

Коррекция нарушений лактационной функции и качественного состава молока у рожениц, перенесших гестоз

Гутикова Л.В.¹, Кеда Л.Н.²

The correction of disorders of the lactational function and qualitative content of milk of puerperas, suffered from preeclampsia

Gutikova L. V., Keda L. N.

¹ Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

² Гродненский областной клинический родильный дом, г. Гродно, Республика Беларусь

© Гутикова Л.В., Кеда Л.Н.

Цель данного исследования — оценить эффективность комплекса мероприятий в коррекции нарушений лактационной функции и качественного состава молока у рожениц, перенесших гестоз.

У 64 рожениц с физиологически протекавшей беременностью и у 180, перенесших гестоз, проведена оценка лактационной функции и содержания основных нутриентов в зрелом грудном молоке.

На 6-е сут пuerперия выявлено, что выраженные нарушения лактационной функции и уменьшение длительности лактационного периода сочетаются со снижением общего количества белка, сывороточных белков, содержания жира (общих липидов, триглицеридов, холестерина и фосфолипидов), углеводов, витаминов-антиоксидантов, макро- и микроэлементов в соответствии со степенью тяжести гестоза. Назначение комплекса лечебных мероприятий (мотилиум, фиточай, апилак, витамины А и Е, сухой молочный продукт) сроком на 14 сут способствовало увеличению суточного количества молока, продолжительности лактационного периода и позволило практически полностью ликвидировать дефицит основных нутриентов в грудном молоке.

Ключевые слова: лактационная функция, качественный состав молока, коррекция, роженицы, гестоз.

The aim of the research is estimation of efficiency of measures for correction of disorders of the lactational function and qualitative content of milk of puerperas suffered from preeclampsia.

There were examined 64 puerperas, who had normal pregnancy and 180 puerperas suffered from preeclampsia and there was made estimation of the lactational function and content of basic nutrients in mature breast milk.

On the 6th day of puerperium, there was revealed evident disorders of the lactational function and decrease in continuance of the lactational period associated with decrease of general quantity of proteins, serum fats (general lipids, triglycerides, cholesterol and phospholipids), carbohydrates, macro- and microelements according to the level of severity of preeclampsia. After carried out treatment (motilium, phytotea, apilac, vitamins A and E, dry milk product) of 14 days there was discovered increase in daily quantity of milk, continuance of the lactational period and almost liquidated deficiency of basic nutrients in breast milk.

Key words: lactational function, qualitative content of milk, correction, puerperas, preeclampsia.

УДК 618.73-08:618.3-008.6

Введение

Естественное вскармливание детей в значительной степени определяет состояние их здоровья не только в раннем возрасте, но и в последующие периоды жизни [1, 2, 4]. У здоровых рожениц имеется не только достаточное количество грудного молока, но и оптимальный его качественный состав по основным нутриентам, необходимым для полноценного роста и развития ребенка [1, 7, 14].

Различные патологические процессы, осложняющие течение беременности, родов и послеродового периода, приводят к развитию гипогалактии [1, 2, 4] и изменению содержания белков, жиров, углеводов, макро- и микроэлементов в грудном молоке [1, 4, 9—12]. К одному из таких осложнений относится гестоз [3]. При этой патологии наблюдается снижение уровня пролактина [1, 3, 4], стимулирующего выработку молока в альвеолах молочных желез [1, 4]. Известно, что определяющая роль в

регуляции содержания этого гормона принадлежит дофамину [1, 4]. Для стимуляции выделения пролактина из гипофиза в акушерской практике используется мотилиум (домперидон), который является антагонистом периферических и центральных рецепторов дофамина, практически не имеет побочного действия и не поступает в грудное молоко [1].

Поскольку развитие гестоза, по мнению ряда авторов, связано с усилением процессов перекисного окисления липидов и накоплением недоокисленных продуктов [3, 5], в лечении гипогалактии используются витамины-антиоксиданты, так как потребность в них во время лактации при этой патологии возрастает [1, 5]. Наряду с лекарственными средствами для стимуляции выделения молока и удлинения лактационного периода многие исследователи рекомендуют использовать фито- и апитерапию [1, 4].

