

УДК 618.73-06[616.61-002.1+616.153.194.9

ЛАКТАЦИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПИЕЛОНЕФРИТОМ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

М.М. АПАДИЕВА*, С.В. БЕГОВА**

Послеродовая лактация – это физиологический гормонально-обусловленный процесс, подготовка к которому начинается с ранних сроков беременности. Результаты исследований, проведенные в последние годы, показали, что грудное вскармливание имеет огромное значение для состояния младенцев и оказывает влияние на всю последующую жизнь ребенка. Это объясняется способностью материнского молока защищать новорожденного от инфекций, оказывать положительное влияние на его психический статус, обеспечивать детей всеми питательными веществами для полноценного развития всех органов и систем, способствует приспособлению новорожденного к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды. Поэтому мы изучали качественный и количественный состав молока у родильниц с пиелонефритом и железодефицитной анемией (ПН и ЖДА).

Цель исследования – снижение частоты и коррекция нарушения лактационной функции у женщин с ПН и ЖДА, оптимизация грудного вскармливания.

Материал и методы исследования. Лактационная функция изучалась у 210 родильниц. Основную группу составили 110 беременных с ПН и ЖДА, получившие комплексное лечение, 50 беременных с ПН и ЖДА, не получившие комплексное лечение определены, как группа сравнения. Контрольная группа состояла из 50 здоровых беременных.

Для снижения частоты гипогалактии (ГГ) проводили профилактику фетоплацентарной недостаточности, объясняли родильницам, как сохранить лактацию, даже если они временно отделены от своих детей, назначали гомеопатическое средство – «Млекоин», иммуномодулятор «Тималин», а также мы применяли биологически активную добавку «Curb for Mature Women», содержащую сульфат железа. Определение суточного количества молока у кормящих матерей проводили путем взвешивания новорожденного в течение суток до и после каждого кормления грудью. Разница составляла количество молока, высосанного за одно кормление. Затем производилось сцеживание остаточного молока спустя определенное время после данного кормления. Суточное количество молока определялось на 2-е, 4-е, 6-е сутки послеродового периода. Общий белок определяли рефрактометрическим методом. Для определения суммарного содержания углеводов использовался метод титрования фелинговой жидкостью. Концентрацию жира в молоке определяли в жирометре по стандарту (ГОСТ 5867-57). Лактозу в наших наблюдениях определяли рефрактометрически.

Концентрация пролактина (ПРЛ) в крови определялась радиоиммунологическим методом с использованием соответствующих наборов, изготовленных на базе научно-технического центра «Иммунотех», Чехия с радиоактивной меткой I_{125} на анализаторе «Гамма-800». Кровь для исследования брали из локтевой вены у кормящих женщин утром, натощак.

Результаты. Итоги лечебно-профилактических мероприятий проанализированы, направленные на предупреждение и лечение ГГ. Частота развития ГГ I степени на 8% ниже в основной группе относительно группы сравнения, ГГ II степени – на 10%, ГГ III степени – на 6%, случаев агалактии не наблюдалось.

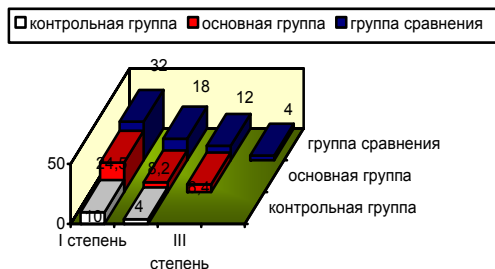


Рис. 1. Частота нарушений лактации и степень ее выраженности у обследованных групп (%).

При изучении количества грудного молока по суткам, установлена общая закономерность увеличения его количества, но в группе женщин с ПН и ЖДА обнаружено, что на 2-е, 4-е, и 6-е сутки объем секретируемого молока намного ниже, чем в контрольной группе: на вторые сутки – в 1,6 раза, на 4-е – 1,9 раза и на 6-е сутки – в 1,5 раза. Как видно из представленных данных, у женщин с ПН и ЖДА наблюдалось значительное снижение суточного количества грудного молока и очень медленное его нарастание. Нами была выявлена достоверная зависимость состояния лактации от режима грудного вскармливания.

Секреторные процессы в молочной железе имеют место только при регулярной стимуляции ее рецепторного аппарата, так как сосательные стимулы являются, по мнению большинства исследователей, пусковым моментом всей совокупности нейрогормональных процессов. Нарушение режима вскармливания, отмена его на 12–16 и более часов способствует снижению лактогенеза.

Первый сосательный стимул не позднее, чем через 2 часа после родов способствует развитию физиологической лактации. Одной из причин медленного прироста секретируемого молока является то, что в связи с патологическим течением неонатального периода у большей части новорожденных от матерей с ПН и ЖДА, имело место позднее прикладывание младенца к груди.

