



УДК 613.287:618.73:616.6-036.12-022

ИНФИЦИРОВАННОСТЬ, КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ ГРУДНОГО МОЛОКА И ОСОБЕННОСТИ ЛАКТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Л.И. Мальцева, д. м. н., профессор, А.Р. Фаттахова, к. м. н.,
ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

У 165 родильниц со специфической инфекцией и у 30 здоровых женщин определяли наличие хламидий, микоплазм и герпетических вирусов (ВПГ, ЦМВ), а также условнопатогенной микрофлоры в грудном молоке. Выявлены снижение лактации и изменения в содержании основных нутриентов грудного молока у инфицированных родильниц. Получены факты, свидетельствующие о более тяжелом течении неонатального и раннего детского периода и более высокой заболеваемости детей, получающих грудное молоко со специфическими возбудителями, по сравнению с детьми инфицированных родильниц без инфекции в молоке и контрольной группой.

Ключевые слова: грудное молоко, хроническая урогенитальная инфекция, течение неонатального и раннего детского периода.

165 puerperants with specific infection and 30 healthy women have been examined for the presence of chlamydia, mycoplasma and herpetic viruses, and also conditionally pathogen microflora in breast milk. The decrease of lactation and changes in the content of main nutrients of breast milk of infected puerperants have been revealed. The facts have been received that prove more severe course of neonatal and early childhood period and higher level of diseases among children who get breast milk with specific agents in comparison with children of infected puerperants without infection in milk and control groups.

Key words: breast milk, chronic urogenital infection, course of neonatal and early childhood period.

Одним из наиболее важных периодов онтогенеза является период новорожденности, в котором продолжает поддерживаться очень тесная биологическая связь организма матери и ребенка. К моменту рождения сохраняется функциональная незрелость ряда систем, в том числе центральной нервной системы [1], несовершенство обменных процессов, а также лабильность иммунитета [2]. Распространенным фактором риска, осложняющим условия внутриутробного развития плода и становление компенсаторно-приспособительных механизмов у новорожденных, являются инфекции, передаваемые половым путем. Они приводят к нарушению нормального взаимодействия в биологической системе «мать–плацента–плод», а нередко и к прямому инфицированию плаценты и плода [3], что также влияет на становление адаптационных механизмов у новорожденных. Кроме того, более тяжелое течение беременности и родов, сопутствующее специфической инфекции, не может не отражаться на развитии детей. Симптомы и последствия этих инфекций могут проявляться как сразу, так и после окончания периода новорожденности [4]. Даже в случаях, казалось бы, благоприятного течения беременности и родов у инфицированных женщин ряд авторов указывают на остаточные поражения органов и систем детей раннего возраста. Обеспечение ребенка питательными веществами в оптимальных количествах и соотношениях необходимо для его успешного роста и развития, особенно в условиях функциональной перестройки.

Цель работы: оценить качество грудного молока, особенности лактации и состояния здоровья детей в период новорожденности и раннем детском возрасте у женщин с урогенитальной хламидийной, микоплазменной и герпетической инфекцией.

Материалы и методы исследования. Обследованы 195 родильниц в возрасте от 18 до 43 лет. В I группу вошла 71 женщина с хламидийной и смешанной инфекцией, во II – 51 с микоплазменным и микоплазменно-герпетическим инфицированием, в III – 43 с герпесвирусной и/или цитомегаловирусной инфекцией. В контрольную (IV) группу вошли 30 практически здоровых родильниц, не имеющих по лабораторным и клиническим данным очагов урогенитальной инфекции. Для определения влияния грудного молока инфицированных женщин на здоровье и развитие детей проводилась оценка состояния 197 новорожденных (2 двойни) в детском отделении родильного дома. Наблюдение продолжалось за 65 детьми, переведенными в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей. 51 ребенок был обследован педиатрами в Республиканском центре охраны семьи, материнства и детства МЗ РТ в возрасте до 2 лет.