Ряд авторов предлагают различные схемы коррекции нарушений качественного состава грудного молока путем применения продуктов, в состав которых входят белки, жиры, углеводы, витамины, минералы и незаменимые аминокислоты [1, 11, 13]. Известно, что при гестозе вследствие развития полисистемной и полиорганной недостаточности [3, 5] в желудочно-кишечном тракте происходят дисбиотические изменения, препятствующие полноценному всасыванию питательных веществ [3]. Для нормализации функциональной деятельности пищеварительной системы и угнетения роста патогенных бактерий используются продукты, обогащенные бифидобактериями, которые регулируют эндобиоценоз кишечника, что способствует усвоению необходимых нутриентов [6, 8] и, как следствие, положительно влияет на качественный состав материнского молока [14].

Таким образом, коррекция количественного и качественного состава молока у родильниц, перенесших гестоз, должна проводиться с учетом патогенетических аспектов развития основного заболевания и включать комплекс мероприятий, направленных на устранение гормональных и обменных нарушений, микроциркуляторных расстройств.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности комплекса мероприятий в коррекции нарушений лактационной функции и качественного состава молока у родильниц, перенесших гестоз.

Материал и методы

В основу работы положены результаты обследования 244 родильниц, которые были разделены на четыре группы.

Контрольную группу составили 64 женщины. Основные группы составили родильницы, перенесшие во время беременности гестоз: I группа ($n = 60$) — легкой степени, II группа ($n = 66$) — средней степени, III группа ($n = 54$) — тяжелой степени.

Возраст беременных I группы составил в среднем $(26,0 \pm 2,3)$ года с колебаниями от 18 до 38 лет; II группы — $(24,0 \pm 2,8)$ года с колебаниями от 17 до 35 лет. По паритету родов женщины из сравниваемых групп существенно не различались, однако отмечалось превалирование первородящих в обеих группах.

В I и II группах гестоз проявлялся, как правило, двумя симптомами, наиболее частыми из которых явилось сочетание гипертензии и протеинурии. Чистая форма гестоза отмечена у 18 женщин I группы и 22 женщин II группы. У остальных женщин гестоз был сочетанным, т.е. развился на фоне существовавших до беременности экстрагенитальных заболеваний, а именно: нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу, нарушения жирового обмена, хронического пиелонефрита, варикозного расширения вен нижних конечностей, зутиреоидного диффузного зоба. Причем частота встречаемости этих заболеваний в основных группах практически не отличалась.

Беременность у всех пациенток контрольной и основных групп была доношенной (37—40 нед). Все женщины были родоразрешены через естественные родовые пути.

Суточное количество молока определялось на 2, 4, 6 и 20-е сут послеродового периода как сумма разностей массы ребенка до и после кормления за все суточные прикладывания и количества молока, сцеженного из обеих молочных желез за сутки, учитывали массу отделяемого из кишечника новорожденного, а также массу мокрых пеленок. При оценке уровня лактации проводили сравнение суточного количества молока, необходимого ребенку на соответствующий день его жизни, рассчитанного по формуле А.Ф. Тура, и действительного количества молока [4]. Дефицит молока до 25% от необходимого количества расценивался как гипогалактия (ГГ) I степени; до 50% — ГГ II степени; свыше 50% — ГГ III степени; отсутствие молока — агалактия [4].

Критериями для последующего проведения лечения являлись нарушения лактационной функции и изменения качественного состава молока на 6-е сут, а эффективность проведенного лечения оценивалась на 20-е сут. Кроме того, учитывалась продолжительность лактационного периода по анализу анкетных данных.

Содержание основных нутриентов зрелого молока определялось на 6-е и 20-е сут послеродового периода: белков и их фракций, электрофоретическое распределение липидов (общие липиды, триглицериды, холестерин и фосфолипиды) на денситометре DM-2120 (США); жиров, углеводов, макро- и микроэлементов на автоматическом биохимическом анализаторе «Arhitect» С-8000 («Abbott», США); α -токоферола и ретинола спектрофлуориметрическими общепринятыми методами [5].

