

метилірованія обоєх своїх катехоламінових груп. Это свойство, а также высокая способность препарата к адгезии на поверхности считаются причинами его продолжительного действия.

Показания к применению гексопреналина (Гинипрала) следующие:

- Острый токолиз – торможение родовых схваток во время родов при острой внутриматочной асфиксии, остановка мышечных сокращений матки перед кесаревым сечением, перед поворотом плода из поперечного положения, при пролапсе пуповины, при осложненной родовой деятельности. Как экстренная мера при преждевременных родах перед доставкой беременной в больницу.

- Массивный токолиз – торможение преждевременных родовых схваток при наличии сглаженной шейки матки и/или раскрытия зева матки.

- Длительный токолиз – профилактика преждевременных родов при усиленных или учащенных схватках без сглаживания шейки или раскрытия зева матки. Имобилизация матки до, во время и после хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности.

Противопоказания к назначению Гинипрала: гиперчувствительность к одному из компонентов, входящих в состав (в особенности больным, страдающим бронхиальной астмой и гиперчувствительностью к сульфитам); тиреотоксикоз; сердечно-сосудистые заболевания, особенно нарушения ритма сердца, протекающие с тахикардией, миокардит, порок митрального клапана и аортальный стеноз; ишемическая болезнь сердца; тяжелые заболевания печени и почек; артериальная гипертензия; внутриматочные инфекции; лактация.

Дозировка. При остром токолизе применяют 10 мкг Гинипрала, разведенных в 10 мл раствора натрия хлорида или глюкозы, вводят в течение 5-10 мин медленно внутривенно. При необходимости продолжить введение путем в/в инфузий со скоростью 0,3 мкг/мин (как при массивном токолизе).

При массивном токолизе – в начале 10 мкг Гинипрала медленно внутривенно, затем – внутривенная инфузия препарата со скоростью 0,3 мкг/мин. Можно вводить препарат со скоростью 0,3 мкг/мин и без предварительной в/в инъекции. Вводить в/в капельно (20 капель = 1 мл).

Как первую линию помощи при угрозе прерывания после 24-25 нед беременности или угрозе преждевременных родов Гинипрал назначают из расчета 0,5 мг (50 мкг) в 250-400 мл физиологического раствора внутривенно капельно, постепенно увеличивая дозу и скорость введения (максимально 40 капель/мин), совмещая инфузию с приемом блокаторов кальциевых каналов под контролем частоты пульса и параметров артериального давления. За 20 мин до конца капельницы 1 таблетка Гинипрала (5 мг) рет ос через каждые 4 ч.

Снижение дозы Гинипрала необходимо проводить после полной ликвидации угрозы прерывания, но не менее чем через 5-7 дней (уменьшить дозу, а не удлинить промежутки времени между приемом дозы препарата). На основании многолетнего использования Гинипрала установлено, что эффективность его применения составляет около 90%.

Таким образом, накопленный отечественный и зарубежный опыт свидетельствуют о том, что несмотря на всевозрастающий арсенал токолитических средств, на сегодняшний день более эффективных средств для подавления сократительной деятельности матки, т.е. угрозы преждевременных родов, чем β-миметики (в частности, Гинипрал), нет.

РМЖ, т. 17, № 16, 2009 г.



І.А. Жабченко, д.м.н., Л.В. Діденко, О.І. Буткова, Т.М. Коваленко, Г.Є. Яремко, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

Пролонгована післяпологова лактація як метод лікування та профілактики прогресування фіброзно-кістозної хвороби молочних залоз

Фіброзно-кістозна хвороба молочних залоз (ФКХМЗ), або фіброзно-кістозна мастопатія, є одним із найпоширеніших захворювань жінок репродуктивного віку: в популяції захворюваність становить 30-40%, а серед жінок з гінекологічною патологією – 58-80% [1, 2].

Залежно від расової приналежності, професійної діяльності та місця проживання частота ФКХМЗ у вагітних коливається від 3,7 до 8,7% [3].

За даними досліджень, проведених в Інституті педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України у 2001-2006 рр., частота ФКХМЗ серед вагітних становить 12-18%.

До факторів ризику розвитку патології молочних залоз належать несприятливі екологічні умови, нераціональне харчування, гіподинамія, поширення шкідливих звичок, відкладання народження першої дитини до 30 років і довше, зменшення кількості дітей у родині, відмова або короткий термін грудного вигодовування, екстрагенітальні хвороби тощо [4, 5]. Проте основним етіологічним чинником є порушення гормонального гомеостазу жінок при цьому захворюванні. Водночас лактація – це регульований нейрогормональний процес, у якому також простежується тісний зв'язок нейроендокринних і поведінкових механізмів.

Основну роль у підготовці і початку лактації відіграє пролактин – у комплексі з естрогенами, кортикостероїдами, інсуліном, соматотропіном та тиреоїдними гормонами він забезпечує нормальний розвиток молочних залоз [6]. Секреторна функція молочних залоз пов'язана з активністю плацентарної системи під час вагітності. Вагітні зі зниженою функцією плацентарного комплексу становлять групу високого ризику з розвитку гіпогалактії.

У жінок із ФКХМЗ гіпогалактія може бути пов'язана як з дисфункцією плаценти, так і зі змінами в молочних залозах, а також з гормональними порушеннями в період лактації [7].

Під час вагітності проліферативні процеси та мітотична активність клітин епітелію виражені особливо різко. У жінок, які годували немовлят груддю, епітеліальні клітини молочних залоз проходять стадію зворотного розвитку до часткового руйнування альвеол наприкінці лактації. У жінок, діти яких перебували на штучному вигодовуванні, або які годували груддю впродовж досить короткого терміну, часточки клітин альвеол зберігаються, і у них збільшується ризик подальшого розвитку проліферативних процесів у молочних залозах, що може призводити до появи злоякісних пухлин. Тому для пацієнток із ФКХМЗ грудне вигодовування протягом 9 міс і довше може бути одним із методів лікування патології молочних залоз та профілактики її прогресування.