Антигены в молоке и сыворотке крови определяли после предварительного осаждения и вскрытия клеток. Выделение ДНК проводили: для выявления хламидий – сорбентным методом с постановкой полимеразной цепной реакции (ПЦР), микоплазм – хлороформ-фенольным методом с

использованием ДНК-ДНК-гибридизации. Вирусы простого герпеса и цитомегаловирусы в молоке обнаруживали путем накопления вирусного антигена на культуре клеток почки эмбриона зеленой мартышки Vero с последующей постановкой реакции иммунофлуоресценции (для ВПГ) и реакции непрямой иммунофлуоресценции (для ЦМВ). Бактериологическое исследование проводили в соответствии с Методическими рекомендациями по бактериологическому контролю грудного молока МЗ СССР (г. Москва, 1984). Об уровне лактации в родильном доме судили по соответствию количества секретированного материнского молока потребностям новорожденного. Количество секретированного молока устанавливалось на основании контрольного взвешивания и определения количества сцеженного грудного молока после каждого кормления в течение суток. Суточная потребность ребенка в молоке вычислялась по формулам Финкельштейна и Зайцевой. В отделении патологии новорожденных и недоношенных детей адекватность лактации качественно оценивали врачи-неонатологи на основании скорости прироста массы тела [1], оценки толщины подкожно-жирового слоя и общего клинического состояния новорожденных.

У 85 женщин был исследован качественный состав грудного молока, собранного после утреннего (9.00) кормления путем сцеживания из той груди, которую сосал ребенок (так называемое «заднее молоко»). Определение содержания общего белка, липидов и лактозы в молоке проводили по методике В.Ю. Домбровского и др. (1986). Уровень железа, цинка, кальция, свинца, стронция в молоке определяли методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии на приборе СА-10НП, неорганического фосфора в молоке – микрометодом по Дозе в модификации М.М. Алимовой (1964).

При комплексном изучении анамнеза, экстрагенитальной патологии, особенностей течения беременности и родов у женщин с урогенитальной инфекцией было установлено достоверное повышение частоты дисфункции яичников, цервицитов, абортот и родов с инфекционными осложнениями в анамнезе у родильниц с хламидийной и микоплазменной инфекцией, а также бесплодия во II группе ($p < 0,05$ по сравнению с контрольной). Для беременных с хламидийной инфекцией были типичными НЦД по гипотоническому и смешанному типу, патология печени и желчевыводящих путей, при микоплазменном инфицировании – варикозная болезнь и в обеих группах – пиелонефрит и упорный кольпит ($p < 0,05$ по сравнению с контрольной). При наличии хламидий у женщин чаще встречался вагинальный кандидоз ($p < 0,05$), при микоплазменной инфекции – угроза прерывания беременности в III триместре ($p < 0,05$). Инфицированным женщинам в гестационном периоде достоверно чаще проводилась иммунотерапия (внутривенный иммуноглобулин, при хламидийной инфекции – α -интерфероны), при наличии хламидий и мико-плазм – специфическая антибиотико-

терапия. Роды у женщин с урогенитальной инфекцией, по сравнению со здоровыми, имели характерные особенности. У беременных с герпетической инфекцией в 12,2% случаев роды происходили на сроках 34-37 недель ($p < 0,05$). У 21,1-27,5% родильниц с хламидийным и микоплазменным инфицированием наблюдалась задержка частей последа ($p < 0,05$). Достоверно чаще при визуальном и гистологическом исследовании плацент выявлялись: у женщин с хламидийной инфекцией – базальный лимфоцитарный децидуит (БЛД), склероз плодных оболочек, ангиоматоз терминальных ворсин, с микоплазменной – участки жирового перерождения, инфаркты, петрификаты в парабазальной зоне, при наличии герпетических вирусов – поражение базальной пластинки, БЛД, петрификаты в парабазальной зоне, гиперплазия и ангиоматоз терминальных ворсин ($p < 0,05$ для всех признаков).