Методом случайной выборки родильниц I—III основных групп разделили на две подгруппы (в равном количестве). Первую подгруппу составили женщины, не получавшие лечения. Родильницам второй подгруппы назначался комплекс мероприятий для коррекции нарушений лактационной функции и качественного состава молока: мотилиум («Janssen») (таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг, 30 шт., П № 014853/01-2003 25.03.03) внутрь за 15—20 мин до еды перорально в дозе 10 мг 3 раза в день за 1 ч до кормления или сцеживания; антиоксиданты (витамин А в дозе 6 мг; витамин Е в дозе 15 мг 1 раз в день); фиточай № 8 («Лекфарма „Адонис“», Россия) по 0,5 стакана 3 раза в день; апилак в дозе 10 мг 3 раза в день; сухой молочный продукт «Беллакт» (№ 673961/01-2004 27.03.04), обогащенный бактериальным концентратом бифидобактерий, по 20 г 2 раза в день, предварительно растворив в 100 мл воды или чая при температуре 45—50 °С. В 100 г сухого продукта содержится: жира 15 г, белка 25 г (таурин 38,85 мг), углеводов 50 г. Смесь содержит 11 микроэлементов и минеральных веществ, 12 витаминов и соответствует современным рекомендациям по их содержанию для дополнительного питания беременных и родильниц. Комплексное лечение проводили начиная с 6-х сут пуэрперия в течение 14 сут.

Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием стандартных компьютерных программ Statistica 6.0, Microsoft Excel. Достоверность различий значений основных групп по сравнению с контрольной группой определялась по *t*-критерию Стьюдента. Достоверными считали различия при $p \leq 0,05$. Средние величины представлены в виде $M \pm m$, где M — среднее арифметическое, а m — ошибка среднего.

Результаты и обсуждение

Всем женщинам контрольной группы произведено раннее (в первый час после рождения) прикладывание новорожденных к груди. Первое прикладывание новорожденных к груди было отсрочено у 26, 29 и 43 женщин в I, II и III основных группах соответственно в связи с состоянием новорожденных (нарушение мозгового кровообращения, вну-

триутробная инфекция, гемолитическая болезнь новорожденных) и (или) сохранявшимися проявлениями гестоза у их матерей и состоялось в среднем через $(48,5 \pm 2,1)$ ч после рождения. У 82 родильниц, которым было проведено первое прикладывание в течение первых суток, наблюдалось увеличение объема молока начиная со 2-х сут после родов (первое кормление) на 30—50% каждые 2 сут. Следует отметить, что изменения носили достоверный характер уже начиная с 4-х сут. У 98 родильниц с отсроченным первым прикладыванием к груди нарастание объема лактации носило менее выраженный характер. При этом достоверное увеличение объема лактации по сравнению с исходным уровнем было зарегистрировано только на 6-е сут. Кроме того, у этих женщин количественные показатели секрета молочных желез на протяжении всего периода наблюдения были ниже, чем при ранее начатом кормлении, на 25—35% ($p < 0,05$).

Лактационная функция на 6-е сут у родильниц контрольной группы соответствовала физиологической норме. У родильниц, перенесших гестоз, отмечена различная степень гипогалактии: ГГ I степени выявлена у 60,0; 54,5 и 18,5% женщин; ГГ II степени — у 23,3; 21,2 и 51,9%; ГГ III степени — у 13,3; 18,2 и 20,3%; агалактия — у 3,3; 6,1 и 9,3% родильниц I, II и III групп соответственно (табл. 1).

В молоке здоровых родильниц на 6-е сут пуэрперия обнаружено $(14,25 \pm 1,32)$ г общего белка на 1 л молока, а при гестозе выявлено снижение его уровня — $(13,14 \pm 1,13)$, $(12,62 \pm 1,61)$, $(11,45 \pm 1,22)$ г/л в I, II и III группах соответственно. Причем у родильниц, перенесших тяжелый гестоз, различия носили достоверный характер по отношению к контрольной группе. Содержание сывороточных белков в I—III группах снижалось на 9, 21 и 26% соответственно по отношению к контролю (табл. 2). Наиболее характерной особенностью грудного молока родильниц, перенесших гестоз, в отличие от здоровых явилось снижение фракции γ -иммуноглобулинов и относительное повышение концентрации α -лактальбуминов, β -лактальбуминов и сывороточных альбуминов в соответствии со степенью тяжести патологии (табл. 2).

