



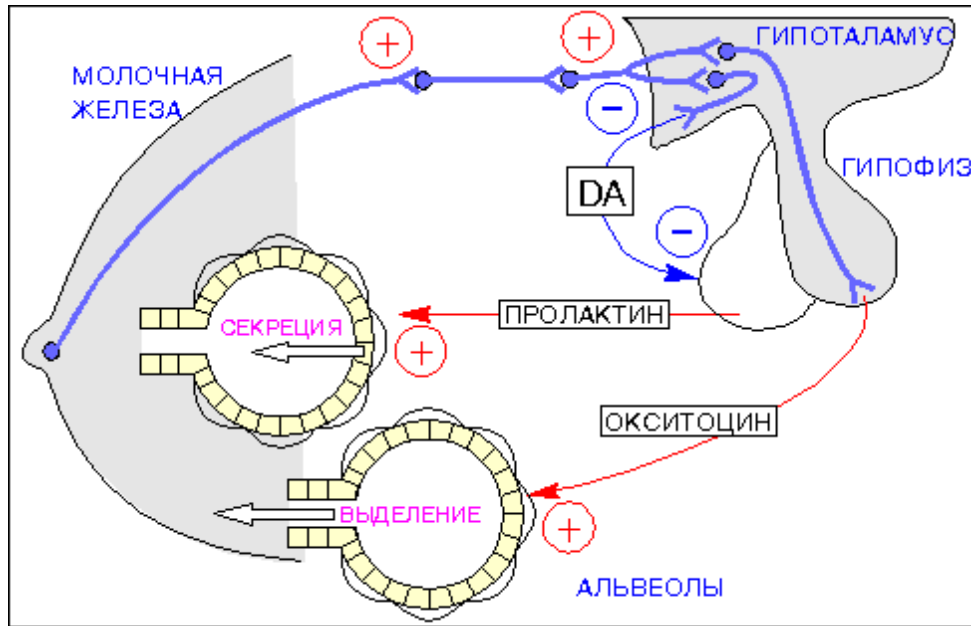
ФІТОТЕРАПІЯ ГІПОЛАКТАЦІЇ

Тема 16



ЛАКТАЦІЯ (lactatio, лат. *lac, lactis* - молоко) — утворення й накопичення молока в молочних залозах жінки і періодичне його виділення при смоктанні; складний нейроендокринний процес, пов'язаний із перебудовою фізіологічних і біохімічних процесів усього організму після пологів.

Лактація розпочинається з 2–3-го дня післяпологового періоду. Виділення секретованого жіночого молока відбувається у дві фази. Перша пов'язана з подразненням рецепторів молочної залози під час акту смоктання, передаванням від них імпульсів до центральної нервової системи і знову до молочної залози. Внаслідок цього, сфінктер соска розслаблюється й активізуються гладкі м'язи великих протоків, що сприяє виведенню з них молока. У другій фазі важливу роль відіграє гормон окситоцин, який посилено виділяється гіпофізом при смоктанні; нейроендокринна рефлексорна дуга закінчується в гігантоклітинних нейронах паравентрикулярних ядер гіпоталамуса, які виробляють окситоцин. При надходженні до залози окситоцин сприяє скороченню міоепітеліальних клітин, які в молочній залозі розташовані навколо альвеол. При скороченні гладком'язового компонента міоепітеліальних клітин альвеоли стискаються, і молоко під тиском виганяється у молочні синуси або із соска.



До кінця 1-го тижня після пологів відбувається остаточне закріплення і формування рефлексу виділення молока. Протягом перших днів лактації виділяється так зване молозиво, а в наступний період — грудне молоко. Кількість грудного молока поступово збільшується, досягаючи максимальних величин до 8–9-го тижня, і залишається, як правило, стабільною (до 1–1,5 л/добу).

Вироблення молока в післяпологовий період стимулює пролактин, що діє синергічно з інсуліном і кортизолом. Пролактин викликає диференціювання пресекреторних клітин в активні секреторні клітини і підсилює синтез жирних кислот, фосфоліпідів і молочних білків — казеїну, лактальбуміну і β -лактоглобуліну. Пролактин також індукує синтез ферментів, необхідних для вироблення лактози. Синтез пролактину стимулюється естрогенами і, отже, значно підсилюється у період вагітності. Концентрація циркулюючого пролактину протягом вагітності постійно збільшується. Лактогенний ефект пролактину у період вагітності пригнічується естрогенами і прогестероном. Смоктання стимулює вивільнення пролактину внаслідок нейрогенного рефлексу. Імпульси від аферентних нервів соска проходять через спіноталамічний тракт у середній мозок; звідси імпульси передаються через медіальні пучки переднього мозку в гіпоталамус. Стимуляція соска викликає виділення пролактину або

шляхом пригнічення вивільнення допаміну, який діє як пролактинінгібуючий фактор, або стимуляцією рилізінг-гормону пролактину. Вироблення молока підтримується вивільненням пролактину при сосанні. При зменшенні частоти годування, однак, секреція пролактину у відповідь на смоктання також зменшується. Виділення молока після цього підтримується посиленням чутливості до пролактину.

