

КОРРЕКЦИЯ ГИПОГАЛАКТИИ У ЖЕНЩИН С ГИПОТИРЕОЗОМ

Смолей Н. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Известно, что женщины с эндокринной патологией, в том числе с заболеваниями щитовидной железы, формируют группу риска по развитию недостаточности лактации. Нарушение тиреоидной функции, в частности, гипотиреоз, оказывает значительное влияние не только на биохимический состав молока, но и определяет количество секретируемого молока. Развивающаяся гипогалактия в свою очередь усугубляет расстройство эндокринного статуса в организме женщины. Раннее прогнозирование возможных нарушений лактационной функции родильниц с тиреоидной патологией имеет существенное значение в организации мероприятий по профилактике и коррекции гипогалактии [1].

Согласно последним литературным данным, поиск средств коррекции гипогалактии ведется в основном в двух направлениях. Одно из них связано с разработкой и применением лекарственных средств, преимущественно воздействующих на секрецию пролактина. Другое связано с развитием и совершенствованием немедикаментозных методов лечения.

Существует метод лечения гипогалактии, основанный на подавлении повышенной активности гипоталамической дофаминергической системы путем применения ее блокаторов. Наибольшее распространение получило использование нового поколения нейролептиков: церукал, сульпирид, дроперидол. Церукал – наиболее мощный стимулятор лактации, он повышает уровень пролактина и не дает побочных эффектов. Механизм действия церукала заключается в его способности блокировать дофаминовые рецепторы в гипоталамусе и гипофизе, что приводит к многократному увеличению содержания пролактина в крови. Однако, по мнению авторов, в незначительном количестве он поступает в материнское молоко и может проникать к ребенку. Известно применение с целью лечения гипогалактии антагониста дофамина мотилиума (домперидона). Лактогенный эффект проявляется непрерывным повышением суточного количества молока. Известен способ лечения гипогалактии с помощью лазера. В результате такого воздействия на молочные железы происходит усиление кровотока и повышение локальной температуры. При этом формируется опосредованное влияние через рецепторное поле молочных желез на гипоталамо-гипофизарную систему, стимулируя синтез гормонов лактогенного комплекса [1, 2].

Вместе с тем для стимуляции лактации и оптимизации качественного состава молока в рацион кормящих матерей, угрожаемых по гипогалактии, вводится специализированный белково-витаминный продукт «Фемилак-2», приготовленный с добавлением витаминов и таурина. Данный продукт способствует улучшению качественного состава молока и удлинению периода грудного вскармливания [1].

Недостатки представленных способов лечения – недостаточная их эффективность и отсутствие индивидуального подхода к родильнице с учетом ее эндокринного статуса.

Цель – разработка способа превентивной коррекции лактационных нарушений у женщин с гипотиреозом.

Материалы и методы исследования. Проведена коррекция гипогалактии у 70 женщин с клинически выраженным гипотиреозом, которые были разделены на 3 группы. Первую группу составили 23 пациентки, получавшие традиционную схему лечения гипогалактии. Во вторую группу вошли 23 родильницы, которые в послеродовом периоде с целью нормализации тиреоидного статуса и лечения гипогалактии получали калия йодид в дозировке 300 мкг в сутки и органический селен в дозе 400 мкг в сутки. Третью группу определили 24 пациентки, которым была разработана схема коррекции лактационных нарушений согласно разработанному нами способу.

Схема коррекции лактационных нарушений, согласно разработанному способу, имела существенные отличия от традиционной. Прежде всего, учитывая соматическую патологию родильниц, а именно, наличие диффузного зоба с гипофункцией щитовидной железы, с целью нормализации тиреоидного статуса женщинам назначался левотироксин во время беременности в дозе 2,3 мкг/кг массы тела со снижением дозы до 1,6-1,8 мкг/кг в послеродовом периоде, калия йодид 300 мкг в сутки, органический селен 400 мкг в сутки, питание, направленное на повышение потребления йода и селена. Кроме того, схема лечения дополнялась назначением молочного белкового напитка «Беллакт Мама» в суточной дозе 200 мл напитка, соответствующей 1 порции [3, 4, 5]. Материал обработан на персональном компьютере с использованием компьютерных программ «STATISTICA 10.0», «Microsoft Excel».

Результаты и их обсуждение. Статистический анализ показал, что средний возраст обследованных женщин составил $27,0 \pm 0,64$, $27,1 \pm 0,75$ и $27,2 \pm 0,78$ года в первой, второй и третьей группах, соответственно.

Из анамнеза установлено, что 26,7% пациенток первой группы, 21,7% женщин второй группы и 19,6% пациенток третьей группы имели наследственный характер эндокринной патологии.

При определении функции щитовидной железы выявлены клинические признаки гипотиреоза: жалобы на зябкость, прибавку массы тела, не связанную с беременностью, сонливость, ухудшение внимания, снижение концентрации памяти, депрессию, выпадение волос, ломкость ногтей, брадикардию, гипотензию, частые упорные запоры. При исследовании уровня тиреотропного гормона его концентрация составила $4,6 \pm 0,83$; $4,5 \pm 0,92$; $4,6 \pm 0,43$ мкМЕ/мл в первой, второй и третьей группах, соответственно, в то время как содержание свободного тироксина было ниже нормы и составило $7,85 \pm 0,56$; $7,87 \pm 0,62$ $7,85 \pm 0,81$ пмоль/л, соответственно ($p < 0,05$).