Содержание углеводов в грудном молоке родильниц I—III групп было ниже на 15, 26 и 37% соответственно по отношению к контрольной (табл. 3).

Содержание жира в грудном молоке у родильниц контрольной группы составило $(42,75 \pm 1,72)$ г/л, а при гестозе легкой, средней и тяжелой степени — $(35,4 \pm 1,33)$, $(31,5 \pm 1,26)$, $(24,7 \pm 1,19)$ г/л соответственно (различия достоверны по отношению к контрольной группе и между I—III груп-

пами). Количество общих липидов, триглицеридов, холестерина в зрелом молоке родильниц, перенесших тяжелый гестоз, достоверно ниже по отношению к контролю (табл. 3).

Концентрации витаминов-антиоксидантов А и Е в грудном молоке женщин контрольной группы составили (0,18 ± 0,01) и (2,12 ± 0,19) мг/л соответственно. В I группе

отмечено снижение этих показателей на 54 и 50%, во II группе на 81 и 60%, в III — на 91 и 75% соответственно. Следует отметить, что в группе женщин, перенесших тяжелый гестоз, различия были также достоверны по отношению к I и II группам.

Таблица 1

Продолжительность лактационного периода у обследованных родильниц			
Группа	Лактационная функция на 6-е сут	Подгруппа	Длительность лактации, мес
Контроль	Нормальная (n = 64)	Нелеченые (n = 64)	11,8 ± 2,1
Родильницы, перенесшие гестоз легкой степени	ГГ I степени (n = 36)	Нелеченые (n = 18)	8,1 ± 1,7*
		Леченые (n = 18)	12,7 ± 2,1**
	ГГ II степени (n = 14)	Нелеченые (n = 7)	6,5 ± 2,0*
Родильницы, перенесшие гестоз средней степени	ГГ II степени (n = 14)	Леченые (n = 7)	9,5 ± 1,7**
		Нелеченые (n = 5)	5,3 ± 0,9*
	ГГ III степени и агалактия (n = 10)	Леченые (n = 5)	8,2 ± 1,4**
Родильницы, перенесшие гестоз тяжелой степени	ГГ I степени (n = 36)	Нелеченые (n = 18)	7,2 ± 1,3*
		Леченые (n = 18)	8,9 ± 2,1
	ГГ II степени (n = 14)	Нелеченые (n = 7)	5,1 ± 0,8*
Родильницы, перенесшие тяжелый гестоз	ГГ II степени (n = 28)	Леченые (n = 7)	7,3 ± 0,7**
		Нелеченые (n = 8)	4,3 ± 0,9*
	ГГ III степени и агалактия (n = 16)	Леченые (n = 8)	6,2 ± 1,3*
Родильницы, перенесшие тяжелый гестоз	ГГ I степени (n = 10)	Нелеченые (n = 5)	4,3 ± 0,5*
		Леченые (n = 5)	5,8 ± 0,7**
	ГГ II степени (n = 28)	Нелеченые (n = 14)	4,1 ± 0,8*
Родильницы, перенесшие тяжелый гестоз	ГГ II степени (n = 28)	Леченые (n = 14)	5,2 ± 0,4*
		Нелеченые (n = 8)	2,0 ± 0,3*
	ГГ III степени и агалактия (n = 16)	Леченые (n = 8)	3,8 ± 0,2**

Примечание. Здесь и в табл. 2 и 3: n — количество обследованных; * — $p \leq 0,05$ по отношению к контрольной группе; ** — $p \leq 0,05$ по отношению к подгруппе нелеченых родильниц.