Достатня лактація, яка забезпечує грудне вигодовування, залежить перш за все від повного випорожнення молочних залоз (при активному смоктанні й регулярному зціджуванні молока). На лактацію впливають також вік, конституційні особливості жінки, тип нервової системи, стан здоров'я в період вагітності, пологів, режим харчування жінки, режим годування дитини та ін. Зазвичай до кінця 1-го року життя дитини рефлекс виділення молока вгасає, і лактація припиняється після відлучення дитини від грудей.

ПОРУШЕННЯ ЛАКТАЦІЇ: Етіологія, класифікація, патогенез, клінічні прояви

Ріст і розвиток молочних залоз обумовлені впливом гормону гіпофіза пролактину, плаценти - плацентарного лактогена, яєчників - естрогенів та прогестерону. Функціональна активність молочної залози регулюється гормонами гіпофіза пролактином і окситоцином.

Лютеотропний гормон, або пролактин, який продукується передньою часткою гіпофіза, сприяє утворенню молока в альвеолах молочної залози жінки. Гормоноутворювальна функція гіпофіза знаходиться під контролем гіпоталамуса. До настання лактації молочна залоза формується під впливом жіночих статевих гормонів, естрогени зумовлюють ріст протоків молочної залози, а прогестерон — розвиток її альвеол. Після пологів посилюється секреція гіпофізом пролактину і настає лактація — утворення й виділення молока молочними залозами. Пролактин має також лютеотропну дію, тобто забезпечує

функціонування жовтого тіла й утворення прогестерону.

Існують варіанти порушення лактації: відсутність (агалактія), зниження (гіпогалактія) та підвищення (гіпергалактія) секреторної функції молочних залоз після пологів, а також мимовільне витікання молока з молочних залоз (галакторея).

Гіпогалактія - зниження секреторної властивості молочних залоз у період лактації. При гіпогалакції кількість молока, що виділяється у жінок, які годують грудьми, знижується на 25 % і більше відносно добової потреби дитини. За даними різних авторів гіпогалактія зустрічається у 6–8 % породіль.

Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), майже у третини матерів, які годують грудьми, спостерігаються різні форми гіпогалакції та лише 1% жінок не здатні годувати дітей грудьми. В Україні на сьогодні спостерігається тенденція до зниження частоти і тривалості годування немовлят материнським молоком; понад 10% матерів не годують грудьми дітей з народження.

Гіпогалактія у матерів після пологів в деяких районах сягає 30–70%, лише 30–40 дітей з 100 знаходиться на грудному вигодовуванні до 6-ти місяців життя.

Гіпогалактія може бути зумовленою уродженою неповноцінністю молочних залоз, гормональними порушеннями, ускладненнями вагітності і пологів, порушенням правил грудного вигодовування, фізичною і психічною перенапругою, недостатнім харчуванням, застосуванням лікарських препаратів (вітамін В₆, камфори, алкалоїдів маткових ріжків, естрогенних і андрогенних гормонів), впливом шкідливих виробничих факторів.

У залежності від **причин та сприяючих факторів** розрізняють *первинну* та *вторинну* гіпогалакцію.

Первинна гіпогалактія виникає внаслідок нейроендокринних порушень в організмі жінки. Вона може бути пов'язана із розладами

гіпогаламо-гіпофізарно-яєчникової регуляції, що виникають під час внутрішньоутробного періоду та у період статевого дозрівання дівчинки, що призводить до порушенню розвитку молочних залоз на різних етапах онтогенезу або у період вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Первинна гіпогалактія зустрічається не більше, ніж у 3–5 % жінок і розвивається внаслідок нейроендокринної патології: порушення росту і розвитку молочних залоз, недостатнього вироблення гормонів. Однією з причин первинної гіпогалакції є інфантилізм статевих органів. Виділяють особливу групу жінок з розвитку первинної гіпогалакції — це жінки, які перенесли операцію кесарів розтин.

Гіпогалактія може бути зумовлена морфологічною або функціональною неповноцінністю молочних залоз. На зниження секреції молочних залоз впливають різні фактори: тріщини сосків, тугі груди, неправильна форма сосків та ін. У деяких випадках вона виникає через відсутність смоктального рефлексу у новонародженого. Є дані про те, що генетичний фактор має велике значення в порушенні лактації жінок.

Розвиток *вторинної гіпогалакції* може слугувати результатом негативного впливу на жіночий організм цілого комплексу біологічних, медичних, соціальних, психологічних та економічних факторів.

До вторинної гіпогалакції схильні жінки: із захворюваннями серця (артеріальна гіпертензія, пороки серця); із захворюваннями ендокринної системи (цукровий діабет, патологія щитоподібної залози); з тяжкими формами пізнього токсикозу (гестозу) під час вагітності; з ускладненнями під час пологів (наприклад, втратою більше 500 мл крові при пологах); які приймають (приймали) деякі лікарські засоби (метилергометрін, гестагени, поєднання естрогенів і прогестерону); які продовжують палити (нікотин впливає на секрецію гормонів, що відповідають за утворення молока); які погано харчуються (відсутність достатньої кількості білка, жирів, вітамінів і мікроелементів); які не мають можливості повноцінно відпочити (6–7-годинний

сон протягом доби — обов'язкова умова для достатнього утворення молока).

