



О. М. БОРИС

О. М. Борис, професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО імені П. Л. Шупика, завідувач клініки репродуктивних технологій Українського державного інституту репродуктології НМАПО імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук

Л. М. Онищик, лікар акушер-гінеколог, Український державний інститут репродуктології НМАПО імені П. Л. Шупика, Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини

Г. В. Сотніченко, молодший науковий співробітник кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО імені П. Л. Шупика

І. А. Гак, завідувач відділення репродуктології та ендокринної гінекології Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини, заочний аспірант кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО імені П. Л. Шупика

Сучасний підхід до лікування вторинної гіпогалактії в амбулаторній практиці

Вступ

Протягом всього існування людства принцип грудного вигодовування новонароджених був спільним для всіх народів і культур, оскільки забезпечував дитині виживання і здоров'я. Бурхливий розвиток науки, індустріалізація, залучення жінки в суспільне життя, виникнення фемінізму як суспільного руху спричинили створення нової галузі — технології штучного вигодовування. В основу було покладено кількісний підхід, основним показником адекватності харчування слугували збільшення ваги та кількість споживаної їжі. Якщо дитина не вкладалася в норму збільшення маси тіла і не висмоктувала достатню кількість молока в один, чітко регламентований час годування, ставився діагноз гіпогалактії і починався прикорм з пляшечки. Такий підхід до вигодовування немовлят був надзвичайно розповсюдженим [11, 12, 16].

У 1968 р. відомий американський педіатр L. F. Hill писав: «Вигодовування сумішами стало настільки простим, безпечним і однозначно успішним, що, мабуть, більше не існує проблеми грудно-

го вигодовування» [15]. Кількість жінок, які годували грудьми, постійно знижувалася в усіх країнах світу, і до 1970 р., за даними ВООЗ, лише близько 5 % жінок годували грудьми дітей на першому році життя. Якщо звернутися до історії грудного вигодовування в Росії, то, за даними Г. Н. Сперанського (1928), на початку ХХ ст. 92 % жінок годували грудьми, в 1926 р. — 98,1% (тобто, лише 1,9 % немовлят були на штучному вигодовуванні). Проте на сьогодні кількість жінок з недостатньою лактацією неухильно зростає [1, 11, 20].

Гіпогалактія стає все складнішою проблемою, яка охоплює не лише медико-біологічні, а й соціальні питання. За даними ВООЗ, майже у третини матерів, які годують грудьми, спостерігаються різні форми гіпогалактії.

Гіпогалактія — знижена секреторна активність молочних залоз. Термін «гіпогалактія» походить від двох грецьких слів: *hipo* — вниз; *gala, galaktos* — молоко [1, 3, 5].

Повний цикл лактації включає низку взаємопов'язаних процесів: мамогенез —

розвиток молочної залози, лактогенез — виникнення секретії молока після пологів, лактопоез — розвиток і підтримка секретії молока.

Закладка та розвиток молочної залози починаються на ранніх стадіях внутрішньоутробного розвитку. У постнатальний період у міру росту і статевого дозрівання організму відбувається подальший розвиток молочної залози, істотно змінюються структура її тканин і функція. Особливо ці зміни виражені під час вагітності, що зумовлено комбінованим впливом гормонів гіпофіза, яєчників, плаценти, щитоподібної та паращитоподібної залоз, кори надниркових залоз. Вже з 2–3-го місяця вагітності розвивається гіперплазія залозистої паренхіми молочної залози і виділення нею секрету; спостерігається розширення і проліферація молочних проток та значний розвиток альвеол молочної залози [2, 3, 4].

Найбільшого розвитку молочні залози досягають на момент пологів. Секретія і виведення молока визначаються складним механізмом нейрогормональної регуляції. Після пологів у зв'язку з припиненням функції фетоплацентарного комплексу в організмі жінки знижується рівень естрогену і прогестерону, при цьому починає діяти стимулюючий секретію молока гормон передньої долі гіпофіза — пролактин (лактогенний гормон). Виділення його контролюється гіпоталамусом, у якому виробляються особливі пролактинінгібуючий та пролактин-рилізінг-фактори. Нейрогормони окситоцин і вазопресин, надходячи в кров'яне русло і потім в міоепітеліальні клітини молочної залози, сприяють виведенню молока [13, 14].