ТАБЛИЦА 1. Частота инфицирования грудного молока у обследованных женщин (%)

Выделение инфекций с грудным молоком	Группы родильниц			
	первая (хламидийная инфекция) (n=71)	вторая (микоплазменная инфекция) (n=51)	третья (вирусная инфекция) (n=43)	четвертая (контрольная группа) (n=30)
Хламидии	33,8	0	0	0
Микоплазмы	40,8	68,6	0	0
Герпетические вирусы	18,2	19,6	34,9	0
В том числе сочетание специф. инфекций	23,9	7,8	0	0
Отсутствие специф. инфекций	31,1	19,6	65,1	100
Неспециф. бактериальная флора	39,4	74,5	51,2	0
В том числе в сочетании со специф. инфекциями	16,9	64,7	7	0
Отсутствие инфекций	8,4	9,8	20,9	100

В результате обследования 165 инфицированных женщин специфическая инфекция в молоке наблюдалась у 126 (76,3%). Хламидии в грудном молоке были обнаружены у 14,5% родильниц, микоплазмы – у 38,8% женщин (в том числе хламидийно-микоплазменное инфицирование – у 7,3%), вирусы герпетической группы – у 23%, из них сочетание хламидий или микоплазм с вирусной инфекцией – у 9,1% родильниц. Неспецифическая бактериальная флора

(*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus aureus*, *Enterobacter agglomerans*, *Escherichia coli*) выявлялась в грудном молоке у 57% инфицированных женщин, причем больше чем у половины (54,3%) из них сочеталась со специфической инфекцией в молоке.

В группах родильниц частота инфицирования грудного молока распределялась следующим образом (таблица 1): в I группе хламидии выявлялись в молоке у 33,8% женщин, и в этой группе наблюдалось максимальное сочетание специфических возбудителей в молоке (23,9%). Микоплазмы были наиболее часто встречающимся специфическим инфекционным агентом (68,6% во II группе и 40,8% в I). Частота выделения герпетических вирусов с молоком составляла 34,9% у родильниц с вирусным инфицированием, в других группах также была достаточно высокой (18,2-19,6%). В III группе максимальным было отсутствие специфических инфекций в молоке (65,1%) в отличие от 19,6% во II группе и 31% – в I группе.

Женщины с микоплазменной инфекцией лидировали не только по выделению специфических, но и условнопатогенных возбудителей в грудном молоке – 74,5% против 39,4-51,2% в других группах, а также по их сочетанию – 64,7% (16,9% – при хламидийном инфицировании и 7% – при вирусном). Стерильным или с низкой степенью колонизации условнопатогенной микрофлорой грудное молоко было у всех родильниц группы контроля, у 8,4% – в I, у 9,8% – во II, у 20,9% – в III группе.

Хламидии выявлялись в грудном молоке только при наличии у родильниц сочетанной хламидийно-микоплазменной инфекции (в 48%). Обнаружение хламидий в молоке всегда совпадало с их наличием в сыворотке или цельной крови, и только в 56,5% случаев антиген возбудителя выявлялся в мазках из цервикального канала. Хламидийное инфицирование грудного молока сопровождалось выявлением специфических Ig класса A и G в сыворотке крови, что характерно для хронического течения хламидийной инфекции. Наиболее часто хламидии выделялись с молоком при наличии специфических Ig A и отсутствии Ig G, что может свидетельствовать о персистенции возбудителя и сопровождаться полным отсутствием симптоматики у женщин [5]. Проведенный анализ показал, что обнаружение хламидийной инфекции в молоке коррелировало с мочевой инфекцией, ультразвуковыми признаками инфицирования плода (расширение ЧЛС, гидроцеле), инфарктами в плаценте, вирусной инфекции в молоке. Инфицированию молока хламидиями способствовало отсутствие или позднее начало специфического лечения (после 25 недель). Стандартная специфическая антибиотикотерапия во время беременности или после родов снижала вероятность выделения хламидий с молоком в 2,8 раза, смешанной инфекции в 1,7 раза. Максимальный эффект оказали спирамицин (85,7%), джозамицин (83,3%), эритромицин (75%).

