

ГІПОГАЛАКТІЯ В АСПЕКТІ СУЧАСНОГО АКУШЕРСТВА

Чобей М.М.

УжДУ, кафедра акушерства та гінекології, м. Ужгород

В наш час загальновідомо, що грудне годування є оптимальним видом харчування для дітей першого року життя [2, 12, 14, 15, 19].

У дітей цього віку є фізіологічна форма адаптації до жіночого молока, вироблена в процесі філогенезу. Грудне годування представляє собою своєрідний етап, який полегшує дитині перехід від гемотрофного до лактотрофного, а потім і до звичайного харчування [11].

Переваги природного харчування порівняно зі штучним переконливо доведені і не викликають сумнівів [6, 22].

Головний принцип ВООЗ, що лежить в основі охорони материнства та дитинства, полягає в тому, що для забезпечення виживання і повноцінного розвитку дитини необхідно адекватно задовільняти специфічні біологічні і психологічні потреби, властиві процесу росту людського організму [15].

В ранньому дитячому віці одне з головних місць у вирішенні цієї задачі безсумнівно належить природньому годуванню [1, 11, 18].

Молоко матері, особливо коли дитина отримує його безпосередньо з груді, є оптимальною їжею, яка забезпечує гармонійний розвиток в грудному

віці. Характер і співвідношення білків, жирів, вуглеводів, вітамінів і мінеральних солей в жіночому молоці створюють самі сприятливі умови для переварювання і засвоєння всіх органічних і неорганічних речовин [5, 14].

Жіноче молоко ізосмотичне крові, містить амілазу і ліпазу, які при надходженні до стравоходу доповнюють дію ферментів травних соків дитини. В молоці містяться гормони, які приймають участь в обмінних процесах і імуноглобуліни А, G, M, які виконують захисні функції [20].

При грудному годуванні імунобіологічні взаємовідношення між мамою і дитиною не припиняються після народження, а продовжуються протягом всього періоду грудного годування і зводяться, головним чином, до забезпечення місцевого пасивного імунологічного захисту слизових оболонок шлунково-кишкового тракту [4, 5].

Захисна дія жіночого молока в значному ступені пов'язана з високою концентрацією в ньому секреторних імуноглобулінів класу А, які мають високий ступінь стабільності структури і біологічної активності протягом всього шлунково-кишкового тракту дитини [3, 5].

Білки грудного молока мають високу біологічну цінність і за своєю структурою наближаються до білків клітин дитини, що полегшує використання їх з пластичною метою [3, 14].

В жіночому молоці містяться аспарагинова і аланінова амінотрансферази, діастаза, каталаза, дегідрогеназа, трипсин тощо. Висока протеолітична активність грудного молока, особливо в перші місяці лактації, компенсує в будь-якій мірі відносно функціональну неспроможність залоз стравоходу дітей перших місяців життя [3, 20].

Жирні кислоти грудного молока є пластичною речовиною для ряду субстанцій центральної нервової системи і впливають на її діяльність.

Ще однією важливою перевагою грудного годування є його фізіологічна "стерильність" [1].

Однією з головних причин відмови від грудного годування (до 80%) є гіпогалактія [4, 15], тобто, понижена секреторна здатність молочних залоз в період лактації [14].

Гіпогалактія і, відповідно, ранній перевод дитини на штучне годування несприятливо сказуються на його розвитку і здоров'ї [5,6]. Поряд з цим розробка адекватних медикаментозних методів терапії достатньо важка, що пов'язано зі складністю нейрогуморальної регуляції лактогенезу, неоднозначним підходом до питань патогенезу гіпогалакції, а також нерідно коротким періодом позитивного ефекту лікування [7].

Становлення лактаційної функції представляє собою складну морфофункціональну трансформацію альвеолярного апарату молочної залози і здійснюється в результаті нейро-ендокринної детермінації [8, 9, 19].

Гіпогалактія може бути первинною і вторинною. Первинна гіпогалактія виникає внаслідок нейроендокринних порушень в організмі жінки і найчастіше пов'язана з розладами гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової регуляції, а також порушеннями в фето-плацентарному комплексі [15].