Протягом перших двох днів після пологів при стисненні сосків можливе виділення невеликої кількості незрілого грудного молока — молозива. Поступово відбувається збільшення кількості та зміна складу молока, і до кінця 2–3-го тижня після пологів молочні залози починають виділяти зріле молоко. Добова кількість грудного молока досягає максимуму (зазвичай до 1–1,2 л) до 8–9-го тижня після пологів. Для розвитку і підтримки лактації велике значення має ритмічне і досить повне спорожнення молочних залоз (ссання, зціджування молока). Молочні залози дуже чутливі до впливу зовнішнього та внутрішньо-

го середовища, що обумовлено множинністю нейрогормональних факторів, які контролюють їхню функцію. Лактаційна функція залежить зокрема і від стану здоров'я, конституції, віку, особливостей харчування породіллі, ставлення її до дитини і лактації [1, 8, 19].

Лактація зазвичай згасає до кінця першого року життя дитини і повністю зникає після припинення годування дитини грудьми.

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). При гіпогалакції кількість молока, що виділяється у жінок, які годують грудьми, знижується на 25 % і більше відносно добової потреби дитини [1, 5, 7].

За даними різних авторів гіпогалактія зустрічається у 6–8 % породіль. Гіпогалактія може бути зумовлена морфологічною або функціональною неповноцінністю молочних залоз. На зниження секретії молочних залоз впливають різні фактори: тріщини сосків, тугі груди, неправильна форма сосків та інше. 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.

Гіпогалактія може бути:

- рання (первинна), виникає в перші 10 днів після пологів;
- пізня (вторинна), яка виникає через 10 і більше днів після пологів.

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 [4, 10].

Виділяють особливу групу жінок з розвитку первинної гіпогалакції — це жінки, які перенесли операцію кесарів розтин.

Причиною гіпогалакції у цьому випадку є:

- відсутність пологової домінанти;
- неможливість прикласти дитину до грудей у найближчі години після пологів;
- відсутність психологічного стимулу до лактації в післяпологовий період;

- наявність післяопераційних ускладнень. До вторинної гіпогалактії схильні жінки:
- із захворюваннями серця (артеріальна гіпертензія, пороки серця);
- із захворюваннями ендокринної системи (цукровий діабет, патологія щитоподібної залози);
- з важкими 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) [9, 10].

Залежно від дефіциту молока щодо добової потреби дитини виділяють 4 ступені гіпогалактії:

- I — дефіцит молока не більше 25 %;
- II — дефіцит молока на 26–50 %;
- III — дефіцит молока на 51–75 %;
- IV — дефіцит молока більше 75 %.

Від гіпогалактії слід відрізнити тимчасову недостатню секрецію молока в перші 2–4 доби після пологів, яка буває у молодих жінок, які народжують вперше. У такому випадку, при правильному режимі та догляді за молочними залозами лактація швидко відновлюється до фізіологічної норми.

Через недостатню кількість молока дитину рідше прикладають до грудей, зменшують тривалість годувань, відмовляються від нічних годувань і поступово переходять до підгодовування. Харчування з пляшечки знижує активність смоктання, зрештою внаслідок цього діти частіше відмовляються від материнського молока.

Вторинна гіпогалактія розвивається внаслідок пізнього прикладання до грудей, порушення техніки грудного вигодовування, психічних травм, через перевтому [2, 3, 9].