При исследовании объема выделяемого молока на четвертые сутки послеродового периода у всех обследованных родильниц первой и второй групп и у 50% родильниц третьей группы обнаружена недостаточная его

секреция. Самые низкие показатели лактации оказались в первой группе: гипогалактия 1 степени диагностирована у 48%, гипогалактия 2 степени – у 43%, а гипогалактия 3 степени – у 9% рожениц этой группы. В то же время у женщин второй группы наблюдались явления гипогалактии 1 степени в 63% случаев, гипогалактии 2 степени – в остальных 37% случаев при полном отсутствии более тяжелых нарушений лактации. Этот факт свидетельствует о необходимости нормализации тиреоидного статуса в процессе восстановления лактации у женщин с гипотиреозом. У половины пациенток третьей группы при обследовании обнаружено достаточное выделение молока. Вместе с тем у трети рожениц этой группы (33,3%) обнаружена гипогалактия 1 степени и лишь у 16,7% – гипогалактия 2 степени.

Для оценки дальнейшей эффективности проводимой терапии выполняли контроль среднесуточного объема молока на седьмые-восьмые сутки послеродового периода. Согласно полученным данным, во всех группах наблюдалось увеличение количества молока, однако его динамика была разной. Среднесуточное содержание молока соответствовало норме у 17,4% рожениц первой группы, что оказалось в 3 раза меньше, чем во второй группе – 52,2%, и более чем в 4 раза меньше по сравнению с третьей группой – 75%. Таким образом, разработанный способ коррекции лактационных нарушений позволяет избежать явлений гипогалактии в 75% случаев уже на седьмые-восьмые сутки послеродового периода. При оценке степени тяжести лактационных нарушений обнаружено полное отсутствие их тяжелой формы у пациенток второй и третьей групп, в то время как в первой группе гипогалактия 3 степени имела место в 4,3% случаев. Вместе с тем гипогалактия 1 степени выявлена у 43,5% рожениц первой группы, у 34,8% женщин второй группы и у 20,8% пациенток третьей группы. Гипогалактия 2 степени диагностирована в 34,8; 13 и 4,2% случаев в первой, второй и третьей группах, соответственно ($p < 0,05$).

Это подтверждает эффективность использования калия йодида, органического селена и молочного белкового напитка «Беллакт Мама» в схеме превентивной коррекции гипогалактии у рожениц с гипотиреозом.

Выводы. Гипотиреоз – фактор риска развития гипогалактии у женщин в послеродовом периоде. Традиционная схема лечения гипогалактии у рожениц с гипотиреозом не обладает необходимой эффективностью, так как не учитывает исходный тиреоидный статус обследованных женщин. Разработанный способ превентивной коррекции гипогалактии у рожениц с гипотиреозом приводит к нормализации лактационной функции до 75% случаев и способствует пролонгированию периода грудного вскармливания.

Литература

1. Чернуха, Е. А. Нормальный и патологический послеродовой период: руководство / Е. А. Чернуха. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 119; 127-129; 133-134.

2. Стругацкий, В. М. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога: клинические аспекты и рецептура / В. М. Стругацкий, Т. Б. Маланова, К. Н. Арсланян // – 2-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 101-109.
3. Абдулхабирова, Ф. М. Йоддефицитные заболевания и беременность / Ф. М. Абдулхабирова // Гинекология. - 2006. - Т. 8. - № 2. - С. 54-57.
4. Волкотруб, Л. П. Роль селена в развитии и предупреждении заболеваний (обзор) / Л. П. Волкотруб, Т. В. Андропова // Гигиена и санитария. – 2001. - № 3. – С. 57-61.
5. Зайцев, В. А. Возможные пути устранения недостатка селена в питании жителей Республики Беларусь / В. А. Зайцев [и др.] // Актуальные проблемы гигиены и эпидемиологии: сб. науч. трудов / Минск, 2006. – С. 281-283.

ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ У ЖЕНЩИН С ТУБЕРКУЛЁЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Солонко И. И.¹, Пересада О. А.², Скрыгина Е. М.¹

¹*УЗ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», г. Минск, Беларусь*

²*УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. В последние годы во многих странах мира отмечен рост вульвовагинального кандидоза, который регистрируется не только как самостоятельное заболевание, но и как сопутствующее другим инфекциям. Развитие вульвовагинального кандидоза приводит к ухудшению качества жизни пациентов и является одной из наиболее частых причин обращения женщин к врачу. По данным литературы, около 75% женщин в возрасте до 25 лет имели как минимум один эпизод вульвовагинального кандидоза в анамнезе, 40-50% – повторные эпизоды и 5% женщин – рецидивирующую форму заболевания. Частота вульвовагинального кандидоза составляет 30-45% в структуре инфекционных заболеваний нижнего отдела генитального тракта [1]. Это связано с резким увеличением числа факторов риска в развитии микозов, а также изменением окружающей среды. Кандидозную инфекцию рассматривают как болезнь современной цивилизации, «болезнь от лечения», являющуюся отражением широкого бесконтрольного применения лекарственных средств, экологических стрессов и социальных проблем, оказывающих отрицательное влияние на здоровье человека. Одна из главных причин – увеличение иммунодефицитных состояний, неправильного питания, частых стрессов, фармакологического бума с бесконтрольным применением лекарственных средств, в первую очередь антибактериальных препаратов и гормональных контрацептивов [1, 2, 3]. Изменение нормального микробиоценоза слизистых