Розвиток вторинної гіпогалакції може бути наслідком негативної дії на жіночий організм комплексу різних факторів – біологічних, медичних, соціальних, психологічних, економічних тощо [10].

Процес лактогенезу, тобто, ініціація утворення і секреції молока, викликається, регулюється і підтримується взаємодією багатьох факторів. Важливіше значення має кількісне і якісне взаємовідношення гормонів – пролактину, соматотропіну, АКТГ, глюкокортикоїдів, окситоцину тощо [14].

Думка дослідників про взаємоз'язок і взаємовплив різних гормонів не однозначні.

Початок лактації забезпечується воздією на молочну залозу естрогенів, прогестерону, плацентарного лактогену і пролактину. Рівень цих гормонів залежить від функціональної активності фето-плацентарного комплексу і гіпоталамо-гіпофізарної системи матері під час вагітності та функції щито-видної залози [3, 8, 9]. Стимуляція секреції молока забезпечується дією пролактину, утворення якого, як вважають Є.Нікітіна та інші [21], активується естрогенами. Під час вагітності цей процес гальмується надлишком прогестерону. Після пологів відношення прогестерон/естрогени різко знижується, в результаті чого лактогенна функція передньої долі гіпофізу підсилюється.

Поряд із жіночими статевими гормонами в лактогенезі приймають участь тиреотропні гормони та кортикостероїди. Зниження рівня естрогенів до моменту пологів, на думку Т.К.Набухотного [14], Ж.А.Ткребаєвої з співавт., веде до збільшення продукції активних кортикостероїдів і водночас підвищує секрецію пролактину, що призводить до початку лактогенезу.

Крім того, процес лактогенезу тісно пов'язаний з нервово-рефлекторними механізмами. Початок відділення молока детерміновано нейроендокринним рефлексом, важливішим регулятором якого є окситоцин [8,]. Секреція гормонів лактогенного комплексу стимулюється аферентною імпульсацією, яка виникає при дратуванні молочної залози під час смоктання. Чим раніше вона починається, тим швидче активізуються секреторні процеси в молочній залозі [1].

Аферентні нервові імпульси від соска передають інформацію в центральну нервову систему, де встановлюється зв'язок з преоптичним ядром і формується "наказ" до викиду гормону задньої долі гіпофізу – окситоцину. Цей октапептид поступає до кровотоку, досягає молочної залози і, взаємодіючи

на її міоепітеліальні клітини, сприяє відділенню молока [8].

Молоко, секретуючись, накопичується в отворах альвеол і протоків, які мають невеликий внутрішній діаметр. Викид молока відбувається тому, що окситоцин стимулює скорочення високоспеціалізованих міоепітеліальних клітин, "виганяючи" тим самим молоко в крупні протоки та збиральні цистерни [17].

Таким чином, основними гормонами, відповідними не тільки за встановлення, але і за підтримку лактації, є пролактин, гормони щитовидної залози та окситоцин.

В регуляції лактації пролактину належить особливе місце. Високий рівень пролактину під час вагітності забезпечується не тільки синтезом його в гіпофізі у відповідь на збільшення вмісту естрогенів, прогестерону і плацентарного лактогену, але і синтезом пролактину трофобластом, децидуальною і амніотичними оболонками [21]. Цим пояснюється поступове збільшення концентрації пролактину в крові, починаючи з 12 тижнів вагітності і до пологів.

В післяпологовому періоді пролактин секретується лактотрофами передньої долі гіпофізу.

В лактаційний період відбуваються значні зміни гормонопродукції і секреції переднього гіпоталамусу. В регуляції секреції пролактину важливу роль відіграють біогенні аміни гіпоталамусу – дофамін і серотонін. Дофамін інгібує утворення пролактину безпосередньо в лактотрофах гіпофізу, а серотонін стимулює синтез і секрецію пролактину.

Дофамінові рецептори містяться в молочній залозі. Вивчено вплив антагоністів дофаміну, зокрема – альфа-сульпіриду, на лактацію. Виявлено, що він має здатність збільшувати лактацію при її недостатності і індукувати при її відсутності. Склад молока при цьому не змінюється.