Причини нестачі грудного молока, що пов'язані з особливостями догляду за немовлям:

- пізніше прикладання дитини до грудей (на 3–6-у добу) через хворобу матері або самого малюка спричиняє поступове зменшення лактації вже в перші чотири тижні після пологів;
- вроджені вади розвитку щелепно-лицьової ділянки дитини (незрощення твердого та м'якого піднебіння, верхньої губи — вовча паща, заяча губа), а також захворювання, при яких грудне вигодовування неможливе або утруднене;
- відсутність взаєморозуміння та підтримки в сім'ї, сімейні проблеми призводять до появи тривоги, почуття незахищеності і в результаті розвивається хронічний стрес, який вважають важливим чинником у зменшенні лактації [17, 18].

Для встановлення діагнозу «гіпогалактія» необхідно врахувати наступні дані [6]:

1. Анамнез — дозволяє виявити три групи факторів, які можуть бути причиною гіпогалактії:

- психологічні (небажання матері годувати дитину грудьми);
- медико-організаційні (внаслідок виконання матір'ю необґрунтованих рекомендацій про введення підгодовування, недотримання режиму і дієти);
- конституціональні особливості організму матері, захворювання і патологічні стани (спадкова лактаційна здатність, ускладнений перебіг вагітності та пологів, перше прикладання до грудей більш ніж через 2 год після пологів).

2. Дані об'єктивного обстеження дитини і молочних залоз матері дозволяють підтвердити відсутність причин, що викликають труднощі при годуванні, як з боку матері, так і з боку дитини. Ознаками хорошої лактації може бути виражена венозна сітка, гарний розвиток часток молочної залози.

3. Контрольне годування. Це такий вид годування, при якому дитину зважують до і безпосередньо після годування грудьми з метою визначення об'єму виссаного молока.

При проведенні контрольного годування необхідно дотримуватися наступних правил:

- а) зважування дитини проводять на добре відрегульованих вагах (краще електронних) в одному й тому ж одязі;
- б) слід проводити кілька контрольних годувань (не менше 3–4, протягом 1–2 діб),

оскільки об'єм окремих годувань може бути різним;

в) контрольне годування проводиться в звичній обстановці (в домашніх умовах) для матері та дитини;

г) лікар повинен бути обережним щодо інтерпретації результатів та їхнього викладу матері (сам факт проведення контрольного годування може бути для матері стресовою ситуацією, внаслідок чого кількість молока може знизитися саме при контрольному годуванні).

4. Додатковий метод діагностики. Для визначення недостатньої лактації можна використовувати метод Молля — при гіпогалакції температура тіла у пахвовій ділянці та під молочною залозою однакова (при повноцінній лактації температура тіла під молочною залозою вища на 0,1–0,5 °С).

Препарати, що застосовуються для лікування гіпогалакції:

- нікотинова кислота (acidum nicotinicum) призначається по 0,05 г за 15–30 хв до годування дитини (не менш ніж через 40 хв після прийому їжі матір'ю) 4 рази на добу. Якщо після прийому зазначеної дози препарату мати не відчуває тепла в будь-якій частині тіла або припливу молока, то разову дозу підвищують до 0,075 г, далі за необхідності до 0,1 г, але не більше;
- глютамінова кислота (acidum glutamicum) призначається по 1,0 г 3 рази на добу через 20 хв після їжі; більш ефективним є поєднання з аскорбіновою кислотою по 0,2 г 3 рази на добу;
- полівітамінні комплекси для жінок, які годують грудьми, призначаються по 1–3 таблетки 1–3 рази на добу;
- вітамін Е (токоферолу ацетат, *alfatocopheroli acetate*) призначають під час вагітності жінкам, у яких розвинулася гіпогалакція після попередніх пологів. Доза — 15–20 мг на добу протягом 1–1,5 міс — жінкам з масою тіла до 60 кг по 100 мг на добу, більше 60 кг — 200 мг на добу в 2–3 прийоми 2–3 тиж.
- Апілак (Aplac) як тонізуючий засіб призначається по 10 мг 3 рази на добу. Курс 10–15 днів.

Лікування у випадку первинної гіпогалакції полягає у призначенні гормону пролактину по 5–6 ОД 2–3 рази на добу.