Таблица 2

Содержание и фракционное распределение сывороточных белков в женском молоке у обследованных родильниц						
Группа	Сывороточные белки, г/л	Фракции белков, %				
		γ-Иммуноглобулины	α-Лактальбумины	β-Лактальбумины	Сывороточные альбумины	
Контроль (n = 64)	9,07 ± 0,31	48,91 ± 2,78	36,62 ± 2,69	10,45 ± 1,45	4,02 ± 0,28	
I	A (n = 30)	8,34 ± 0,42	27,23 ± 2,12*	40,13 ± 3,15	22,88 ± 1,61*	9,76 ± 1,48*
	B (n = 30)	9,01 ± 0,20	44,22 ± 2,09**	35,18 ± 2,24**	11,73 ± 1,25**	8,87 ± 0,92*
II	A (n = 33)	7,24 ± 0,52*	20,08 ± 2,15*	41,36 ± 2,25	32,41 ± 1,16*	6,15 ± 0,35*
	B (n = 33)	8,71 ± 0,31**	41,01 ± 2,56**	38,40 ± 2,63	14,84 ± 1,20**	5,75 ± 0,43*
III	A (n = 27)	6,79 ± 0,30*	14,53 ± 1,43*	41,97 ± 2,52*	40,34 ± 3,56*	6,32 ± 0,64*
	B (n = 27)	7,92 ± 0,13**	34,28 ± 1,15**	39,39 ± 2,29	21,09 ± 2,61**	5,24 ± 0,26*

Примечание. Здесь и в табл. 3: A — нелеченые родильницы; B — леченые родильницы.

Таблица 3

Содержание углеводов и липидов в зрелом грудном молоке у обследованных родильниц						
Группа	Углеводы, г/л	Липиды, мг/мл				
		Фосфолипиды	Холестерин	Триглицериды	Общие липиды	
Контроль (n = 64)	85,47 ± 3,10	1,20 ± 0,10	0,59 ± 0,03	23,81 ± 2,10	27,32 ± 2,20	
I	A (n = 30)	73,50 ± 2,91*	1,18 ± 0,09	0,57 ± 0,08	21,72 ± 1,92	24,52 ± 1,61
	B (n = 30)	81,32 ± 2,42**	1,17 ± 0,08	0,56 ± 0,06	22,80 ± 1,21	26,31 ± 1,83

II	A (n = 33)	63,46 ± 3,50*	1,16 ± 0,10	0,54 ± 0,04	20,30 ± 1,11	23,12 ± 1,01*
	B (n = 33)	76,12 ± 3,12**	1,16 ± 0,09	0,55 ± 0,01	21,41 ± 1,02	25,01 ± 1,20*
III	A (n = 27)	54,25 ± 2,81*	1,13 ± 0,08	0,52 ± 0,02*	18,51 ± 1,31*	21,23 ± 1,41*
	B (n = 27)	69,29 ± 2,30**	1,14 ± 0,06	0,50 ± 0,03*	19,92 ± 1,22*	24,32 ± 1,61**

При исследовании микроэлементного состава молока выявлено достоверное снижение содержания железа и меди у родильниц I—III групп, цинка — во II и III, а марганца — в III группе по отношению к контролю ($p < 0,05$). Также обнаружено прогрессивное снижение концентрации макроэлементов — калия, кальция и фосфора в молоке родильниц, перенесших гестоз различной степени тяжести, а именно: достоверные различия в отношении кальция и фосфора отмечены в I—III, а калия во II и III группах по сравнению с контролем. Повышенная концентрация магния в молоке родильниц, перенесших гестоз, вероятно, является следствием использования магниальной терапии в комплексном лечении гестоза.

После проведенного комплексного лечения у родильниц основных групп с исходной ГГ I степени количество секреторного молока увеличилось до 80—100%, а продолжительность лактации на 57, 24 и 35% по отношению к подгруппам нелеченых женщин (см. табл. 1).

У всех родильниц I группы с исходной ГГ II степени после лечения лактационная функция нормализовалась. Во II основной группе с ГГ II степени нормализация лактационной функции была зафиксирована у 5 женщин, а у 2 отмечался дефицит молока в пределах 25%. Продолжительность лактации у родильниц I и II основных групп с исходной ГГ II степени была выше в среднем на 45% по сравнению с нелечеными (см. табл. 1). Среди родильниц, перенесших тяжелый гестоз, с исходной ГГ II степени нормализация лактационной функции отмечена у 7 женщин; у 5 родильниц обнаружена ГГ I степени, а у 2 женщин выявлен недостаток молока до 50%. Длительность лактации в этой подгруппе была только на 27% выше, чем в подгруппе нелеченых родильниц (см. табл. 1).

