

УДК 618.73+618.19

© О. В. Бакун, В. Г. Купчанко, А. М. Бербець, 2011.

ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОПРЕПАРАТІВ ПРИ ГІПОГАЛАКТІЇ**О. В. Бакун, В. Г. Купчанко, А. М. Бербець***Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. кафедри – професор О. М. Юзько), Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.***USAGE OF PHYTOPREPARATIONS AT HYPOGALACTIA****O. V. Bakun, V. G. Kupchanko, A. M. Berbets****SUMMARY**

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ**О. В. Бакун, В. Г. Купчанко, А. М. Бербець****РЕЗЮМЕ**

В статье высветлены клинические симптомы гипогалактии. Предлагается использование для профилактики и лечения больных фитотерапевтических смесей лекарственных растений и фитопрепаратов.

Ключові слова: гіпогалактія, фітотерапія, рецепти, лікування.

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 [4, 8, 11]. 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 [8, 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 [11]. 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, 9]. 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 [2, 5]. Для збільшення лактації можна використовувати засоби народної медицини – відвари і настої з рослин, що володіють лактогонними властивостями (меліса, кріп, тмин, аніс, фенхель і ін.). 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 швидкокорозчинні і зручні у вживанні [6, 7, 17]. 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, шишкоягід і хвої ялівцю звичайного, листків і коренів кульбаби лікарської, плодів кмину звичайного, м'якоть плодів гарбуза звичайного, відвар квіток і трави деревію звичайного, плодів шипшини коричневої [10]. Для лікування гіпогалактії застосовують також зірочник хвилястий, глуху кропиву білу, буквицю лікарську, розмарин лікарський, лілію лісову, суницю лісову, кардамон [12, 14, 16]. 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 ладаний, раувольфія змієподібна, сон-трава лугова, тладіанта сумнівна, шандра звичайна [18]. Є повноцінні наукові дані про позитивний вплив на лактацію приймання настою меліси лікарської, а також по 30 капель екстракту чистецю буквицеподібного [3, 13, 20]. 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 [4, 21]. Великий досвід народної медицини доцільно прийняти до уваги і застосовувати лікарські рослини для профілактики і лікування гіпогалактії [8, 15].

Гіпогалактія – це зниження секреторної діяльності молочних залоз в період лактації. Розрізняють первинну і вторинну гіпогалактію. Первинна зумовлена анатомічними і функціональними особливостями молочних залоз, а також важкими захворюваннями матері, пов'язаними з екстрагенітальною патологією (цукровий діабет, зоб дифузний токсичний) зустрічається рідко, тільки у 4-10% жінок. А також серед причин гіпогалактії можна виділити наступні фактори: генетичний і ятрогенний. До останнього відносять випадки застоювання 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 [8].

Вторинна гіпогалактія 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 гіпогалактія в більшій мірі тимчасовий стан [8]. Якщо при первинній гіпогалактії ми маємо обмежені можливості лікування, то при вторинній гіпогалактії можливо при своєчасному лікуванні відновити лактацію. Для цього необхідно з'ясувати причину, яка викликала гіпогалактію [4, 8].

Можна виділити особливу групу жінок по розвитку первинної гіпогалактії – це жінки, які перенесли операцію кесаревого розтину. За годинами виникнення розрізняють ранню гіпогалактію. Вона проявляється в перші 10 днів після пологів. І пізню гіпогалактію, 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: гіпогалактія проявляється у 6-8% жінок, які народили. Вона може бути виражена морфологічною або функціональною неповноцінністю молочної залози. Часта причина гіпогалактії полягає в недостатності смоктального рефлексу у новонароджених. В ряді випадків причини, які призводять до гіпогалактії можуть комбінуватись, а в ряді випадків залишаються невиясненими. Часто знижується лактація у матері при захворюваннях дитини, коли мати погано спить, дитина погано смокче грудь і молоко затримується в грудній залозі. В цей період дитину потрібно годувати у відповідну годину або зціджувати молоко. Також лактація порушується у зв'язку з дією негативних чинників навколишнього середовища, через недуги матері, неврологічні та ендокринні розлади, які порушують розвиток молочних залоз [8].

При гіпогалактії у породіль відсутнє нагрубання молочних залоз, при надавлюванні на них молоко виділяється погано, відмічається недостатня кількість молока. При пальпації молочної залози нерідко визна-

чається 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 [8] циклічністю процесів гормональної активності, які перебігають в жіночому організмі.

Часто дитину при появі гіпогалактії годують не 7, а 8 і більше разів. Якщо лактація повністю не встановлюється протягом 3-4 днів, то тоді потрібно за одне годування давати дитині дві груди. 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 гіпогалактії необхідно використовувати лікарські рослини: козлятник лікарський, аніс звичайний, фенхель звичайний, кріп звичайний, буркун лікарський, бузину чорну, звіробій звичайний, мелісу лікарську, кмин звичайний, кропиву дводомну, материнку звичайну, астрагал шерстистоквітковий. 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 [8].

Виявлення та ефективне лікування дівчаток підлітків з ознаками загального та генітального інфантилізму, лікування жінок з ендокринними порушеннями є основним засобом попередження первинної гіпогалактії [8].

Ефективне лікування невиношування, гестозу вагітних, попередження, своєчасне лікування ускладнень в пологах та післяпологовому періоді являються ефективним засобом профілактики вторинної гіпогалактії [8].

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 високоефективних препаратів для лікування гіпогалактії є Ширафза [8].