Комплексна терапія для стимуляції лактації включає фізіотерапевтичні процедури:

- масаж: після годування та зцідження молока груди, якою годували дитину, обливають гарячим душем (температура води не вище 44–45 °С) і масажують круговими розминаючими рухами від центру до периферії та зверху вниз з одночасним зцідженням залишків молока. Процедуру повторюють 4 рази на добу (2 рази для кожної груді) по 10 хв;
- замість душу можна використовувати компрес з м'якої тканини, змоченій в гарячій воді. Протипоказанням для масажних процедур є мастит;
- ультразвуковий масаж молочних залоз проводиться протягом 2 тиж. Повторний курс через 2–3 тиж.

Метою цього дослідження була оцінка ефективності застосування препарату Апілак (компанії АТ «Гріндекс», Латвія) у комплексній терапії, спрямованій на корекцію вторинної гіпогалакції.

Апілак (таблетки сублінгвальні) по 25 або 50 штук в упаковці. Одна таблетка Апілак містить апілак ліофілізований (порошок нативного маткового молочка бджіл — секрет, що виробляється алотрофічними залозами робочих бджіл). У апілаку містяться вітаміни (С, В₁, В₂, В₅, В₆, В₈, В₁₂, Н, фолієва кислота та інозитол), макроелементи (К, Na, Ca, Mg, Fe, P) і мікроелементи (Zn, Mn, Cu, Co, S, Si, Ni, Cr, As, Bi), 23 різні амінокислоти, включаючи незамінні (зокрема, гістидин, валін, метіонін, триптофан); інші біологічно активні речовини (холінестераза, ацетилхолін та інші). Апілак має загальнотонізуючу дію, стимулює клітинний метаболізм і регенеративні процеси, покращує трофіку тканин. Застосовувати даний лікарський препарат рекомендовано при порушенні лактації.

Таблетки Апілак приймають сублінгвально. Дорослим по 10 мг (1 таблетка) 3 рази на добу протягом 10–15 днів. Таблетку слід покласти під язик і тримати до повного розсмоктування.

Матеріали та методи

На базі кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика та Українського державного інституту репродуктології обстежено 86 пацієнток з вторинною гіпогалакцією, які відповідали наступним

критеріям: вік 18–40 років (середній вік 29 років); першонароджуючі; повторно-народжуючі з великим проміжком між пологамі; вікові першонароджуючі; пологи через природні родові шляхи; відсутність алергічних реакцій в анамнезі або в даний час на компоненти препарату. Структура породіль у нашому дослідженні: першонароджуючі до 35 років — 27 (31,4%), вікові першонароджуючі — 13 (15,1%), повторнонароджуючі — 46 (53,5%) (рис. 1).

Критерії винятку: первинна гіпогалактія, екстрагенітальні захворювання в стадії декомпенсації, психічні розлади, що впливають на комплаєнтність хворого. Причини вторинної гіпогалактії у досліджуваних породіль подано на рис. 2.

Пацієток рандомізовано на 2 групи: основну та порівняння. Основна група складала 44 породіллі, група порівняння — 42. Пацієткам основної групи з метою корекції вторинної гіпогалактії при-

значався препарат Апілак по 1 таблетці 3 рази на добу сублінгвально протягом 14 днів у поєднанні з фізіотерапевтичними процедурами. Пацієткам групи порівняння призначали нікотинову кислоту по 0,05 мг 4 рази на добу за 30 хв до годування дитини протягом 14 днів у поєднанні з фізіотерапевтичними процедурами.

При статистичній обробці матеріалу використовували непараметричні методи. Проводили статистичний аналіз. Для оцінки внутрішньогрупової динаміки за умови нормального розподілу даних і рівності дисперсій використовували парний критерій Ст'юдента. За рівень статистичної значущості приймали достовірні значення при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення

Результат застосування препарату Апілак у комплексній терапії вторинної

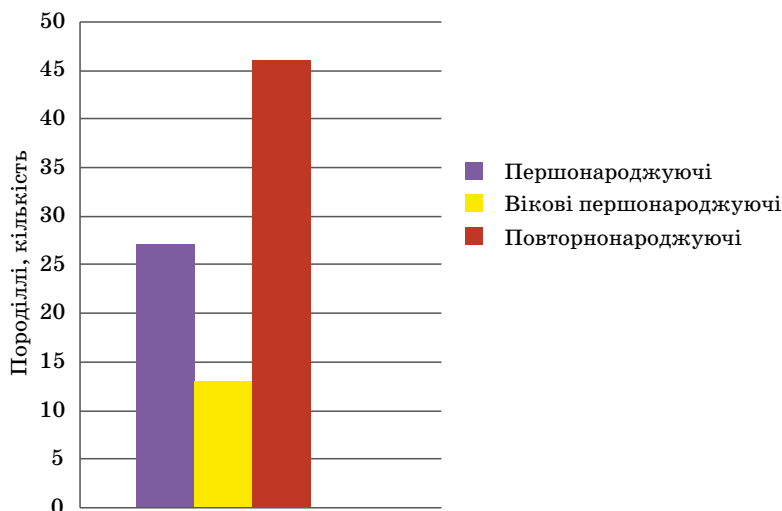


Рис. 1. Структура досліджуваних породіль із вторинною гіпогалактією

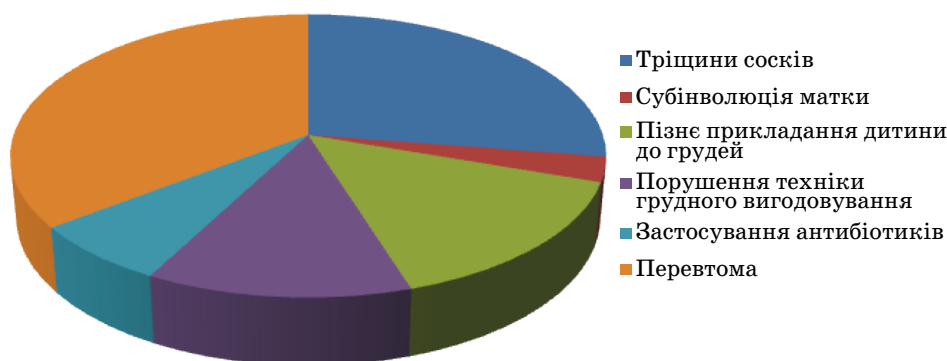


Рис. 2. Етіологія вторинної гіпогалактії

гіпогалактії оцінювали за клінічними проявами (оцінювали суб'єктивні та об'єктивні дані, дані контрольного зважування дитини) та методом Молля. Результати нашого дослідження представлені в таблиці та на рис. 3. Після комплексного лікування вторинної гіпогалактії препаратом Апілак у поєднанні з фізіотерапевтичними процедурами протягом 14 днів лактація нормалізувалася у 64 % породіль основної групи. У пацієнок групи порівняння лактація досягла достатнього рівня в 43 % випадків.

Спостереження показало, що після 3–4-денного прийому Апілака у породіль з гіпогалактією кількість молока, яку перевіряли контрольним зважуванням дитини, збільшувалася у межах від 30 до 60 мл. У наступні дні прийому Апілака кількість молока, продукovanого молочною залозою, ще збільшилася, у деяких випадках до 120 мл за годування. Крім того, після 3–4-ї доби дослідження

відзначено підвищення температури на 0,5 °С під молочною залозою, що також свідчить про поліпшення лактації на фоні застосовуваного лікування.

Висновки

Призначення препарату Апілак сприяє відновленню лактації у породіль у післяпологовий період при вторинній гіпогалактії. У ході нашого дослідження цей препарат показав достатню ефективність, безпеку та хорошу переносимість. Спостереження показало, що після 3–4-денного прийому Апілака кількість молока у породіль із гіпогалактією, яку перевіряли контрольним зважуванням дитини, збільшувалася в два рази (від 30 до 60 мл). У наступні дні прийому Апілака кількість молока, продукovanого молочною залозою, ще збільшилася, в деяких випадках до 120 мл за годування, що сприяло відмінній комплаєнтості пацієнок основної групи.

