну, астрагал шерстистоквітковий [3, с. 67].

А також використовують моркву терту з молоком, сік редьки з медом, настій анісу, напій з тмину, настій грецьких горіхів, чай збірний з мелісою, напій з анісу і фенхелю, напій з листя і коріння кульбаби, сік з листя кульбаби, горіхове молоко, відвар кропиви [3, с. 62].

Виявлення та ефективне лікування дівчаток підлітків з ознаками загального та генітального інфантилізму, лікування жінок з ендокринними порушеннями є основним засобом попередження первинної гіпогалакції [3, с. 45].

Ефективне лікування невиношування, гестозу вагітних, попередження, своєчасне лікування ускладнень в пологах та післяпологовому періоді являються ефективним засобом профілактики вторинної гіпогалакції [3, с. 64].

При психопрофілактичній підготовці вагітних до пологів необхідно:

– розповісти вагітним про фізіологічні механізми становлення лактації, можливих ускладнень в цей період, їх клініки та способах їх виключення;

– вказати на особливості раціонального харчування вагітних та роділь з точки зору лактації;

– пояснити способи підготовки молочних залоз та сосків до грудного вигодовування.

На сьогоднішній день існує багато препаратів на основі фітозборів різної дії. Одним із високо-ефективних препаратів для лікування гіпогалакції є Ширафза [3, с. 76].

Ширафза – натуральний високоякісний засіб на основі рослинної сировини, який завдяки комплексному впливу на організм жінки, стимулюють усі ланки лактації, запобігає виникненню проблем зайвої ваги у годуючи матерів та підвищення рівня глюкози у крові. Дія ширафзи обумовлена лікарськими рослинами, які входять до його складу. Фенхель звичайний містить суміш транс-анетола з фенхоном, естраголом та іншими компонентами. Структурна схожість анетолу та катехоламіну може підтримувати естрогенну активність. Допамін має стимулюючу дію на лактацію, таким чином, анетол може

привести до виділення молока, вступаючи в реакцію з допаміном на визначених проміжках рецепторів. Завдяки цьому зменшується стимулююча дія допаміну в процесі стимуляції на виділення молока. Біологічно активні речовини, що входять до складу фенхеля звичайного обумовлюють лактогонну дію у годуючи матерів, а також усувають прояви метеоризму, покращують травлення, зменшують спазми та рухливість тонкого кишечника. Кмин звичайний зумовлює збільшення кількості молока і його поживних властивостей. Пажитник кольоровий покращує кровоток у молочній залозі, стимулює лактацію і зумовлює збільшення харчової цінності молока. Кріп духмяний володіє заспокійливою та седативною діями, тому породілля менше хвилюється, а протизапальна дія зумовлює зменшення ризику розвитку маститу. Алкалоїди кропу духмяного не тільки збільшують кількість і якість материнського молока, але й у взаємодії з іншими компонентами ширафзи, передаються з молоком матері, і тим самим запобігають виникненню метеоризму і знімають больові відчуття (кольки) у дитини, яка знаходиться на грудному вигодовуванні [3, с. 87].

Література:

1. Бойко В.І., Бабар Т.В. Тактика ведення лактації в разі інтраамніального інфікування // Здоров'я жінки. – 2011. – Т. 57, № 1. – С. 102–103.
2. Конь І. Я., Сорвачева Т. І., Фатеева Е. М. і співавт. Сучасні принципи і Методи вигодовування дітей першого року життя (методичні рекомендації). – К., 2001. – С. 28.
3. Марушко Ю.В., Московенко О.Д. Особливості вигодовування дітей першого року життя, які проживають в м. Києві // Функціональні розлади травлення у дітей раннього віку, їх профілактика та лікування. мат. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. – К., 2006. – С. 23–26.
4. Медведь В. И., Викторов А.П. Медикаментозная терапия и лактация // Лікування та діагностика. – 2001. – № 2. – С. 54–58
5. Місник В.П., Марушко Т.Л., Отт В.Д. Особливості динаміки нутритивного статусу дітей перших місяців життя // Мат.ІV конгресу неонатологів України «Актуальні питання неонатології». – К. – 2006. – С. 94.
6. Мойсеєнко Р. О., Тутченко Л. І., Отт В. Д., Марушко Т. Л. Ведення лактації та грудного вигодовування: Посіб. для мед. працівників системи охорони здоров'я матері і дитини. – К.: МОЗ України, 2001. – С. 57.
7. Мойсеєнко Р.О. Реалізація національних задач в галузі охорони здоров'я дітей в Україні в 1999–2000рр.// Перинатологія і педіатрія. – 2001. – № 2. – С. 3–7.
8. Тутченко Л.І., Шунько Є.Є., Марушко Т.Л. та співавт. Роль поліклінічно-амбулаторних служб в підтримці тривалого успішного грудного вигодовування // Вісн. наук. досліджень. – 2006. – № 2. – С. 11–14.
9. Ботвин М.А. Гипогалактия: новые возможности низкочастотной короткоимпульсной терапии. – 2007// Вопросы гинекологии. – 2007. – Т. 6, № 1. – С. 54–57
10. Гутикова Л.В. и др. Гипогалактия, развивающаяся на фоне перенесенного гестоза./ Л.Гутикова, Р.Анисим, О.Кузнецов.-2007 // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – № 2. – С. 53–56.
11. Гутикова Л.В. Новые подходы к профилактике гипогалактий.-2007// Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – Т. 7, № 3. – С. 43–46
12. Гутикова Л.В. Превентивное лечение прогнозируемых нарушений лактационной функции. – 2007. – № 2. – С. 36–39
13. Гутикова Л.В. Эффективность лечения гипогалактии у родильниц, перенесших гестоз. – 2007 // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – Т. 7, № 1. – С. 39–42
14. Захарова О.В. Клиническая оценка уровня пролактина и эстриола в прогнозировании первичной гипогалактии у женщин с миомой матки.-2006 // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии – 2006. – Т. 5, № 3. – С. 15–17.
15. Махмудова А.Р., Хашаева Т.Х.-М., Омаров Н.С. Аминокислотный спектр крови новорожденных с задержкой внутриутробного развития // Медицина: Наука и практика. – 2001. – № 1. – С. 47–50.
16. Омаров С.-М.А., Раджабова Ш.Ш., Омаров Н.С.-М Влияние патологии щитовидной железы у родильниц на лактационную функцию и аминокислотный состав грудного молока // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. – № 6. – С. 14–17.