При наличии микоплазм в цервикальном канале или крови инфицирование молока составляло 58,6% и 66,7% соответственно, количество микробных тел в молоке (10^2 - 10^3) было

равным содержанию в крови. Вероятность выделения микоплазм с молоком повышалась при выделении возбудителя из нескольких очагов (шейка матки, уретра, кровь, плацента). Наличие микоплазм в грудном молоке коррелировало с «потерей плода» в анамнезе, бактериальным вагинозом, нарушением сократительной деятельности матки, не поддающейся консервативной терапии, петрификатами в плаценте. Традиционная специфическая антибиотико- и иммунотерапия практически не оказывали влияния на вероятность выделения микоплазменной инфекции с молоком.

В III группе частота инфицирования молока была выше при сочетании вирусов простого герпеса и цитомегаловирусов у женщин (55,5%). ВПГ выделялись с молоком при клинической манифестации герпетической инфекции независимо от срока беременности или послеродового периода, частоты и локализации клинических проявлений. Цитомегаловирусы в грудном молоке обнаруживались, в основном, при обострении инфекции по лабораторным данным. Герпетическое инфицирование грудного молока имело взаимосвязь с активацией инфекции у женщин, частичной преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, преждевременными родами, ангиоматозом терминальных ворсин плаценты. Оценка влияния специфического лечения на герпетическую инфекцию в молоке была приблизительно из-за небольшого количества наблюдений – она показала эффективность ацикловира (системно или местно), эпигена, α -интерферонов и отсутствие действия внутривенного иммуноглобулина.

Из условнопатогенной микрофлоры наиболее часто у инфицированных женщин выявлялся массивный рост *Staphylococcus epidermidis* в грудном молоке до 5×10^3 КОЕ/мл (26,1%), он же имел максимальную частоту ассоциаций со специфическими инфекциями. *Staphylococcus haemolyticus* (до 10^3 КОЕ/мл) с молоком выделялся реже (10,3%) и был ассоциирован только с герпетическими вирусами у 1,8% родильниц. *Staphylococcus aureus* (до 4×10^3 КОЕ/мл) был самой редкой находкой среди обследованных женщин (3,6%) и всегда сочетался со специфической инфекцией в молоке – микоплазмами и вирусами (по 1,8%). *Enterobacter agglomerans* (до 600 КОЕ/мл) – 9,1% – имел ассоциации с хламидиями, микоплазмами и герпетическими вирусами, а *Escherichia coli* (до 200 КОЕ/мл) – 7,9% – только с микоплазменным инфицированием грудного молока. Таким образом, высокая инфицированность грудного молока специфической флорой и УПБ, взаимосвязь урогенитальной инфекции с патологией беременности, родов, изменениями в плаценте позволяют предположить комплексное негативное влияние специфической инфекции на количество и качество грудного молока.

Среди инфицированных родильниц ранняя недостаточность лактации выявлялась у 60,6%: с хламидийной инфекцией – у 73,2%, с микоплазменной – у 60,8%, с вирусной – у 39,5%. Поздняя форма гипогалактии наблюдалась у 29% женщин с урогенитальной инфекцией: в I группе – в 30,8%

случаев, во II – в 50%, в III – 0%. Все здоровые родильницы имели достаточный уровень грудного молока. Таким образом, гипогалактия была свойственна инфицированным родильницам, особенно страдало у них становление лактации. Кроме того, низкое количество грудного молока в любом периоде имело взаимосвязь с его качественным составом – повышением концентрации цинка, фосфора, жира, снижением уровня лактозы.

У всех инфицированных женщин выявлялось достоверное повышение уровня железа и стронция в молоке ($0,48 \pm 0,03$ мг/л, у здоровых – $0,29 \pm 0,05$ мг/л, $p < 0,05$) и ($0,102 \pm 0,008$ мг/л и $0,074 \pm 0,011$ мг/л соответственно, $p < 0,05$). Результаты исследования грудного молока по группам представлены в таблице 2.