Таблиця

Результати лікування гіпогалактії препаратом Апілак у пацієнок з вторинною гіпогалактією

Пацієнтки з гіпогалактією	Основна група		Контрольна група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Кількість	44	16 ± 2,41	42	24 ± 3,7
%	100	36,4 ± 7,25	100	57,1 ± 7,6

Примітка. $p < 0,05$.

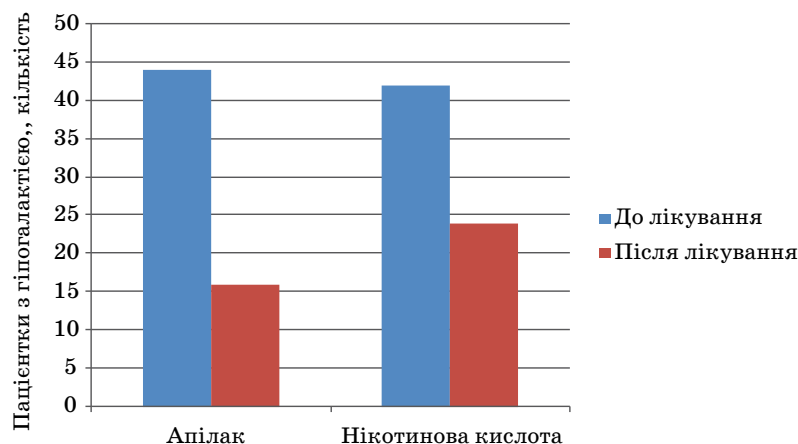


Рис. 3. Порівняльна характеристика ефективності лікування гіпогалактії в основній і контрольній групах

Список літератури

1. Абрамченко В. В. Нарушение лактации (гипогалактия) у женщин в послеродовом периоде и пути ее коррекции / В. В. Абрамченко // Беременность и роды высокого риска : руководство. — М. : МИА, 2004. — С. 375–390.
2. Актуальные вопросы послеродового периода / С. К. Кочиева, Е. А. Чернуха, Н. А. Короткова [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2002. — № 1. — С. 6–8.
3. Герасимович Г. И. Функция лактации и грудное вскармливание / Г. И. Герасимович // Здравоохранение. — 2003. — № 11. — С. 26–33.
4. Гутикова Л. В. Эффективность лечения гипогалактии у родильниц, перенесших гестоз / Л. В. Гутикова // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2007. — Т. 7, № 1. — С. 39–43.
5. Жылкичиева Ч. С. Этиопатогенетические аспекты гипогалактии у родильниц и разработка методов ее коррекции : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология», 14.00.16 «Патологическая физиология» / Ч. С. Жылкичиева. — Бишкек, 2006. — 24 с.
6. Лукушкина Е. Ф. Руководство по питанию здорового и больного ребёнка / Е. Ф. Лукушкина. — Нижний Новгород : Изд-во НГМА, 1997. — 247 с.
7. Омарова Х. М. Профилактика и лечение гипогалактии у многорожавших с варикозной болезнью / Х. М. Омарова // Уральский медицинский журнал. — 2007. — № 2. — С. 51–52.
8. Стрижаков А. Н. Беременность после кесарева сечения: течение, осложнения, исходы / А. Н. Стрижаков, Т. Е. Кузьмина // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2002. — Т. 1, № 2. — С. 40–46.
9. Физиология и патология послеродового периода / А. Н. Стрижаков, О. Р. Баев, Т. Г. Старкова, М. В. Рыбин. — М. : Издательский дом «Династия», 2004. — С. 14–18.
10. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство : учебное пособие для мед. вузов / В. Б. Цхай. — М. : Медицинская книга, Н. Новгород : Изд-во НГМД, 2003. — 416 с.
11. Шахмаева А. Б. Оптимизация комплексного лечения гипогалактии с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения: дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Шахмаева Азалия Баязитовна — Уфа, 2007. — 123 с.
12. Чернуха Е. А. Родовой блок: руководство для врачей / Е. А. Чернуха. — 3-е изд., перераб., испр. и доп. — М. : Триада-Х, 2003. — 709 с.
13. Яхъяева М. Р. Гипогалактия и пути улучшения лактационной функции молочных желез у родильниц чеченской республики / М. Р. Яхъяева, С. С. Попова // Вестник Российского государственного медицинского университета. — 2009. — № 2. — С. 38–40.
14. Gerstner G. Causes of lactation inhibition in the early puerperium / G. Gerstner, W. Grünberger, S. Leodolter // Z. Geburtshilfe Perinatol. — 1982. — Vol. 186, N 2. — P. 97–100.
15. Hill L. F. A salute to La Leche League International / L. F. Hill // J. Pediatr. — 1968. — Vol. 73, N 1. — P. 161–162.
16. Isaacs C. E. The role of milk derived antimicrobial lipids as antiviral and antibacterial agents / C. E. Isaacs, H. Thorman // Adv. Exp. Med. Biol. — 2001. — Vol. 301. — P. 159–165.
17. Koldovský O. Hormonally active peptides in human milk / O. Koldovský // Acta Paediatr. Suppl. — 2004. — Vol. 402. — P. 89–93.
18. Kunz C. Casein and casein subunits in preterm milk, colostrum, and mature human milk / C. Kunz, B. Lönnerdal // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 1990. — Vol. 10, N 4. — P. 454–461.
19. Lawrence R. A. Host-resistance factors and immunologic significance of human milk / eds R. A. Lawrence, R. M. Lawrence // Breastfeeding: a guide for the medical profession. — (7th ed.). — С. V. Mosby, 2011. — P. 153.
20. Polyunsaturated fatty acid composition of human milk in France: Changes during the course of lactation and regional differences / P. Guesnet, J. M. Antoine, J. B. Rochette de Lempdes [et al.] // Eur. J. Clin. Nutr. — 2003. — Vol. 47, N 10. — P. 700–710.