Недостаточная лактация в первые дни после родов отмечается у большинства исследуемых женщин в группе сравнения. У этих женщин не было острого нагрубания грудных желез, а остаточного молока было мало. Важную роль в данном случае играет и психо-эмоциональное напряжение в течение всей гестации, связанное с беспокойством за исход беременности, состояние здоровья новорожденного, которое отмечали 84% женщин из группы сравнения.

Таблица 1

Сравнительная показатели объема молока у родильниц (мл)

Группы	Дни лактации		
	2 сутки	4 сутки	6 сутки
Основная	184,56±6,44	304,53±8,64	534,44±6,26
Сравнения	128,6±6,24	178,2±8,40	384,6±8,84
Контрольная	212,08±6,84	344,70 ± 8,36	572,50±10,1

p<0,05

Анализ прироста суточного количества молока у родильниц показал эффективность проведенной терапии в основной группе. На 2-й день пуэрперия количество молока достоверно повышалось у родильниц основной группы относительно группы сравнения, при этом, не достигая нормальных значений.

На 4 и 6 сутки разница в объеме молока между здоровыми и лечившимися женщинами не была статистически значимой. У 4 женщин отметили недостаточный эффект от терапии, но мы считаем, что это связано с поздним первым прикладыванием к груди. Агалактии в основной группе не было. Таким образом, ГГ отметили только у 39,1% родильниц, получавших комплексную терапию, что почти в 1,7 раза меньше, чем у пациенток из группы сравнения.

Наши исследования выявили, что количество секретируемого молока прямо пропорционально уровню пролактина (ПРЛ) в крови у исследуемых женщин. На протяжении пуэрперия в группе сравнения отмечалось стабильно низкое содержание ПРЛ в крови. Беременные, которые получали лечение, имели уровень пролактина, мало отличающийся от нормальных величин. Уровень пролактина в группе, получавшей превентивное лечение, на 16% выше на 2 день, на 6 день – на 14% уровня пролактина по сравнению с группой, не получившей этого лечения.

Уровень пролактина в крови родильниц, не получивших комплексной терапии, ниже. В основной группе на 6 сутки содержание пролактина в крови на 22,5% выше, чем в группе сравнения, но на 6,3% ниже относительно показателей здоровых родильниц. При исследовании пищевой ценности грудного молока, нами установлено, что во все сроки лактации у родильниц с ПН и ЖДА калорийность достоверно ниже нормальных показателей.

*Дагестанский научный центр РАМН

**Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ДГМА

Таблица 2

УДК 618.3-008.6-06:615.32/36

Сравнительные результаты исследования калорийности молока

Группы	Дни лактации	
	2 сутки	6 сутки
Основная	24,43±0,46*	46,2±0,32*
Сравнения	21,28±0,2*	40,34±0,4*
Контрольная	30,62±0,36	50,24±0,18

* $p < 0,05$

Калорийность молока на 2 день в группе сравнения ниже на 30,7%, на 6 день – на 19,7% по сравнению со здоровыми женщинами. Калорийность молока у родильниц с ПН и ЖДА с течением времени возрастает. Это связано с тем, что [1–3] чем чаще опорожняются молочные железы в течение суток, тем выше жирность отделяемого молока, а к 6 дню титр в молоке снижался, и состояние многих новорожденных позволяло донорское молоко заменять на естественное материнское. Это улучшало качество и количество отделяемого молока. Нарастание объема секретируемого молока у родильниц с ПН и ЖДА из группы сравнения носило замедленный характер, в связи с чем удельная калорийность молока оказалась сниженной, и у новорожденных более длительным оказался период восстановления исходной массы тела.

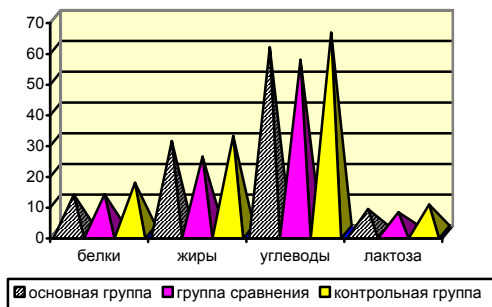


Рис. 2. Содержание пищевых ингредиентов в зрелом грудном молоке у обследованных родильниц (г/л) и лактозы (г/г).

У женщин, получавших превентивную терапию, наряду с количественными, более высокими стали и качественные показатели молока: содержание белков, жиров, углеводов и витаминов оказалось намного выше по сравнению с родильницами, не получавшими превентивное лечение, следствием этого явилось достоверное увеличение калорийности молока. На рис. 2 видно, что калорийность молока повысилась в основной группе, получившей лечение, на 14,5% относительно группы сравнения. Содержание белка стало выше на 21% и жира – на 6,6% в основной группе по сравнению с группой сравнения.