Вторинна гіпогалактія розвивається внаслідок пізнього прикладання до грудей, порушення техніки грудного вигодовування, психічних травм, через перевтому.

Провідна роль у розладі лактаційної функції у жінок належить факторам соціального характеру: змінам умов та способу життя, долученню жінок у сферу суспільного виробництва, науки, культури. Істотно впливає урбанізація населення, зміна екології навколишнього середовища.

Однак, незважаючи на об'єктивні причини, велику частку у проблемі гіпогалактії, складають причини ятрогенного характеру: недостатня підготовка жінок до лактаційної функції у період вагітності та післяпологовому періоді, слабка пропаганда природного вигодовування та не завжди дієва участь акушерів, неонатологів і педіатрів у налагодженні лактації та профілактиці захворювань молочних залоз.

У залежності від **періоду розвитку** виділяють *ранню* (у перші 10 діб після пологів) та *пізню* (після 10 діб після пологів) гіпогалактію. Рання гіпогалактія часто є й первинною.

У залежності від **ступеню недостатності молока** по відношенню до добової потреби дитини виділяють 4 ступеню гіпогалактії:

1. *I ступінь* – дефіцит до 25 %
2. *II ступінь* – дефіцит до 50 %
3. *III ступінь* – дефіцит до 75 %
4. *IV ступінь* – дефіцит понад 75%.

При недостатній кількості грудного молока у матері необхідно виявити

клінічні ознаки гіпогалакції:

- неспокій дитини до настання часу наступного годування;
- зміна забарвлення шкіри;
- зниження тургору тканин;
- зрідження сечовипускання та акту дефекації;
- сплюснення кривої прибавки маси тіла;
- відсутність молока у грудях при зціджуванні після годування;
- недостатня добова лактація, що визначається методом контрольного годування.

Лікування.

1. Окситоцин.
2. Полівітамінні комплекси для жінок, які годують грудьми. Глутамінова, аскорбінова або нікотинова кислоти. Апілак.
3. Седативні засоби.
4. Фізіо-, водні процедури. Масаж.
5. Фітотерапія займає значне місце в лікуванні гіпогалакції. У якості лактогінних засобів найчастіше застосовують плоди кмину, кропу, фенхеля, анісу. Народна медицина послуговується також плодами коріандру; листям меліси; травою материнки, астрагала солодколистого, базиліка звичайного, козлятника; коренями лопуха, кульбаби; сумішшю трав гірчака перцевого та листя кропиви.

До складу зборів доцільно вводити ЛРС седативної дії.

Метилхавікол, компонент ефірної олії плодів анісу звичайного, забезпечує

підвищення лактації шляхом стимулювання гонадотропної активності гіпофіза. Наявність метилхавіколу робить насіння кропу або фенхеля придатним для застосування матерями-годувальницями, якщо немає можливості призначити більш активний кмін.

Основними фармакологічними ефектами фіточаю «Лактафітол» виробництва ПрАТ, який випускається у фільтр-пакетах по 2 г (по 20 в упакуванні) є посилення лактації та спазмолітична дія.

Кожен з видів ЛРС - плоди фенхелю (або кропу пахучого), анісу та кмину, а також листя кропиви, що входять у рівних пропорціях до складу збору «Лактафітол» - виявляють лактогенну дію.

«Лактафітол» рекомендується в якості дієтичної добавки до раціону харчування матерів, які годують груддю, з метою збільшення кількості грудного молока та тривалості періоду лактації, а також створення оптимальних дієтологічних умов для нормалізації процесів травлення, зокрема зменшення проявів метеоризму в малюків.

Варто зазначити, що плоди фенхелю (у гастроентерології їх вважають рівноцінними з плодами кропу запашного) застосовують у науковій медицині як шлунковий засіб при різних формах захворювань, що супроводжуються кольками, судомами кишок, диспепсією завдяки спазмолітичній активності зокрема. Дещо рідше призначають їх як бронхолітичний та відхаркувальний засіб. Плоди анісу широко вживаються як секретолітик та відхаркувальний засіб у пульмонології. Плоди кмину широко призначають також при бронхолегеневих та гастроентерологічних захворюваннях. Листя кропиви, багате мікроелементами й вітамінами, зокрема аскорбіновою кислотою, як полівітамінний засіб широко призначають при багатьох патологіях, пов'язаних з порушенням обміну.

Наведені характеристики щодо фармакологічних ефектів та застосування

компонентів збору можуть сприяти розширенню спектру використання фіточаю «Лактафітол» годувальницями у період лактації.

Для приготування настою 1–2 фільтр-пакета фіточаю «Лактафітол» залити 200 мл окропу, настояти у закритому посуді 15 хвилин. Вживати жінкам в період лактації в теплом вигляді по 100 мл 2 рази на день під час прийому їжі протягом 2–4 тижнів. За потреби курс можна повторити через 7 днів.