Між вмістом серотоніну, тиреотропного гормону, пролактину і кількістю молока існує чітко опосередкована залежність. На наявність прямої залежності між інтенсивністю лактації і рівнем пролактину вказують багато авторів [16].

Крім того, пролактин стимулює синтез білків молока – казеїну, альфа-лактоальбуміну і лактози [3].

Секрецію пролактину стимулюють ендогенні опіоїдні пептиди. Припускається, що ендорфін, знижуючи синтез дофаміну, індуктує секрецію і виділення пролактину. Дія ендорфінів інгібується налоксоном і іншими антагоністами опіоїдних пептидів [19].

Найсуттєвіші зміни гормонального статусу, які ініціюють початок лактації, – зниження концентрації прогестерону і естрогенів і, відповідно, знімання гальмування секреції пролактину [17].

Як вже вказувалося, причини гіпогалакції багаточисельні і різноманітні. Лактація може порушуватися під впливом різних негативних факторів зовнішнього середовища, стресових ситуацій, невротичних і ендокринних розладів тощо.

На думку Л.Г.Федорової, виникнення гіпогалакції обумовлюється комплексом соціальних і медико-біологічних факторів, які оказують свій несприятливий вплив на всіх етапах формування лактаційної функції і в період годування груддю.

Ж.А.Туребаєва вважає, що першопричиною гіпогалакції є психоемоційна напруга або стрес із-за соціальних факторів, у зв'язку з кортиколізацією всіх вісцеральних функцій у людини. Тому гіпогалакція супроводжується підвищенням секреції стресорних гормонів в період лактогенезу. Багато авторів вважають, що основним патогенетичним моментом розвитку гіпогалакції є зрушення в центральних нейрогуморальних механізмах лактації, які порушують лактаційну домінанту і призводять до ендокринного дисбалансу [18].

При гіпогалакції відбувається паралельне зниження вмісту пролактину, тиреоїдних гормонів, інсуліну і підвищення рівня кортизолу в крові і молочці.

Враховуючи, що становлення гормонального забезпечення лактаційної функції починається з перших місяців вагітності і досягає повного розвитку в перші тижні після пологів, профілактика гіпогалакції повинна здійснюватися протягом всього цього періоду [15].

Як вже вказувалося, одним з основних етіологічних факторів гіпогалакції є порушення фетоплацентарного гормонопоезу, у зв'язку з чим деякі автори вважають за необхідне проводити профілактику даного стану шляхом проведення комплексного лікування фетоплацентарної недостатності.

Комплексний метод профілактики і лікування гіпогалакції запропонований Р.І.Зейтц з співавт. Крім всіх загальноприйнятих заходів (правильна дієта, гігієнічний догляд за молочними залозами тощо) автори рекомендують приймання нікотинової кислоти по 0,05-0,1 3-4 рази в день, глютамінову кислоту по 1,0 3 рази в день, апілак в таблетках, глендвіт, вітамін Е.

Розроблено і впроваджено в практику спеціальні продукти і харчові добавки, які підвищують ефективність традиційних лікувально-профілактичних комплексів.

Достатньо широко при лікуванні гіпогалакції використовуються гормональні засоби – окситоцин, гіфотоцин, пролактин і ін. – самостійно чи в комплексі з іншими терапевтичними заходами.

Багато авторів повідомляють про успішне застосування фізіотерапії, рефлексотерапії, іглотерапії [13].

Л.М.Слободян з співавт. отримали добрі результати при лікуванні вторинної гіпогалакції музикотерапією.

Заслугує уваги досвід лікування гіпогалакції лікарськими рослинами [13]. З цією метою викори-

стовують аніс звичайний, материнку, тмін, кріп, фенхель тощо.