17. О путях коррекции гипогалактии у кормящих матерей./ Л.Ильенко, А.Костенко, Л. Картавцева и др. – 2010 // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 1. – С. 61–66
18. Паєнок О.С. Особливості клінічного перебігу післяпологового періоду і порушень лактаційної функції у жінок з дифузним нетоксичним зобом // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 1. – С. 70–73.
19. Профилактика гипогалактии у родильниц, перенесших абдоминальное родоразрешение. – И. Лахно, А.Мащенко, В.Дудко и др. – 2008// Медицина неотложных состояний. – 2008. – № 4. – С. 80–82
20. Хаца И.И. Особенности состояния лактации у женщин с факторами риска гипогалактии // Репрод. здор. женщин. – 2004. – № 3. – С. 25.

Бакун О.В.,
асистент кафедри акушерства і гінекології
Буковинського державного медичного університету

Сапоговська В.В.,
студентка
Буковинського державного медичного університету

Андрійчишен В.В.,
студент
Буковинського державного медичного університету

КОНЦЕНТРАЦІЯ ГІПОФІЗАРНИХ ГОРМОНІВ В КРОВІ ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ПОХОДЖЕННЯ НА ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ДО ДРТ

У статті наведено дані рівнів концентрації гіпофізарних гормонів в крові жінок із безпліддям трубно-перитонеального походження. У хворих з безпліддям виявленні значні порушення нормального ритму секреції та вмісту в крові гонадотропних гормонів.

Ключові слова: гормони, безпліддя, ДРТ.

В статье предоставлены данные уровней концентрации гипофизарных гормонов женщин с бесплодием трубно-перитонеального происхождения. В больных с бесплодием обнаружены значительные нарушения нормального ритма секреции и содержания в крови гонадотропных гормонов.

Ключевые слова: гормоны, бесплодие, ВРТ.

In this article the concentration levels of pituitary hormones in the blood of women with infertility tube-peritoneal origin has been described. In patients with infertility indentifying significant disruption of rhythm and secretion of blood gonadotrophins.

Key words: hormones, infertility, IVF.

Вступ. Більшість авторів вважає, що продукція лютропіну (ЛГ) та фолітропіну (ФСГ) здійснюється різними видами клітин, функціональна активність яких контролюється загальним рилізинг-гормоном [2, с. 21].

Не дивлячись на існування загального гіпоталамічного стимулятора продукції гонадотропінів, ступінь відповідної реакції гіпофізу на його дію неоднорідна для ЛГ і ФСГ [4, с. 46; 6, с. 59]. Ці відмінності виявляються і при аналізі динаміки секреції гонадотропінів протягом менструального циклу. Секреція ФСГ, як відомо, активно зростає на початку менструального циклу, так що значення базальної секреції гормону в ранню фолікулінову фазу циклу в декілька разів перевищують таку в лютеїновій фазі [5, с. 32]. В преовуляторному періоді під

впливом підвищеного вмісту естрадіолу концентрація ФСГ падає, після чого відбувається овуляторний викид гормону. На відміну від ФСГ, секреція ЛГ незначно збільшується на початку циклу і практично не відрізняється в лютеїновій фазі [3, с. 64]. Однією із причин порушень індукуючого фолікулогенезу в програмах екстракорпорального запліднення є спонтанна «паразитарна» пікова секреція ЛГ, що супроводжується прискореним дозріванням ооцитів і як наслідок початком їх лютеїнізації до настання розрахункового часу овуляції [2, с. 56; 4, с. 43]. Це може супроводжуватись відміною лікувального циклу через неможливість запліднення таких ооцитів чи відмови від переносу ембріонів внаслідок їх можливих морфологічних дефектів [1, с. 62; 3, с. 21; 7, с. 47].