Резюме

Сучасний підхід до лікування вторинної гіпогалактиї в амбулаторній практиці

О. М. Борис,
Л. М. Онищук,
Г. В. Сотніченко,
І. А. Гак

У статті проаналізована ефективність застосування препарату Апілак (компанія АТ «Гріндекс», Латвія) у лікуванні вторинної гіпогалактиї в амбулаторних умовах. Після проведеного дослідження отримана позитивна динаміка суб'єктивного та об'єктивного стану обстежуваних, зазначена добра переносимість та безпечність даного препарату. Призначення Апілака по 1 таблетці 3 рази на добу дозволило нормалізувати лактацію в післяпологовий період.

Ключові слова: первинна гіпогалактия, вторинна гіпогалактия, Апілак, лактація.

The contemporary approach to secondary hypogalactia treatment in polyclinical conditions

E. N. Boris,
L. N. Onischik,
G. V. Sotnichenko,
I. A. Gak

The article offers an analysis of effectiveness of Apilac (Grindex, Latvia) in outpatient treatment of secondary hypogalactia. A positive dynamics of subjective and objective status of examined women, good reactions and safety of the investigated preparation is stated. The study results confirm that the administration of Apilac 3 tablets daily allows normalizing the lactation after delivery.

Key words: primary hypogalactia, secondary hypogalactia, Apilac, lactation.

Summary

Современный подход к лечению вторичной гипогалактии в амбулаторной практике

E. N. Boris,
L. N. Onischik,
G. V. Sotnichenko,
I. A. Gak

В статье проанализирована эффективность применения препарата Апилак (компания АТ «Гріндекс», Латвія) в лечении вторичной гипогалактии в амбулаторных условиях. После проведенного исследования получена положительная динамика субъективного и объективного состояния обследуемых, отмечена хорошая переносимость и безопасность данного препарата. Применение Апилака по 1 таблетке 3 раза в сутки позволило нормализовать лактацию в послеродовом периоде.

Ключевые слова: первичная гипогалактия, вторичная гипогалактия, Апилак, лактація.