ТАБЛИЦА 2. Качественный состав грудного молока в зависимости от инфицирования родильниц (n=85)

Качественный состав грудного молока	Группы родильниц			
	первая (хламидийная инфекция) (n=26)	вторая (микоплазменная инфекция) (n=23)	третья (вирусная инфекция) (n=19)	четвертая контрольная группа (n=17)
Общий белок, г/100 мл	1,30±0,07*	1,26±0,15	1,19±0,11	1,09±0,08
Жир, г/100 мл	4,23±0,29	4,08±0,28	4,25±0,36	5,01±0,55
Углеводы, г/100 мл	4,32±0,23	4,78±0,31	4,96±0,40	4,84±0,26
Железо, мг/л	0,55±0,06**	0,38±0,04	0,47±0,06*	0,29±0,05
Цинк, мг/л	1,75±0,12	2,23±0,16*	1,93±0,19	1,75±0,17
Кальций, мг/л	156,66±3,8	150,58±4,78	143,81±5,34*	159,90±7,38
Фосфор, мг/л	186,8±15,8	202,1±20,0	169,0±19,2	202,5±20,7
Свинец, мг/л	0,05±0,0	0,05±0,0	0,05±0,0	0,05±0,0
Стронций, мг/л	0,10±0,01	0,10±0,01	0,11±0,02*	0,08±0,01

* – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$ по сравнению с контрольной группой.

При хламидийной инфекции отмечалось повышение концентрации общего белка и железа в молоке ($1,30 \pm 0,07$ г/100 мл, у здоровых – $1,09 \pm 0,08$ г/100 мл, $p < 0,05$) и ($0,55 \pm 0,06$ и $0,29 \pm 0,05$ мг/л в контрольной группе, $p < 0,01$), при микоплазменной – цинка ($2,23 \pm 0,16$ мг/л, у здоровых – $1,75 \pm 0,17$ мг/л, $p < 0,05$). У женщин с герпетической инфекцией содержание железа и стронция в молоке повышалось в 1,6 и 1,4 раза соответственно ($p < 0,05$), при этом уровень кальция был снижен ($143,81 \pm 5,34$ мг/л, у здоровых – $159,90 \pm 7,38$ мг/л, $p < 0,05$). В тех случаях, когда инфекция выделялась с молоком, наблюдалось увеличение концентрации цинка и фосфора в молоке ($2,29 \pm 0,16$ мг/л, у здоровых – $1,75 \pm 0,17$ мг/л, $p < 0,01$) и ($224,2 \pm 24,8$ и $133,3 \pm 21,2$ мг/л, $p < 0,05$). Таким образом, хроническая урогенитальная инфекция приводит к изменению качественного состава грудного молока, а выделе-

ние ее с молоком усугубляет эти изменения. С.Д. Hebert (1993) [6] установил, что большие концентрации эссенциальных нутриентов (цинк, железо) также обладают повреждающим действием на клеточные мембраны, как и токсические микроэлементы. Кроме того, высокий уровень железа в грудном молоке женщин с хронической урогенитальной инфекцией может привести к уменьшению количества аполактоферрина (превращению в лактоферрин) и, вследствие этого, к снижению бактериостатических свойств женского молока [7]. Кроме того, повышенное содержание железа является диетическим ингибитором всасывания цинка, потребность в котором высока в раннем грудном возрасте. Уровень стронция в молоке, достоверно повышенный у женщин с урогенитальной инфекцией, препятствует всасыванию кальция и фосфора в желудочно-кишечном тракте, что приводит к патологии развития опорно-двигательной системы детей [8]. Учитывая, что концентрация кальция в нашей работе была достаточно низкой, такая конкурентная связь, вероятно, прогностически неблагоприятна для новорожденных инфицированных женщин. Кроме того, низкое содержание кальция в нашем исследовании может быть связано с тем, что «заднее» молоко содержит меньше сыворотки и больше жира [9] и имеет меньшую обеспеченность кальцием, так как распределение кальция составляет в сыворотке 67-76%, в жире – 17-18%, в казеине – 7-17% [10].