Среди родильниц с исходной ГГ III степени I основной группы после проведенного лечения у 2 женщин количество грудного молока соответствовало норме, у 1 и 2 наблюдалась ГГ I и II степени. Длительность лактации в рассматриваемой подгруппе была на 55% выше, чем у нелеченых женщин (см. табл. 1). В группе родильниц, перенесших во время беременности гестоз средней степени, с исходным недостатком молока свыше 50% проведенное лечение нормализовало лактационную функцию только у 4 женщин из 8. У 2 родильниц на 20-е сут выявлена ГГ I степени, у 1 — ГГ II

степени, у 1 — агалактия. Продолжительность лактации в данной подгруппе была на 44% выше, чем у нелеченых женщин (см. табл. 1). При тяжелом гестозе в подгруппе женщин с исходной ГГ III степени наблюдалась нормализация лактационной функции только у 2 женщин, ГГ I степени — у 3, ГГ II степени — у 1. У 2 родильниц после проведенного лечения агалактия сохранялась. Продолжительность лактации в данной подгруппе после проведенного лечения на 90% выше, чем у нелеченых женщин (см. табл. 1).

Следует отметить, что ГГ II и III степени в сочетании с гестозом средней и тяжелой степени труднее поддавалась медикаментозной коррекции. Об этом свидетельствует более низкая продолжительность лактационного периода и сохранение у 47—63% родильниц из этих подгрупп нарушений лактационной функции.

У женщин, перенесших гестоз легкой и средней степени, которым проводили комплекс лечебных мероприятий, содержание белков (общего и сывороточных) в грудном молоке практически достигало контрольных величин (см. табл. 2). У родильниц, перенесших гестоз тяжелой степени, количество сывороточных белков было достоверно выше, чем в подгруппе женщин, не получавших лечения, но ниже, чем в контрольной группе. Концентрация общего белка у женщин данной группы составила $(12,94 \pm 1,12)$ г/л.

При оценке белковых фракций грудного молока выявлено, что содержание γ -иммуноглобулинов было достоверно выше на 62, 104 и 135%, а β -лактальбуминов достоверно ниже на 49, 55 и 48% у родильниц I—III групп, получавших лечение, в сравнении с нелечеными (см. табл. 2).

Отмечено достоверное возрастание содержания углеводов в грудном молоке родильниц после проведенного лечения (см. табл. 3). Однако следует отметить, что у родильниц, перенесших среднюю и тяжелую форму гестоза, даже после проведенного лечения количество углеводов было достоверно ниже по отношению к контрольной группе.

Количество жира в грудном молоке после лечения было выше на 14, 19 и 29% при гестозе легкой, средней и тяжелой степени по сравнению с нелечеными женщинами. Однако при оценке качественного состава липидов не выявлено существенных различий между подгруппами (см. табл. 3).

Отмечено достоверное увеличение содержания витаминов-антиоксидантов, железа, меди и цинка, а также всех ис-

следуемых макроэлементов в грудном молоке после проведенного лечения.

Обобщая полученные результаты, следует отметить, что у родильниц, перенесших гестоз во время беременности, наблюдался количественный и качественный дефицит молока, а именно: выраженные нарушения лактационной функции и уменьшение длительности лактационного периода сочетались со снижением количества общего белка, сывороточных белков

(в основном за счет фракции γ -иммуноглобулинов), содержания жира (общих липидов, триглицеридов, холестерина и фосфолипидов), углеводов, витаминов-антиоксидантов, макро- и микроэлементов в соответствии со степенью тяжести рассматриваемого осложнения беременности. Причем следует отметить, что динамика количества отделяемого секрета молочных желез в раннем пуэрперии у женщин основных групп с различными сроками первого прикладывания к груди также зависела от степени тяжести перенесенного гестоза.

Проведенное лечение способствовало увеличению суточного количества молока, продолжительности лактационного периода у всех обследованных родильниц и позволило практически полностью ликвидировать дефицит белков, жиров, углеводов, витаминов, макро- и микроэлементов в грудном молоке женщин, перенесших гестоз легкой и средней степени тяжести. Следует отметить нормализацию фракционного распределения белков за счет увеличения γ -иммуноглобулинов, что особенно важно для защиты организма ребенка от инфекций. У родильниц, перенесших тяжелую форму гестоза, выявлена тенденция к нормализации качественного состава молока по основным нутриентам.