Выводы. Беременность, осложненная ПН и ЖДА, приводит к нарушениям лактации не только количественного, но также и качественного характера, проявляющегося снижением содержания белков, углеводов, жиров. Метод превентивного патогенетического лечения, основанный на результатах проведенных исследований, позволил снизить частоту и тяжесть нарушений лактационной функции у женщин с ПН и ЖДА: в 2,3 раза снижена частота ГГ и значительно улучшен качественный состав молока.

Литература

1. Омаров Н.С.-М. Влияние гестоза в сочетании с железодефицитной анемией на лактационную функцию. – Махачкала, 1999. – 96 с.
2. Арутюнян А.П. Женское молоко в норме и при патологии. Автореф. дис... канд. мед. наук. – Ереван, 1990. – 18 с.
3. Kent J.C. et al. // J. Dairy Res. – 1992. – Vol. 59, №. 2. – P.161–167.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ МАКРОСОМИИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ И МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН.

С.В. БЕГОВА*, И.А. МАГОМЕДОВА**

Частота рождения крупных плодов колеблется от 2,5 до 20,7% [1–3]. Беременность при макросомии плода чаще сопровождается такими осложнениями беременности, как гестоз и железо-дефицитная анемия (ЖДА) [2–3]. Обращает на себя внимание высокий процент родового травматизма. В дальнейшем эти дети предрасположены к развитию ожирения, сахарного диабета и изменений неврологического статуса – эпилепсии, переходящих нарушений мозгового кровообращения.

По мнению ряда авторов, многократные роды являются predisposing фактором развития макросомии [3–4]. Сочетание этих факторов способствует развитию более грозных осложнений гестации, таких как разрыв матки с ante- или интранатальной гибелью плода, гипо- и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде, высокая частота радикальных операций. В литературе имеются единичные публикации о течении гестации у многорожавших женщин (МРЖ) с макросомией.

Цель – изучение особенностей течения беременности и перинатальных исходов у данной категории женщин.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 59 МРЖ (основная группа) и 60 повторнородящих женщин (ПРЖ) (группа контроля) с макросомией. Экспертный анализ медицинской документации проводили с помощью разработанной нами унифицированной карты наблюдений, в которую вошли данные анамнеза, акушерский и соматический статус. Проводилось общее и специальное исследование органов и систем. Исследование включало исследования функции печени, биохимические исследования крови (общий белок, белковые фракции, АСТ, АЛТ, билирубин, общий холестерин, β -ЛПВП и ЛПНН); гормонов ФПК (плацентарный лактоген, эстриол). Проводили оценку БФПП и доплерометрическое исследование кровотока в системе «мать – плацента – плод».

Результаты исследования. Сочетание многократных родов с макросомией являются факторами риска развития неблагоприятных перинатальных исходов, что в несколько раз выше, чем при развитии макросомии у ПРЖ. Срок гестации у МРЖ и ПРЖ с макросомией к моменту родов варьировался в пределах 38±0,22 недель. Запоздалые роды наблюдались в 11 случаях в основной (18,6%) и 7 случаях контрольной группы (11,6%). Аномалии родовой деятельности чаще встречались у МРЖ (20,3%), чем в группе ПРЖ (15%). Объем кровопотери в родах у женщин основной группы в среднем составил 402±25,0 мл и достоверно превышал аналогичный показатель в группе контроля (386±20,0 мл). Кровопотеря при кесаревом сечении в основной группе также превышала аналогичный показатель в группе контроля (986,5±65,0 и 692,3±55,8 мл соответственно). Живыми родилось 118 детей (99,2%), в одном случае у МРЖ основной группы (1,69%) произошла интранатальная гибель плода массой 4750,0 в связи с тугим 3-кратным обвитием пуповины вокруг шеи. Патологические изменения плода, плаценты, околоплодных вод выявлены у 31 МРЖ (52,5%) и 22 ПРЖ (36,6%). Плацентометрия показала, что у 52 женщин основной группы и 57 из группы контроля толщина плаценты превышала нормативные для этого срока гестации показатели – 38,7±0,8 см и 36,4±0,3 см соответственно.

У 11 МРЖ (18,6%) были изменения плаценты в виде кальцификатов, участков жирового перерождения. Многоводие отмечено у 19 МРЖ (32,2%) и 12 ПРЖ (20%). Этот показатель часто сопутствует макросомии и может быть использован как прогностический признак макросомии. Маловодие диагностировано в 11 случаях в основной и в 7 случаях в группе контроля (18,6% и 1,2% соответственно) при перенашивании беременности. Плацентарный лактоген и эстриол в сравнительном плане значительно выше, чем нормативные показатели для этого срока гестации в обеих группах. Только у 11 МРЖ и 7 ПРЖ с перенашиванием эти гормоны были значительно снижены (5,89±0,12 мкг/мл и 7,72±0,27 нг/мл соответственно).

*Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ДГМА
**Дагестанский научный центр РАМН