Ширафза – натуральний високоякісний засіб на основі рослинної сировини, який, завдяки комплексному впливу на організм жінки, стимулює усі ланки лактації, запобігає виникненню проблем зайвої ваги у годуючих матерів та підвищення рівня глюкози у крові. Дія Ширафзи обумовлена лікарськими рослинами, які входять до його складу. Фенхель звичайний

містить суміш транс-анетолу 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 годуючих матерів, а також усувають прояви метеоризму, покращують травлення, зменшують спазми та рухливість тонкого кишечника. Кмін 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 Ширазі, передаються з молоком матері, і тим самим запобігають виникненню метеоризму і знімають больові відчуття (кольки) у дитини, яка знаходиться на грудному вигодовуванні [8].

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В. І. Тактика ведення лактації в разі інтраамніального інфікування / В. І. Бойко, Т. В. Бабар // Здоров'я жінки. – 2011. – Т. 57, № 1. – С. 102–103.
2. Ботвин М. А. Гипогалактия: новые возможности низкочастотной короткоимпульсной терапии / М. А. Ботвин // Вопросы гинекологии. – 2007. – Т. 6, № 1. – С. 54–57.
3. Ведення лактації та грудного вигодовування: посіб. для мед. працівників системи охорони здоров'я матері і дитини / Р. О. Мойсеєнко, Л. І. Тутченко, В. Д. Отт, Т. Л. Марушко. – К.: МОЗ України, 2001. – С. 57.
4. Гутикова Л. В. Гипогалактия, развивающаяся на фоне перенесенного гестоза / Л. Гутикова, Р. Анисим, О. Кузнецов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – № 2. – С. 53–56.
5. Гутикова Л. В. Новые подходы к профилактике гипогалактий / Л. В. Гутикова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – Т. 7, № 3. – С. 43–46.
6. Гутикова Л. В. Эффективность лечения гипогалактии у родильниц, перенесших гестоз / Л. В. Гутикова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – Т. 7, № 1. – С. 39–42.
7. Захарова О. В. Клиническая оценка уровней пролактина и эстриола в прогнозировании первичной гипогалактии у женщин с миомой матки / О. В. Захарова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006. – Т. 5, № 3. – С. 15–17.
8. Марушко Ю. В. Особливості вигодовування дітей першого року життя, які проживають в м. Києві / Ю. В. Марушко, О. Д. Московенко // Функціональні розлади травлення у дітей раннього віку, їх профілактика та лікування : матеріали наук.-практ. конф. з міжн. участю. – К., 2006. – С. 23–26.
9. Махмудова А. Р. Аминокислотный спектр крови новорожденных с задержкой внутриутробного развития / Махмудова А. Р., Хашаева Т. Х.-М., Омаров Н. С. // Медицина: Наука и практика. – 2001. – № 1. – С. 47–50.
10. Медведь В. И. Медикаментозная терапия и лактация / В. И. Медведь, А. П. Викторов // Лікування та діагностика. – 2001. – № 2. – С. 54–58.
11. Місник В. П. Особливості динаміки нутривного статусу дітей перших місяців життя : матеріали IV конгресу неонатологів України [«Актуальні питання неонатології»] / Місник В. П., Марушко Т. Л., Отт В. Д. – К., 2006. – С. 94.
12. Мойсеєнко Р. О. Реалізація національних задач в галузі охорони здоров'я дітей в Україні в 1999–2000 рр. / Р. О. Мойсеєнко // Перинатологія і педіатрія. – 2001. – № 2. – С. 3–7.
13. О путях коррекции гипогалактии у кормящих матерей / Л. Ильенко, А. Костенко, Л. Картавецца [и др.] // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 1. – С. 61–66.
14. Омаров С.-М. А. Влияние патологии щитовидной железы у родильниц на лактационную функцию и аминокислотный состав грудного молока / С.-М. А. Омаров, Ш. Ш. Раджабова, Н. С.-М. Омаров // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. – № 6. – С. 14–17.
15. Паєнок О. С. Особливості клінічного перебігу післяпологового періоду і порушень лактаційної функції у жінок з дифузним нетоксичним зобом / О. С. Паєнок // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 1. – С. 70–73.
16. Профилактика гипогалактии у родильниц, перенесших абдоминальное родоразрешение / И. Лакно, А. Машенко, В. Дудко [и др.] // Медицина неотложных состояний. – 2008. – № 4. – С. 80–82.
17. Роль поліклінічно-амбулаторних служб в підтримці тривалого успішного грудного вигодовування / Л. І. Тутченко, Є. С. Шунько, Т. Л. Марушко [та ін.] // Вісник наукових досліджень. – 2006. – № 2. – С. 11–14.
18. Сучасні принципи і методи вигодовування дітей першого року життя : (методичні рекомендації) / [І. Я. Конь, Т. І. Сорвачева, Е. М. Фатєєва та ін.]. – К., 2001. – 28 с.
19. Факторы риска развития гипогалактии у женщин / В. Петрова, Н. Никифорский, Е. Виноградова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – Т. 8, № 6. – С. 61–63.
20. Хаша И. И. Особенности состояния лактации у женщин с факторами риска гипогалактии / И. И. Хаша // Репродуктивное здоровье женщин. – 2004. – № 3. – С. 25.
21. Sakaiharu M. Postpartum thyroid dysfunction in women with normal thyroid function during pregnancy / M. Sakaiharu // Clin. Endocrinol. – 2000. – Vol. 53, № 4. – P. 487–492.