Однак, незважаючи на багаточисельні рекомендації щодо профілактики і лікування гіпогалакції, мало вивчено питання застосування

йодвмістуючих осередків, в тому числі у юних первородячих, ця патологія залишається невирішеною проблемою сучасного акушерства, негативно сказується на здоров'ї дітей першого року життя і потребує подальшого вивчення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алипов В.И., Колодина Л.М., Корхов В.В. Лактация женщины. Ашхабад. 1988 - 184с.
2. Антенатальная охрана плода и уход за новорожденным (П.Г.Жученко, Н.С.Пушкарь, И.А.Сытник, Г.И.Тарновская, П.П.Григоренко) К.:Здоров'я.- 1983.-144с.
3. Аршавский И.А. Современные достижения физиологии и биохимии лактации.- Л.:Наука, 1989.- 72с.
4. Аръяев Н.Л., Зелинский А.А. Хронические расстройства питания плода, новорожденных и детей раннего возраста. - К.:Здоров'я.- 1994.-168с.
5. Батюнина Н.Ф., Кузьменко Л.Г., Тюрин Н.А. Профилактика и лечение расстройств питания у детей. - М.:Медицина, 1989.-90с.
6. Воронцов И.М., Фатеева Е.М., Хазенсон Л.Б. Естественное вскармливание. Санкт-Петербург, 1993.-199с.
7. Гайдуков С.Н. Сравнительная характеристика эффективности некоторых лекарственных препаратов, применяемых при гипогалактии //VIII Всесоюзный симпозиум по физиологии и биохимии лактации : Тезисы докл.Баку.-1990.-С.37-38.
8. Грачев И.И. Рефлекторная регуляция лактации.-М.:Медицина, 1988.-128с.
9. Ельский В.Н. Эволюционные аспекты эндокринологии.-Л.:Наука, 1986.-50с.
10. Керпель Э.Фрониус. Педиатрия: Пер. с венг.-Будапешт, 1975.-621с.
11. Мазурин З.А. Учебное пособие по питанию здорового ребенка. //М.,-1980- 208с.
12. Миддл В., Воцел Й. Практическая неонатология : Пер. с чешск. М.: Медицина, 1986, 272с.
13. Михайленко Е.Т., Радзинский В.Е., Захаров К.А. Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии. К.:Здоров'я, 1987.-192с.
14. Набухотный Т.К., Васильева О.Г. Гипогалактия.-К.:Здоров'я, 1986 - 56с.
15. Прогнозирование, профилактика и лечение гипогалактии //Методические рекомендации. К.,1988.-24с.
16. Салахова Н.С. Нейрогуморальная регуляция лактации //Проблемы эндокринологии.- 1988.- №3. - С. 21-25.
17. Тепперман Дж., Тепперман Х. Физиология обмена веществ и эндокринной системы.:Пер. с англ.-М.: Мир, 1989.-656с.
18. Babson S.G. Feeding the low-birth-weight infant //J.Pediatr.-1981.-V.79.- P.694-701.
19. Cowie A.T., Tindal S.J. The physiology of lactation //Physiology.-1985.- V.176.-№1.-P.30-32.
20. Eibl M.M., Wolf H.M., Furnkranz H. Prevention of necrotizing enterocolitis in low-birth-weight infants by IgA-IgG Feeding //N.Engl.J.Med.-1988.-V.319 - № 1.-P.1-7.
21. Fluckiger E., Del Pozo E., von Werder K. prolactin: physiology, pharmacology and clinical findings.- Berlin:Springer-verlag.- 1982,-224p.
22. Robson S.C., Dunlop W., Hunter S. Haemodynamic effects of breast-feeding //Brit.J.Obstetr.Gynaecol.-1989.- V.96.-№ 9.- P.1106-1108.

РЕЗЮМЕ

Гипогалактия в аспекте современного акушерства

Чобей М.М.

В многочисленных рекомендациях относительно профилактики и лечения гипогалактии, мало изучен вопрос применения йодсодержащих веществ. В том числе у юных первородящих, эта патология остается нерешенной проблемой современного акушерства, отрицательно сказывается на здоровье детей первого года жизни и требует дальнейшего изучения.

SUMMARY

Hypogalacty in the aspect of modern obstetrics

M.M. Chobei

In numerous recommendations as to the prophylaxis and management of hypogalacthy the question of the use of iodine-containing substances, including young first-in-labour, this pathology remains unsolved in modern obstetrics, negatively influencing the health of children of the first year of life and needs further investigation.

КЛ

Яким В.Савий вісник Ужгородського державного університету. Серія "Медицина", Вип. 8, 1999р. 183

області