Изучение взаимосвязей между компонентами грудного молока выявило различия у здоровых и инфицированных родильниц. В молоке женщин, выделяющих специфическую инфекцию, в отличие от здоровых, наблюдалось большое количество корреляционных связей между нутриентами (общим белком, лактозой, железом, цинком, свинцом, стронцием), что доказывает лабильность качественных характеристик молока у этих женщин, тогда как в грудном молоке контрольной группы прослеживалась связь только между неорганическим фосфором и лактозой.

Для комплексной оценки влияния инфицирования грудного молока на состояние новорожденных и детей в возрасте до 2 лет младенцы женщин с урогенитальной инфекцией были разделены на две группы: I – 128 новорожденных, получающих инфицированное молоко, и II – 39 детей, вскармливаемых грудным молоком без специфических возбудителей, 30 младенцев здоровых родильниц вошли в группу контроля.

Новорожденные всех трех групп не имели достоверных различий в оценке по шкале Апгар, весе и росте после родов, частоте недоношенности, незрелости, гипотрофии, переносимости, внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах.

В неонатальном периоде у детей, вскармливаемых инфицированным молоком, специфические возбудители (хламидии в мазках из конъюнктивы, микоплазмы в крови, ВПГ и ЦМВ в моче, Ig M к ВПГ) выявлялись в 3 раза чаще, чем у новорожденных II группы ($p < 0,001$). Несмотря на то, частота Ig G к хламидиям и титр Ig G к ВПГ и ЦМВ были выше у младенцев I группы, клинические проявления инфекционного процесса у

них были более выражены. Частота гипертермии была выше в 1,9-2,4 раза ($p < 0,05$ по сравнению с двумя другими группами), ринита – в 1,9-4,5 раза, степень колонизации новорожденных условнопатогенной микрофлорой (по результатам мазка из уха) в среднем была в 100 раз больше. Достоверно сниженными по сравнению с контрольной группой оказались общие Ig G сыворотки крови ($10,7 \pm 0,9$ против $13,4 \pm 0,9$, $p < 0,05$), повышенными – моноциты в общем анализе крови ($8,5 \pm 0,5\%$ против $6,8 \pm 0,6\%$, $p < 0,05$). По данным корреляционного анализа наличие инфекции в грудном молоке имело обратную связь с количеством Ig A, нейтрофилов, тромбоцитов в крови новорожденных.

Неврологическое состояние детей, вскармливаемых инфицированным молоком, было более тяжелым, чем у новорожденных, получающих молоко без специфических инфекций, и в контрольной группе. Частота пирамидной недостаточности была выше в 1,7-1,9 раза ($p < 0,05$ по сравнению с обеими группами), гипертензионно-гидроцефального синдрома – в 2,3 раза, вегетовисцеральных нарушений – в 3,6 раза выше по сравнению со II группой (в контрольной группе патология отсутствовала). Выявлялись многочисленные корреляции инфицирования грудного молока как в целом, так и отдельными возбудителями с неврологическими синдромами у новорожденных.

У новорожденных, вскармливаемых инфицированным молоком, в 2,8-3,3 раза чаще наблюдалась транзиторная ишемия миокарда ($p < 0,05$ по сравнению с двумя другими группами). Наличие микоплазм в молоке коррелировало с частотой желтушного синдрома и токсической эритемой у младенцев, которую считают псевдоаллергической реакцией организма в ответ на избыточное поступление из кишечника эндотоксинов первичной бактериальной флоры [2]. Новорожденные, вскармливаемые инфицированным молоком, в 1,3-1,4 раза чаще по сравнению с другими группами переводились на II этап выхаживания, в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей.

В отделении патологии новорожденных и недоношенных детей у младенцев, получающих молоко со специфической инфекцией, достоверно чаще встречались конъюгационная желтуха (в 2,2-2,4 раза, $p < 0,05$ с II и III группами), лабораторные признаки анемии (в 2-2,8 раза, $p < 0,01$ со II и $p < 0,05$ с III группой), пирамидная недостаточность (в 2,9-4,2 раза, $p < 0,05$ с II и III группами). У детей, вскармливаемых инфицированным молоком, были более выражены инструментальные маркеры патологии нервной системы (по данным нейросонографии) и стойкость патологических синдромов. Наличие инфекции в молоке коррелировало с церебральной ишемией и весом детей при выписке из ОПН и НД, микоплазм в молоке – с оксалурией и лейкоцитурией, пирамидной недостаточностью, нервно-рефлекторной возбудимостью.