По мнению авторов, обнаруженный положительный эффект проведенного комплексного лечения обусловлен многогранным действием применяемых препаратов. Мотилиум, повышающий выработку пролактина, способствовал увеличению количества молока, а молочный продукт «Беллакт», вызывающий модуляцию индигенной микрофлоры и избирательную стимуляцию роста и активности компонентов нормальной бактериальной флоры кишечника матери, позволил обеспечить полноценное всасывание белков, жиров, углеводов, витаминов, макро- и микроэлементов как из пищи, так и из биологически активных добавок фиточая и апилака.

Заключение

Полученные результаты исследования дают основание отнести беременных с гестозом к группе риска по формированию у них нарушений лактационной функции и качественного состава молока. В связи с чем этим женщинам помимо раннего прикладывания новорожденных к груди и режима свободного вскармливания (при отсутствии противопоказаний) необходимо проводить раннюю профилактику гипо- и агалактии ингибиторами дофамина с целью повышения уровня пролактина, а также корректировать качественный состав молока, назначая функциональные продукты питания и биологически активные добавки.

Для родильниц, перенесших гестоз тяжелой степени, необходимо разрабатывать новые подходы биотерапии, направленные на уменьшение последствий эндогенной интоксикации и нормализацию метаболических процессов с целью предупреждения развития нарушений лактационной функции и качественного состава молока в послеродовом периоде.

Литература

1. *Абрамченко В.В.* Беременность и роды высокого риска: Руководство для врачей. М.: Мед. информ. агентство, 2004.
2. *Булатова Е.М.* Организационные проблемы рационального вскармливания детей раннего возраста // Вест. СПб. акад. им. Мечникова. 2005. № 1. С. 68—71.
3. *Венцовский Б.М., Запорожан В.Н., Сеньчук А.Я., Скачко Б.Г.* Гестозы: Руководство для врачей. М.: Мед. информ. агентство, 2005.
4. *Герасимович Г.И.* Функция лактации и грудное вскармливание // Здоровоохранение. 2003. № 11. С. 26—33.
5. *Гутикова Л.В.* Клинико-биохимическая оценка эффективности применения липорастворимых антиоксидантов при гестозе // Акушерство и гинекология. 2005. № 1. С. 10—13.
6. *Литвинова Е.Д., Дурнев А.Д.* Оценка влияния профилактических молочно-белковых продуктов на показатели кальциевого обмена // Вопр. питания. 2003. Т. 72. № 2. С. 41—42.
7. *Ташбоев О.С., Хакимов Ш.К., Кодиров Ш.К., Жуманазаров Б.Н.* Состав грудного молока у кормящих матерей // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 2003. № 6. С. 21.
8. *Шишко Г.А., Корнилова Т.И.* Пробиотики и пробиотические продукты в медицине // VII съезд акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь. Гродно, 2002. Т. 2. С. 332—336.
9. *Холодова Е.А., Шепелькевич А.П., Заборовская З.В.* Особенности фосфорно-кальциевого обмена во время физиологически протекающей беременности и лактации // Мед. новости. 2004. № 7. С. 3—6.
10. *Allen L.H.* Multiple micronutrients in pregnancy and lactation: an overview // Am. J. Clin. Nutr. 2005. V. 81. № 5. P. 1206—1212.

11. *Boniglia C., Carratu B., Chiarotti F. et al.* Influence of maternal protein intake on nitrogen fractions of human milk // *Int. J. Vitam. Nutr. Res.* 2003. V. 73. № 6. P. 447—452.
12. *Lonnerdal B.* Human milk proteins: key components for the biological activity of human milk // *Adv. Exp. Med. Biol.* 2004. V. 55. № 4. P. 11—25.
13. *Sunehag A.L., Haymond M.W.* Maternal protein homeostasis and milk protein synthesis during feeding and fasting in humans // *Am. J. Physiol. Endocrinol. Metab.* 2003. V. 285. № 2. P. 420—426.
14. *Yamawaki N., Yamada M., Kan-no T. et al.* Macronutrient, mineral and trace element composition of breast milk from Japanese women // *J. Trace Elem. Med. Biol.* 2005. V. 19. № 2—3. P. 171—181.

Поступила в редакцию 20.06.2006 г.