Водночас жінки з ФКХМЗ у зв'язку зі значним нагубанням молочних залоз, боєм та частим розвитком інфільтративних маститів відмовляються від грудного вигодовування або годують груддю впродовж дуже короткого терміну. Як свідчать наші дослідження лактогенезу та лактопоезу у пацієнток із ФКХМЗ

протягом 2010-2011 рр., незважаючи на проведення з такими породіллями санітарно-просвітницької роботи та надання рекомендацій щодо раціонального харчування, продовжували годувати груддю до 6 міс тільки 58,3% жінок із ФКХМЗ, при цьому у 16,6% випадків після 4-5 міс немовлята вже перебували на змішаному вигодовуванні.

До 2 міс на грудному вигодовуванні перебували 16,6% дітей. У 30% жінок із ФКХМЗ спостерігалися ускладнення внаслідок патологічного нагубання грудних залоз та розвитку інфільтративного маститу, що в подальшому призвело до припинення лактації.

У зв'язку з цим було розроблено комплекс організаційних та лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на пролонгування лактації до 9 міс і довше, який включає:

- раннє прикладання новонароджених до грудей (через 5-20 хв після народження);
- спільне перебування у стаціонарі матері і дитини та годування за вимогою;
- ранню виписку зі стаціонару (на 3-тій добу);
- раціональний режим харчування;
- призначення пробіотика (склад: *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium lactis*, *Lactococcus lactis*) починаючи з 38-го тижня вагітності і впродовж лактації до 1 року (по 1 шаше, розчиненому у воді 1 раз на добу), для нормалізації мікрофлори кишечника матері та заселення організму новонародженого адекватною мікрофлорою;
- рослинний препарат (склад: плоди фенхелю звичайного; кмін; пажитник кольоровий; кріп духмяний) з 3-4 доби після пологів тричі на добу для своєчасного становлення нормальної лактації;
- призначення з метою контрацепції через 2 міс після пологів дезогестрелвмісного препарату, який забезпечує свій контрацептивний ефект, пригнічуючи активність гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи і тим самим знижуючи концентрацію естрадіолу та рівень проліферативних процесів у молочній залозі;

- двоетапну санацію статевих шляхів залежно від чутливості виявлених збудників: на першому етапі – елімінацію збудників (хлоргексидину біглюконат, орнідазол), на другому – відновлення нормальної мікроекології піхви за допомогою селективних пробіотиків, які містять лактобактерії (*Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus reuteri*, *Lactobacillus plantarum*) з наступним обов'язковим лабораторним контролем ефективності.



І.А. Жабченко

Призначення розробленого комплексу лікувально-профілактичних заходів сприяло пролонгуванню лактації до 9 міс і довше, нормалізації гормонального гомеостазу породіль та мікроекології організму жінок і немовлят.

Тривале грудне вигодовування забезпечило регрес захворювання молочних залоз у 85,7% пацієнток. У 42,8% жінок ознак ФКХМЗ на УЗД не виявлено, у 42,9% реєстрували поодинокі кістозні утворення, тоді як до вагітності у них спостерігалися множинні кістозні утворення.

Серед жінок, які пролонгували лактацію без застосування розробленого комплексу, ознак ФКХМЗ не виявили лише у 16,7%, а зменшення кількості кістозних утворень у молочній залозі зафіксовано у 25% пацієнток. У 50% жінок із ФКХМЗ, які не отримували рекомендований комплекс лікувально-профілактичних заходів, спостерігалася гіпогалактія, а лактація у них тривала до 2-3 міс із збереженням усіх ознак ФКХМЗ.

Таким чином, розроблений комплекс організаційних та лікувально-профілактичних заходів слід рекомендувати для широкого впровадження, особливо жінкам із ФКХМЗ, що сприятиме як пролонгуванню самої лактації, так і профілактиці прогресування патологічних проліферативних процесів у молочних залозах.

Література

1. Радзинский В.Е. Молочные железы и гинекологические болезни. – М.: «МедиаБюро Статус презенс», 2010. – 304 с.
2. Жук С.И., Косьянко С.Н., Кулик В.А. Состояние молочных желез и репродуктивная функция // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2009. – № 6-7. – С. 20-23.
3. Коган И.Ю. Фиброзно-кистозные изменения молочных желез (мастопатия) и гормональная контрацепция // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 3. – С. 35-40.
4. Татарчук Т.Ф. Тиреоидный гомеостаз и репродуктивное здоровье женщины / Т.Ф. Татарчук, Ю.В. Давыдова, Н.Ю. Косьянчук // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2007. – № 3(9). – С. 66-70.
5. Квашенко В.П., Шаталова М.В. К вопросу о факторах риска развития гипогалактии у женщин с ФПН и привычным невынашиванием // Медико-социальные проблемы семьи. – 2004. – № 6. – С. 84-87.
6. Высоцкая И.В. Современные возможности терапии фиброзно-кистозной болезни // Опухоли. жен. репр. системы. – 2009. – № 7. – С. 44-46.
7. Жабченко І.А., Хомінська З.Б., Шекера І.О., Діденко Л.В., Буткова О.І. Стан лактогенезу та лактопоезу у жінок з фіброзно-кістозною хворобою молочних залоз // Матеріали XIV Конгресу СФУЛТ, 4-6 жовтня 2012 р. – С. 84-85.