В возрасте до 2 лет у детей, получавших инфицированное молоко, чаще наблюдалось отставание как в физическом (в 1,5-2,5 раза по сравнению с другими группами), так и

нервно-психическом развитии (в 1,9 раза чаще, чем во II группе, при отсутствии в контрольной). Только дети, вскармливавшиеся молоком со специфическими возбудителями, страдали конъюнктивитом (13,8%), дакриоциститом (6,9%), пневмонией (10,3%), вульвитом (6,9%), имели диагноз «Часто болеющие дети» (3,4%) и гипертензионно-гидроцефальный синдром (10,3%). У детей, получавших инфицированное молоко, чаще наблюдались различные формы патологии нервной системы – в 1,2-2,7 раза по сравнению со II группой, и в 2,8-3 раза – с контрольной. Частота функциональной кардиопатии и кристаллурии была в 1,7 раза выше у детей, вскармливавшихся молоком со специфическими возбудителями, чем во II группе, и отсутствовала у детей здоровых родильниц. Гепатомегалия достоверно чаще диагностировалась у детей, получавших инфицированное молоко ($p < 0,05$) по сравнению с другими группами. Только у них выявлялась анемия II степени (6,9%) и такая патология желудочно-кишечного тракта, как диспанкреатизм (10,3%), синдром нарушения всасывания (6,9%), синдром кишечных колик (24,9%), а также синдром рахита (24,1%). Патология раннего возраста детей, получавших инфицированное молоко, отличалась большей частотой, сочетанностью, упорным течением, необходимостью длительного наблюдения и коррекции.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о высокой частоте инфицирования грудного молока у родильниц с хронической урогенитальной инфекцией как специфической, таки условнопатогенной микрофлорой. Специфическое

инфицирование женщин (особенно микоплазменное) влияет на количество грудного молока, причем страдает становление лактации. Качественный состав молока у женщин с хронической урогенитальной инфекцией зависит как от характера специфической инфекции и выделения возбудителей с молоком, так и от экстрагенитальной патологии, осложнений течения беременности и родов. Инфицированность грудного молока способствует более тяжелому течению неонатального периода и более высокой заболеваемости детей в возрасте до двух лет.



ЛИТЕРАТУРА

1. Воронцов И.М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка. СПб., 1998. с. 272.
2. Евсюкова И.И. Влияние заболеваний матери и осложнений беременности на развитие аллергических реакций у новорожденных и детей раннего возраста. Журн. акуш. и женских болезней 2001; 2: 8-11.
3. Зефирова Т.П. К вопросу о влиянии хронической урогенитальной инфекции на характер родовой деятельности. Каз. мед. журн. 2007; Т. 88; 2: 134-138.
4. Fischer R. Genital Herpes In Pregnancy. eMedicine Journal, 2002; V. 3 (5).
5. Воробьева М.С. Chlamydia trachomatis. Современные представления о возбудителе. Серодиагностика. Новосибирск: ЗАО «Медико-биологический союз», 2006. с. 29.
6. Hebert C.D. Subchronic toxicity of cupric sulfate administered in drinking water and feed to rats and mice. Fundam. Appl. Toxicol, 1993; V. 21 (4): 461-475.
7. Авцын А.П. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология. М.: Медицина, 1991. с. 496.
8. Москалев Ю.И. Минеральный обмен. М.: Медицина, 1985. с. 288.
9. Алешина Е.И., Юрьев В.В. Практика вскармливания детей первого года жизни. 2006. с. 80.
10. Anastacio A.S. Distribution of lead in human milk fractions: relationship with essential minerals and maternal blood lead. A.S. Anastacio, C.L. da Silveira, N. Miekeley. Biol. Trace Elem. Res.; 2004; V. 102 (1-3): 27-37.